

ESTUDIO DE LOS ACCIDENTES DOMESTICOS Y DE OCIO ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL MARQUES DE VALDECILLA EN EL PERIODO DE DOS
AÑOS (1 DE SEPTIEMBRE DE 1986- 31 DE AGOSTO DE 1988).

JOSE ANTONIO DEL RIO MADRAZO

5.DISCUSION

5.-DISCUSION

Al comparar estos resultados con los de otros autores, hay dificultades; además de una bibliografía específica escasa y sobre todo referida a las edades pediátricas, los intervalos de edad tomados no suelen ser los mismos, los modelos de recogida de datos varían, así como la manera de realizarlo y procesarlo.

5.1.-MES

En los resultados del estudio, se observa un predominio claro de la accidentabilidad doméstica o de ocio, asistida en la urgencia en los meses veraniegos, en los que se concentra el período vacacional (laboral y escolar), una mejor climatología, aumento de las actividades al aire libre (lúdicas, recreativas y deportivas) y un aumento muy importante del turismo, tanto nacional como extranjero.

La menor demanda asistencial en los meses de noviembre y diciembre de cada año se puede explicar por una climatología más dura, y una mayor actividad ocupacional, tanto laboral como doméstica, escolar y educativa en general, por lo tanto menores actividades al aire libre y una disminución del turismo, tanto nacional como extranjero, por lo primeramente expuesto.

El aumento de diciembre respecto a noviembre puede explicarse por el período vacacional navideño.

La incidencia de la Semana Santa puede justificar la diferencia entre los meses de marzo y abril.

En la encuesta de l'Association Départementale d'Education Pour la Santé (A.D.E.S.) (166)71 en niños de 0 a 6, años los accidentes fueron más frecuentes en verano, seguido de primavera, invierno y otoño. En el

estudio epidemiológico de Sánchez García (241), sobre morbilidad por accidentes en la infancia en un barrio de Valencia, la más alta incidencia de accidentes fue en el mes de marzo.

En el estudio del Dr. Martínez (189) en el Hospital Provincial de Madrid en 1.982, el menor número de asistencias por día fue en los meses de noviembre y diciembre, pero el porcentaje ingresos/asistencia fue más elevado.

5.2.-DIA DE LA SEMANA

En el período de estudio, la más alta incidencia de demanda de atención en la urgencia por accidentes domésticos o de ocio fueron los lunes, esto se debe a la accidentabilidad propia del lunes y el acúmulo de accidentes del fin de semana. Esto último justifica en parte la incidencia menor de los sábados y domingos. Determinados accidentados en período de descanso corto (refiriéndonos por ejemplo a festivos, fines de semana, diferenciándolo del vacacional anual) tienden a demorar su asistencia al servicio de urgencia (debido a un intento de aprovechar más el tiempo libre), a no ser que la patología sea grave o aparatosa. Esto se debe a que algunas personas con lesiones supuestamente banales, esperan a una curación espontánea o con medios propios, y al comprobar que no sucedió así, acuden los lunes directamente al servicio de urgencia o enviados por el médico de cabecera. Esta explicación dada sobre los accidentes valdría para las enfermedades.

Además, no nos olvidemos la diferencia de actividades entre los días laborables y el fin de semana. Durante las vacaciones anuales debido a su duración, las pautas pueden variar en virtud de las personas, la

patología accidental, el lugar donde ocurrió el accidente o estén viviendo, etc.

Estos resultados son acordes a los del Dr. Sánchez García (241) en el que hubo una acumulación de accidentes en el fin de semana, siguiéndole el lunes y el del Dr. Martínez (189) en el que hubo un aumento de asistencias los lunes.

El estudio reflejado por Davidson (73) hubo una caída de los accidentes el miércoles y el domingo.

5.3.- HORAS

Las horas de mayor demanda asistencial por accidentes domésticos y de ocio fue de 09 a 21 horas, con picos máximos a las 20 y 21 horas. La distribución horaria se corresponde con la vida "activa" de las personas. Esos picos horarios pueden explicarse porque determinadas patologías y determinadas personas una vez acabada su jornada laboral acuden a los servicios de urgencia, así como en el horario postfinalización de la actividad escolar y al inicio de la preparación de la cena en los hogares. En algunas patologías y en algunas personas, hay una demora variable entre el momento del accidente y su asistencia al servicio de urgencia, o esperan a una satisfactoria evolución por sí o por remedios propios, o bien espera a la finalización de determinadas actividades o buscan compañía.

Hubo una menor demanda asistencial durante las primeras y últimas horas del día que coincidió con las horas de reposo y por lo tanto de menor actividad psicofísica y de menor relación con el entorno, por lo tanto son menores las actividades realizadas que pueden desencadenar accidentes. La asistencia de las mujeres a determinadas horas concretas (de 10 a 15 horas) puede

ser debido a la menor representatividad numérica en la vida laboral activa y una mayor representatividad en la actividad doméstica.

En la encuesta del Dr. Sánchez García (241) predominan los accidentes en las horas de la mañana.

En la encuesta en las escuelas maternas de Grenoble Fortin (92), a las 10, 15 y 16 horas son los momentos "en riesgo" que corresponden al recreo. Igualmente en la encuesta A.D.E.S. (166) las horas del día con picos más altos fueron a las 16, 15 y 10 horas.

En el trabajo de Davidson (73), los accidentes de las niñas oscilan, en el curso de la jornada activa, con dos puntos de frecuencia 11 y 15 horas. Los niños a las 10, y 11 horas y sobre todo a las 16 y 17 horas.

5.4.-HOSPITALIZADOS

En el total de los dos años, los hospitalizados fueron 1.615 (4,44% del total) , de ellos 825 mujeres (2,27%) y 790 varones (2,17%), aunque el porcentaje de accidentados fue el 52,08% de los varones y el 47,92% de las mujeres.

No se observó una relación entre el número de urgencias accidentales asistidas por mes y los ingresos correspondientes, y por lo tanto, no hubo relación con la estacionalidad, o sea, no hubo relación entre el volumen de accidentes asistidos y el de ingresos debidos a ellos.

A la vista de los resultados, una reflexión hay que hacer, si esta falta de relación entre el número de urgencias asistidas y los ingresos correspondientes, se debió a que la frecuencia de las lesiones variaron su distribución o si hubo una tendencia a igualdad de

condiciones (tipo de lesión, edad, patología de base, etc.) en meses vacacionales a un tratamiento ambulatorio.

El día con más hospitalizaciones en ambos sexos fue el miércoles, que fue el segundo día con más urgencias asistidas, y el lunes que fue el día con más urgencias asistidos fue el segundo en número de hospitalizaciones.

En los varones, el mayor número de hospitalizados se produjo a las 20 horas, y en las mujeres a las 16 y 20, que coincidió con las horas de mayor demanda asistencia a causa de este tipo de accidentes. Por lo que hubo relación en ambos sexos entre las horas de mayor demanda asistencia y el de mayor hospitalización. Así mismo, en ambos sexos, el menor número de hospitalizados coincidió con las horas de menor demanda asistencial (de 22 a 09 horas).

Las hospitalizaciones fueron más frecuentes en los varones en el grupo de edad de menos de un año a 44 años, y a partir de esa edad en las mujeres.

En el total de ambos años, el mayor número de hospitalizaciones fue causado por las caídas en el mismo nivel, seguido de las caídas desde altura. Las caídas en el mismo nivel fue la segunda mecánica más frecuente en número de hospitalizaciones, y en estancias en los varones, y la primera en la mujer; las caídas desde altura la más frecuente en número de hospitalizaciones y estancias en varones y la segunda en la mujer. Se podría decir que los ingresos en las mujeres fueron a causa de accidentes teniendo los pies en el suelo y el de los varones en el cielo. En ambos sexos, el fuego, llamas originó la mayor estancia media.

En los varones, el lugar donde se ocasionaron mayor número de accidentes y de hospitalizados fue la vía pública y tuvo mayor número de estancias, seguido de áreas naturales, que fue el segundo en número de estancias, a continuación la cocina y la habitación. En las mujeres, el lugar con mayor número de hospitalizaciones fue la cocina, y con mayor número de estancias, le

siguió la habitación en número de hospitalizaciones y número de estancias, y la vía pública tanto en hospitalizaciones como estancias.

En las mujeres el 60% de los ingresos fueron a causa de accidentes que tuvieron lugar en el hogar. En ambos sexos, la actividad de juego y otras actividades de ocio causó el mayor número de hospitalizaciones y de estancias.

En ambos sexos, las fracturas seguido de las contusiones causaron mayor número de hospitalizaciones.

Las partes del cuerpo lesionadas que causaron mayor número de hospitalizaciones fue en los varones el cráneo, le siguió cerebro, caderas, pelvis, codo, tobillo, pierna y en las mujeres las caderas, pelvis (que causaron casi un tercio de hospitalizaciones y casi la mitad de las estancias en estas), tobillo, codo, piernas.

En nuestro estudio, de los accidentes en niños menores de 1 años, el 3,75% fueron hospitalizados, lo que supuso el 4,62% en los niños, y el 2,79% en las niñas. En el estudio de Tursz (281) en niños menores de 2 años, el 17% precisó hospitalización; los porcentajes de hospitalización fueron del 64% en el caso de la intoxicación y el 11% para los traumatismos; los factores que influyeron en la indicación de la hospitalización fueron el tipo de accidente, el tipo de lesión y la parte del cuerpo afectada por las lesiones. Continuando con éste estudio de Tursz, el porcentaje de hospitalización fue el mismo en ambos sexos, la duración media de hospitalización fue de 4 días, siendo significativamente más elevada para los niños que para las niñas.

En los presentes resultados, en niños de 1 a 4 años, el 3,87% fueron hospitalizados. En la encuesta A.D.E.S. (166) en niños de 0 a 6 años, el 13,6% de los accidentes fueron hospitalizados; se hospitalizaron el 53,8% de las intoxicaciones, el 40,3% de las ingestiones, el 36,2% de los accidentes de circulación; el porcentaje de hospitalización varió en relación a la naturaleza del accidente. Continuando con esta encuesta,

la hospitalización de 1 ó 2 días representó el 60% del conjunto, las patologías que dieron lugar a un mayor porcentaje de hospitalización no fueron las que originaron una más larga duración de la hospitalización, las quemaduras representaron las estancias más largas, seguido de los accidentes de circulación y las caídas.

En la encuesta en las escuelas maternas de Grenoble (92) en niños de 2 a 6 años el 3% requirieron hospitalización o consulta de especialista.

En el estudio de Schelp (244) de 71 pacientes hospitalizados el 69% se lesionaron por caídas.

Los 36.388 accidentados a causa de accidentes domésticos o de ocio asistidos en la urgencia, originaron 1.616 hospitalizaciones y 19.089 estancias. Casi todos tenían cobertura de la seguridad social, u otro tipo de seguros, y hay que recordar que para codificar el número de días que el paciente estuvo hospitalizado para calcular este número se tuvo en cuenta: el día de alta se contabilizó como día de estancia del paciente en el hospital, si un paciente fue hospitalizado después de las 20 horas ese día no se contabilizó como día de estancia, si el paciente sigue en el hospital después de 30 días, se codificó 39 como número de días de estancia; pero contando con estas salvedades y para que nos hagamos una idea aproximada del coste económico, lo vamos a relacionar con la tarifa asistencial de urgencia y de hospitalización en los años del estudio (de 1 de Septiembre de 1986 a 31 de Agosto de 1988).

		Num. urgencias x Tarifa = Total Pts.		
1-9-86 a 30-6-88	32224	x 7235	=	233140640
1-7-88 a 31-8-88	<u>4164</u>	x 12425	=	51737700
	36388	TOTAL	=	284878340

	Num. Hospitaliza- ciones	Num. Estancias	x	Tarifa	= Total Pts.
1-9-86 a 30-6-88	4425	17001	x	22280	= 378782280
1-7-88 a 31-8-88	<u>491</u>	<u>2088</u>	x	24850	= 51886800
	4646	19089		TOTAL	= 430669080

Por lo tanto, con las importantes salvedades mencionadas y para tener una idea estimativa de las cifras de las que hablamos, la asistencia de estos tipos de accidentes supuso 284.878.340 pesetas y la hospitalización 430.669.080 pesetas.

5.5.-TRATAMIENTO

Durante el tiempo de estudio, en los dos sexos y en el conjunto de todos los accidentes, la mitad de los accidentados (54,50%) se les diagnosticó, se les trató y abandonaron la urgencia, sin enviarlos a otro nivel asistencial. Esto supuso que más de la mitad de los accidentes fueron "menores", o las actuaciones realizadas por el personal de la urgencia permitió este tipo de tratamiento. Posteriormente le siguió, en orden de frecuencia, los tratados y enviados a control en zona (22,23%), y los examinados y enviados a casa sin tratamiento (18,17%).

En el presente estudio, de los accidentes en niños menores de 1 año, el 49,89% fueron examinados y enviados a casa sin tratamiento, el 34,22% fueron enviados a casa después de tratamiento, el 10,15% fueron tratados y enviados a control en zona y el 3,75% tratados y hospitalizados; lo que supuso el 4,62% en los varones y el 2,79% en las mujeres de esa edad.

En el estudio de Tursz (201) en niños menores de 2

años, el 40% fueron examinados y enviados a casa sin tratamiento, el 43% enviados a casa después de tratamiento y tuvieron una hospitalización el 17%.

En nuestros resultados, al pasar a niños de 1 a 4 años, el 38,46% fueron enviados a casa después del tratamiento, el 32,20% fueron examinados y enviados a casa sin tratamiento, el 24,18% fueron tratados y enviados a control en zona, y el 3,87% tratados y hospitalizados.

Si lo comparamos con el estudio de Fortin (92) sobre accidentes en la escuela maternal en niños de 2 a 6 años, el 86% fueron enviados a casa después del tratamiento en el servicio de urgencias, el 11% fueron tratados y enviados a control en zona, y el 3% requieren hospitalización o consulta de especialista.

5.6.-EDAD

En el estudio, el mayor número de pacientes atendidos por accidentes domésticos o de ocio fue en el intervalo de edad de 1 a 14 años, dentro de este de 1 a 4 años representó el 14,28%, de 5 a 9 años el 14.65% y de 10 a 14 años el 14,79%, siendo este último grupo el mayor cuantitativamente.

Estos datos son similares a los de la encuesta Icsa- Gallup (224) y el estudio epidemiológico del Dr. Sánchez García (241), en el que el grupo de edad más afectado fue de 5 a 9 años; le siguió en el estudio del Dr. Sánchez García el de 1 a 4 años. En el estudio llevado a cabo en el Hospital Provincial de Madrid y dirigido por los doctores Martínez y Vaquero (189) la mayor frecuencia asistencial fue en el intervalo de edad de 14 a 30 años.

En el estudio de Boyce (45) la distribución de las 5.379 lesiones por edad y sexo (lesiones /1000 estudiantes año) fue:

Edad	varones	mujeres
≤11	48%	31%
12-13	74%	44%
≥14	89%	30%

En el estudio de Davidson (73) la distribución de los niños accidentados según el sexo y la edad (en %)

Edad (años)	Varones N=567	Mujeres N=370	Conjunto N=937
0-1 (N=23)	34	38	35
1-4 (N=309)			
5-9 (N=271)	27	31	29
10-14 (N=334)	39	31	36
Total	100	100	100

En el estudio de Tursz (281) la frecuencia de los accidentes fue más grande al curso del segundo año de vida que antes del primer año.

En la encuesta A.D.E.S. (166) el pico de frecuencia accidental fue a los 3 años.

En las edades más tempranas de la vida, el niño comienza a relacionarse con el mundo exterior, comienza a andar, a correr, quiere experimentar cosas nuevas, tiene sentido de la curiosidad, y no tiene conciencia clara del peligro; esto se agudiza en el adolescente, en el que se conjuga un cuerpo en el que se producen cambios explosivos, con una gran capacidad física, y una mente inmadura y por lo tanto insegura. Hay un desfase del desarrollo mental con respecto al físico, tiene una percepción de la realidad influida por un gran componente subjetivo.

A medida que el individuo envejece, las facultades tanto físicas como mentales merman, aumenta el tiempo

libre debido a las jubilaciones (interesante sería un estudio sobre la prejubilación y su influencia en este tipo de accidentes). Disminuye la actividad física, por lo que hay una disminución de las actividades domésticas y de ocio, y se pasa a una vida más sedentaria.

A mayor edad aumentan las enfermedades de base y su influencia, así como disminuye el número de miembros de cada grupo de edad por la mortalidad.

5.7.-MECANICA

En los dos años de estudio, las caídas en el mismo nivel (35,89%) fueron las más frecuentes, le siguió las caídas desde alturas (48,03%), los golpes, choques, colisiones (15,97%) y los cortes, desgarrones (10,62%).

Este orden se observó en ambos sexos, excepto que en los varones los golpes superaron a las caídas desde alturas.

En los resultados del Dr. Sánchez García (241) el 57,8% de los accidentes fueron por caídas en el mismo nivel y el 17,8% a causa de caídas desde altura y el 9% por accidentes de tráfico.

En el estudio de Schelp (244), en los varones destaca las colisiones y las caídas de diferente altura, en las mujeres destaca las caídas al mismo nivel y las colisiones; en el global de ambos sexos destaca las caídas en el mismo nivel.

El tipo de accidentes varía en función de la edad (281). Refiriéndonos a los niños menores de 1 año, en nuestro estudio, hubo un predominio de las caídas desde alturas, le siguieron las caídas en el mismo nivel y los esfuerzos.

Para Tursz (281) los traumatismos eran más frecuentes antes de 1 año que en el siguiente; la mecánica más frecuente es la caída, y en más de la mitad de los casos, se cae el niño desde el mismo nivel. Se puede explicar porque, en los niños de menos de 1 año, estos no suelen andar o gatean y suelen estar situados sobre superficies en alturas (cunas, sillas, etc.), o bien que cuando están aprendiendo a andar se suben a una altura y, debido a su torpeza e ignorancia, se caen.

En el resto de los grupos de edades predominaron las caídas en el mismo nivel, seguido de las caídas desde alturas. Ya que como andamos o realizamos nuestra mayor parte de actividades sobre el suelo directamente apoyándonos sobre él, al desequilibrarnos son las caídas en el mismo nivel las que predominan. La excepción fue que en el intervalo de edad de 25 a 49 años, fueron más frecuentes los cortes que las caídas desde altura. Esto se puede explicar por una mayor utilización a esas edades de los utensilios domésticos o de bricolage.

Los envenenamientos fueron similares en ambos sexos, siendo más frecuentes en el grupo de edad de 1 a 4 años. Los niños tienden a tragarse los productos que

Encuesta Icsa Gallup para el Comité Nacional para la prevención de los accidentes en la infancia, 1973.

España, excepto islas Canarias, en familias con hijos menores de 16 años.

71% niños. 29% niñas.

FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES INFANTILES SEGUN LA CAUSA

1. CAIDAS		52,6
Mismo Nivel	30,4	
Distinto Nivel	22,2	
2. TRAFICO		12,2
Peatón	10,7	
Viajero	1,5	
3. INTOXICACIONES		10,7
Medicamento	4,2	
Prod. Limpieza	2,0	
Plaguicida	1,0	
Otros	3,0	
4. QUEMADURAS		6,3
Fuego, llama explosión	2,0	
Líquidos	2,0	
Electricidad	1,3	
Cáustico	0,3	
Otros	0,7	
5. Sofocación mecánica		3,3
6. Arma de fuego		1,0
7. Ahogamiento		0,7
8. Otras		9,7
9. No consta		3,5
		100,0

Frecuencia total de accidentes: 8,17% de las familias encuestadas
(Extrapolando representa 200.000 niños/año <16 años accidentes)
accidentes en España

encuentran a su disposición y que, por su tamaño, alcance, atracción (de embalaje, colores, formas, olores) pueden conseguir, y, en general, explorar por medio de la boca.

Las quemaduras por líquidos suceden en niños que se derraman líquidos en un descuido de los padres, o en las mujeres desarrollando su actividad doméstica.

Estos resultados fueron similares a los de Tursz (281), en el que las intoxicaciones y quemaduras son muy raras en los menores de 1 año, siendo el segundo año la edad de elección.

En la encuesta A.D.E.S. (166), las caídas representaron el 59,9%, datos similares a Davidson (73), en el que las caídas representaron más del 50% de las lesiones.

En la encuesta Icsa-Gallup (224) las caídas representaron el 52,6%, de ellos en el mismo nivel el 30,4% y desde distinto nivel el 22,2%. El tráfico el 12,2%, intoxicaciones el 10,7%, quemaduras el 6,3% de ellos el 2,0% por líquidos.

Fortin (92) sobre la encuesta en las escuelas maternales de Grenoble refiere que la caída en el mismo nivel es la causa más frecuente de accidentes.

Langley (160) refiere que la mayoría son por caídas y desde alturas, seguidas del mismo nivel; o sea, el incidente más frecuente, la caída.

En el estudio de Boyce (45) en estudiantes, la causas aparentes de lesión fueron, él mismo (21%), otro estudiante intencional (10%), otro estudiante accidental (15%), el patio de recreo o campo de juego o deportes equipo (14%), equipo mecánico (3%), atletismo (23%), otros (14%); causado por el mismo y relacionado con los deportes representó casi la mitad de todas las lesiones.

El informe de Barancik (26) del estudio de la incidencia trauma, las seis primeras causas de lesión fueron: caídas el 24,4%, lesión corte punzante el 14,2%, golpe o choque por objeto el 13,8%, colisión vehículo de motor el 11,6%, esfuerzo el 8,2% y agresión el 4,3%.

5.8.-LUGAR

En el estudio, la mayoría de los accidentes sucedieron en la vía pública, le siguió la cocina y la habitación.

Si lo reflejamos por sexos, en los varones fue más frecuente en la vía pública, seguido de la habitación y la cocina. En las mujeres fue más frecuente en la cocina, a continuación vía pública y habitación.

Hubo una relación entre la edad y el lugar donde sucedió el accidente.

Así en el grupo de edad de menos de 1 año, en ambos sexos, casi todos se accidentaron en la habitación y la cocina. En el grupo de 1 a 4 años, en ambos sexos y por este orden de frecuencia en la habitación, la vía pública y la cocina.

Esto coincide con el estudio de Tursz (281) en los niños de menos de 2 años, en que casi todos los accidentes fueron domésticos, así como con la encuesta A.D.E.S. (166) en un estudio en niños de 0 a 6 años en el año 1986-1987 en que el lugar donde se produjeron más accidentes fue el comedor (13,9%), la habitación (10,7%), la cocina (9,6%).

En el presente estudio, de 5 a 9 años, en ambos sexos, el orden de frecuencia accidental fue en la vía pública, le siguió habitación, patio de recreo, áreas naturales y cocina; de 10 a 14 años, en ambos sexos, sobre todo sucedieron en la vía pública, después patio de recreo, áreas naturales y habitación.

De 15 a 19 años, en ambos sexos, fue más frecuente la vía pública como lugar accidental; pero así como en los varones fue seguida de áreas naturales y patio de recreo, en las mujeres fue cocina y habitación.

Estos datos son similares a los del Dr. Sánchez García (241) en edades de 0 a 14 años, que registró los accidentes más frecuentes en la calle, después el colegio y a continuación domésticos.

En la encuesta Icsa-Gallup (224) llevada a cabo en

1.973 en menores de 16 años, el orden de frecuencia fue el 38,4% en la calle, el 33,3% en el propio domicilio, el 7,7% en la escuela. Recordemos que el sistema EHLASS no registra accidentes de tráfico.

Encuesta Icsa Gallup, 1.973.

España, excepto Islas Canarias, en familias con hijos menores de 16 años.

LUGAR DEL ACCIDENTE

33,3%	En el propio domicilio
38,4%	En la calle
7,7%	En la escuela

En el estudio de Langley (160) el 70% de los accidentes tuvieron lugar en el patio de recreo (campo de juego) o en campos de deportes.

En el estudio de Boyce (45) el 65% de los accidentes sucedieron en el patio de recreo o gimnasio, el 8% en el aula de clase y el 27% fue otros.

En la encuesta de los Yvelines, las áreas de deporte representan el 24 por ciento de los lugares de accidente (suponiendo el primer lugar de accidente) desde la edad de 12 años (278).

Según Fortin, de la encuesta en las escuelas maternas de Grenoble (92) en niños de 2 a 6 años, se infiere que el primer lugar de riesgo fue el patio de recreo (46%), seguido de la sala de juego (31%), el interior del colegio representó aproximadamente el 23% y la clase el 5%.

Según Davidson (73) la distribución de los accidentes según el lugar y el sexo (en %) en niños de 0 a 14 años fue:

Lugar Accidente junto	Varones	Mujeres	Con-
Domicilio	28,6	32,9	30,2
Escuela	29,7	28,1	29,1
Fuera domicilio y fuera escuela	41,6	38,9	40,6

Continuando con Davidson (73), la distribución de los accidentes según edad y lugar(en %)

Lugar de los Accidentes	Edad (años)			
	0-1	1-4	5-9	10-14
Domicilio	80	56,5	19,3	13,5
Escuela	-	10,4	31,6	45,1
Fuera domicilio y fuera escuela	20	31,7	49,0	41,3

En el estudio de los 20 años a los 34 años, en los varones, la vía pública, seguido de las áreas naturales, a continuación cocina, habitación; en las mujeres la cocina, seguido de la habitación y la vía pública, fueron los lugares donde más accidentes domésticos y de ocio sucedieron.

En ambos sexos, en líneas generales, a partir de los 35 años, los lugares donde sucedieron los accidentes más frecuentemente fueron la cocina, la vía pública, habitación y áreas naturales; variando el lugar más frecuente según la edad y el sexo. Destaca que a medida que avanza la edad y, sobre todo, a partir de los 70 años, en ambos sexos, los accidentes suceden más en el

hogar y menos en la vía pública.

En el estudio de Schelp (244) la mayoría de los accidentes sucedieron en ambientes domésticos y primariamente afectando a niños y ancianos.

5.9.- ACTIVIDAD

En el estudio, la actividad que originó más accidentes, en ambos sexos, fue juego y otras actividades de ocio, con el 53,07%.

Le siguió, en las mujeres, la actividad doméstica, con el 15,51% del total de ambos sexos, y en los varones, los deportes sin organizar con el 6,76% del total.

Realizando juego y otras actividades de ocio, los grupos con mayor número de accidentados atendidos en ambos sexos fueron de 1 a 14 años y, sobre todo, en el intervalo de edad de 10 a 14 años.

La actividad doméstica y de compras fueron más frecuentes en mujeres, de manera significativa, sobre los varones; y, en éstas, destacó la edad de 60 a 64 años.

Los deportes sin organizar fueron más frecuentes en los varones y, en éstos, de 5 a 19 años, sobre todo de 10 a 14 años.

Estos datos son similares a otros estudios. Así, el estudio SCIPP (95), en el cual la actividad deportiva es la primera causa de accidente en los adolescentes.

Según Langley (160) la actividad más frecuente fue realizando un deporte o actividad física, la segunda en frecuencia fue jugar.

Wolf y Rey (298) expresan que los recreos y la educación física son las ocupaciones más peligrosas en la escuela, seguido por la entrada y salida de clase, la construcción y accidentes de tráfico por el camino hacia y desde casa.

Se observa una diferencia de la actividad en función del sexo y de la edad. Aunque se asiste a personas

que sufrieron un accidente, es de suponer que la frecuencia por sexo y edad sea un reflejo de la incidencia de desarrollo de la actividad.

Hacemos determinadas actividades con determinadas mecánicas a diversas horas del día y eso influye en la representación cuantitativa accidentalológica. Tampoco nos debemos olvidar que las condiciones nuestras y del entorno a lo largo del día varían.

5.10.- DIAGNOSTICO DE LESIONES

En los dos años de estudio, el diagnóstico más frecuente fue contusiones (41,44%), le siguió heridas abiertas (17,49%). En los niños de menos de 1 año, en ambos sexos, el diagnóstico de lesión más frecuente fueron las contusiones, después ninguna lesión diagnosticada, heridas abiertas y quemaduras.

La característica de las lesiones es muy diferente en los bebés de menos de 1 año y en las edades de 1 a 2 años. Estos últimos presentan muchas más heridas (281).

En el estudio de Tursz (278, 281), en el departamento de los Yvelines, en los varones fueron más frecuentes las heridas y fracturas y en las mujeres las contusiones simples y esguinces.

Continuando el presente estudio, de 1 a 4 años, en ambos sexos, a continuación de las contusiones, fueron más frecuentes las heridas abiertas, ninguna lesión diagnosticada, abrasiones, otro tipo de lesión diagnosticada, fracturas, quemaduras, torceduras.

En los varones de 5 o más años, el orden de frecuencia de diagnósticos fue, a continuación de las contusiones, las heridas abiertas, torceduras y fracturas. Este orden en todos los grupos de edades salvo en el intervalo de 5 a 14 años y el de 50 a 64 años, en los que las fracturas fueron más frecuentes que las torceduras; y el de 15 a 24 años, en el que las torceduras fueron más frecuentes que las heridas abiertas. A partir

de los 65 años, las fracturas fueron más frecuentes que las heridas abiertas.

En las mujeres en el grupo de 5 a 9 años el orden de frecuencia fue contusiones, seguido de heridas abiertas, torceduras, fracturas, abrasiones.

De 10 a 14 años a las contusiones le siguió torceduras, fracturas, heridas abiertas, abrasiones.

De 15 a 44 años a las contusiones le siguió las torceduras, heridas abiertas, quemaduras, fracturas.

De 45 a 49 años y de 60 a 64 años a las contusiones le siguió las torceduras, heridas abiertas, fracturas y quemaduras.

De 50 a 59 años como el precedente salvo que las fracturas fueron más frecuentes que las heridas abiertas.

De 65 a 74 años a las contusiones le siguió las fracturas, torceduras, heridas abiertas.

De 75 a 84 años igual al anterior salvo que las heridas abiertas fueron más frecuentes que las torceduras.

A los 85 o más años, fueron más frecuentes la fracturas a las que siguió las contusiones.

En la encuesta de Fortin (93, 92), de los accidentes en la escuela maternal en niños de 2 a 6 años, la mayoría de las lesiones fueron contusiones simples y equimosis, suponiendo el 66%, le siguió las heridas con el 28%, las fracturas supusieron el 3%.

En el estudio de Langley (160) en niños de 10 a 11 años, el 26% de las lesiones (la mayoría) fueron laceraciones.

En la encuesta en el departamento de los Yvelines (278), el niño de menor edad presentó, como hemos comentado, sobre todo contusiones, heridas y cortes; en los adolescentes, sobre todo, contusión simple; en los adolescentes los porcentajes de fracturas (21%) y esguinces (16%) fueron más elevados que en los niños de menor edad.

En el estudio de Schelp (244), en ambos sexos,

destacan las contusiones, heridas sobre todo de extremidades superiores y las fracturas.

En el estudio de las patologías asistidas de urgencia en el Hospital Provincial de Madrid en 1.982 (189), dentro de las patologías sin lesiones óseas, las contusiones supusieron el 47,0% y los esguinces el 24,4%.

5.11.- PARTE AFECTADA.

Como consecuencia de los accidentes, varió cuantitativamente la parte del cuerpo lesionada, así:

En los menores de un año, en ambos sexos, fue afectado sobre todo el cráneo, seguido, en los varones de cara, cerebro y antebrazo y en las mujeres, de antebrazo, cara, cerebro. Estos datos concuerdan con los de Tursz (281) en niños menores de 2 años, en que la mayoría (60%) de las lesiones afectaron a la cabeza.

En nuestro estudio de 1 a 4 años, en ambos sexos fue afectado en mayor número de veces la cara y cráneo, seguido en los varones de dedo de mano y antebrazo, y en las mujeres en casi igual cantidad de antebrazo y dedo de mano.

En el estudio de Fortin (92, 93) sobre los accidentes en la escuela maternal en niños de 2 a 6 años, la parte más frecuentemente lesionada fue la cabeza (83%), los miembros superiores (9%) y los inferiores (8%).

Continuando con el actual estudio, de 5 a 9 años fue más afectada en los varones el cráneo, cara, dedo de mano, muñeca, tobillo, y en las mujeres, tobillo, cráneo, cara, dedo de mano, muñeca.

En el estudio de Langley (160) en niños de 10 a 11 años, la parte más afectada fue la cara.

De 10 a 14 años, se afectó más frecuentemente en los varones, el dedo de mano, tobillo, muñeca, pie, cráneo, mano, y en las mujeres, en gran número, el tobillo, seguido de muñeca, dedo de mano, pie, rodilla, codo.

En el estudio epidemiológico sobre morbilidad por

accidente del Dr. Sánchez García (241) en niños de 0 a 14 años en un barrio de Valencia, se afectó más frecuentemente la cabeza, a continuación extremidades inferiores, seguido de las superiores.

En el estudio en el departamento de los Yvelines (278), en niños de 0 a 15 años, los accidentes en los chicos afectaron más a la cabeza, y en las chicas más lesiones en miembros sobre todo superiores.

En el estudio de R. Berner (37) de los accidentes en las edades de 7 a 20 años, declarados entre 1.969 y 1.973 en las escuelas públicas de Bâle y Genève, y realizando juegos, se afectaron los miembros superiores (61,2% en las mujeres, 45,4% en los varones), miembros inferiores (28,6% mujeres, 37,5% varones), cabeza (5,8% mujeres, 9,2% varones), tronco (2,9% mujeres, 3,8% varones), dientes (1,7% mujeres, 4,1% varones).

En el estudio de R. Berner (37), las chicas se hieren más a menudo que los chicos en los miembros superiores, en los juegos; y en los miembros inferiores cuando realizan ejercicios en los aparatos de gimnasia. Pero de una manera general, los juegos parecen más traumatógenos para los chicos (58,4% de los accidentes de juegos) que para las chicas, por lo que la proporción es inversa en los aparatos de gimnasia (45,1% de los accidentes en los chicos).

En el estudio de Biener y Fasler (39) los accidentes en niños realizando educación física en la escuela en Zurich, en el 47,2% se afectó las extremidades superiores, el 27,8% las extremidades inferiores, el 17,5% la cabeza y el 7,5% el tronco.

En el estudio de Prahin (227) sobre accidentes en la escuela de Lausanne entre 1.965 y 1.968 un tercio de las lesiones estuvieron localizadas en extremidades superiores, otro tercio en las extremidades inferiores y el último tercio desigualmente distribuido entre la cabeza (27,3%) y el tronco (5,8%).

Generalizando, en ambos sexos, de 0 a 9 años se afectó más frecuentemente el cráneo y cara, de 10 a 69

años tobillo y dedo de mano, y en los ancianos las caderas.

Las caídas en el mismo nivel afectaron sobre todo a tobillo, muñeca, rodilla, cara y cráneo; las caídas desde altura afectaron sobre todo a tobillo, cráneo y muñeca.

En el estudio de Schelp (244), las caídas ocasionaron sobre todo lesiones en brazo y cabeza.

Cuando uno cae en el mismo nivel, lo que primero toma contacto con el suelo es lo que ya estaba en contacto previo, y lo primero que echamos para protegernos en ambos casos son las extremidades; y, al andar erizados, las extremidades inferiores y luego las superiores.

Es de destacar que las caídas desde alturas fueron más frecuentes en los niños de menos de 1 año, con menos capacidad de reacción, por lo que no es de extrañar la alta incidencia de la relación de las caídas desde alturas con las lesiones craneales, sin olvidar la gran proporción que representa a esta edad esa parte del cuerpo con el conjunto de éste.

5.12.-FALLECIDOS

De los 36.388 accidentados, 18.951 varones y 17.437 mujeres, atendidos en los dos años de estudio, hubo 17 fallecidos (0,047%), de ellos 10 varones (el 0,053% de estos) y 7 mujeres (0,040%); como se observa los fallecidos en los varones fueron mayores que en las mujeres, pero con estas cifras tan exiguas es aventurado sacar conclusiones más profundas.

En ambos sexos casi todos fallecieron en los meses de verano (de junio a septiembre, 9 varones y 4 mujeres), lo que está en relación con el mayor número de accidentes en estos meses.

Los varones fallecieron 4 en sábado y 3 en miérco-

España 1.985

Defunciones según la causa, el sexo y la edad.

CAUSAS DE MUERTE		TODAS EDADES	MENOS DE 1 AÑO	DE 1 A 4	DE 5 A 9	DE 10 A 14
TODAS LAS CAUSAS	T	312.532	4.071	1.010	820	860
	V	164.834	2.350	586	498	533
	M	147.698	1.721	424	322	327
CAUSAS EXTERNAS	T	15.667	146	289	284	352
DE TRAUMATISMOS Y	V	11.558	95	167	198	248
ENVENENAMIENTOS	M	4.109	51	122	86	104
ACCIDENTES	T	5.670	21	96	151	166
FICO	V	4.300	14	53	95	112
	M	1.370	7	43	56	54
CAIDAS	T	1.049	3	29	10	19
	V	628	3	18	8	16
	M	421	0	11	2	3
ENVENENAMIENTOS	T	287	0	13	2	4
	V	189	0	9	1	1
	M	98	0	4	1	3
FUEGO	T	273	4	16	2	5
	V	164	1	12	2	2
	M	109	3	4	0	3
RESTO ACCIDENTES	T	4.494	109	124	106	124
	V	3.401	68	72	82	93
	M	1.093	41	52	24	31

les, y las mujeres 3 en miércoles y 2 en sábado.

Los varones fallecieron todos de 09 a 19 horas, y en las mujeres de 10 a 17 horas; el mayor número de fallecidos se produjo de 12 a 14 horas.

El mayor número de fallecidos se produjo en el intervalo de edad de menos de un año a 39 años con 13 fallecidos y dentro de éste de 1 a 4 años con 1 varón y 2 mujeres, y el de 35 a 39 años con 3 varones. Destaca que en el intervalo de 40 a 59 años no se registraron fallecimientos.

De los 17 fallecidos, los ahogos ocasionaron 5 fallecimientos (4 varones y 1 mujer) y los golpes, choques, colisiones y la explosión ocasionaron cada uno el fallecimiento de 1 varón y 1 mujer.

Donde más fallecimientos se produjeron fue en el medio acuático con 7 fallecimientos (6 varones y 1 mujer), se observó en los varones relación de los fallecimientos con el medio acuático natural.

Los fallecidos en ambos sexos se produjeron sobre todo por juego y actividades de tiempo libre.

Ante los resultados se dibuja un modelo de fallecimiento, varón menor de 39 años que se ahoga bañándose, principalmente en el mar, en verano, un sábado o miércoles al mediodía.

En la encuesta Icsa-Gallup (224) llevada a cabo en el año 1.973, fueron mortales aproximadamente el 1% de los accidentes (se incluía tráfico).

En estos dos años de estudio, ha habido fallecimientos por accidentes domésticos o de ocio que han ido directamente al depósito judicial, pero también ha habido accidentados (sobre todo lesiones menores) que no han acudido a este servicio de urgencias.

Tipos de muertes accidentales domésticas en niños desde el nacimiento a los 14 años de edad. Datos del National Safety Council 1.982.

Categoría	Número de muertes.	
	0-4 años	5-14 años
Fuegos y quemaduras	650	250
Sofocación, objeto ingerido	300	40
Ahogamiento	350	50
Sofocación mecánica	250	80
Caídas	150	40
Envenenamientos ^{→ sólidos y líquidos}	80	20
Armas de fuego	50	170
Otros	370	150
Total	2200	800

5.13.-PRODUCTO IMPLICADO

En estos dos años, el producto implicado más frecuente fue losas de pavimentar (8,65%), seguido de escalera (5,48%), a estos les siguió sin especificar, charco, barro, bordillo del camino.

Destaca que bicicleta de niño fuera el tercer y cuarto producto implicado en orden de frecuencia los domingos y sábados respectivamente.

Los productos implicados con mayor frecuencia en la hospitalización y estancia, fueron los codificados como "otros", le siguió losas de pavimentar, escalera, charco barro, silla y bicicleta de niño.

Puerta de entrada fue el producto implicado más fre-

cuenta en los accidentados tratados en la urgencia y enviados a control a la consulta externa del hospital.

Se observó una relación cuantitativa entre los productos más frecuentemente implicado y los distintos grupos de edad, así los productos implicados mencionados fueron los más frecuentes en los distintos grupos, pero según los grupos de edad, ese orden varió en líneas generales, losas de pavimentar fue el más frecuente, pero de 15 a 19 años fue deportes especificados, seguido de solado de hormigón; de 20 a 29 años, de 35 a 39 años, de 80 a 84 años fue escalera.

Se encontró relación entre los productos implicados y las mecánicas y viceversa, así losas de pavimentar fue el más frecuente implicado en las caídas en el mismo nivel; escalera en caídas desde alturas; el perro, latas, cuchillos, en cortes, etc.

Hubo relación entre el producto implicado y el lugar del accidente y viceversa, así losas de pavimentar fue el más frecuente implicado en la vía pública, escalera en escaleras de interior, etc.

Hubo relación entre el producto implicado y la actividad, así casi todos los productos implicados lo fueron en el juego y otras actividades de tiempo libre.

Los productos implicados lo fueron en distinta frecuencia en los diagnósticos, así losas de pavimentar sobre todo en contusiones y torceduras; escalera en torceduras, etc.

Así mismo, la relación entre los productos implicados y las distintas partes del cuerpo, losas de pavimentar con tobillo, cara; escalera con tobillo, pie, etc.

5.14.-PRODUCTO CAUSANTE

En estos dos años, el producto causante más frecuente fue losas de pavimentar (15,20%), seguido de

escalera (7,15%), solado de hormigón, solado de cerámica, suelo de terrazo, sin especificar, entarimado de madera.

Es lógico que el producto causante más frecuente sea losas de pavimentar, ya que el lugar donde sucedieron más accidentes fue en la vía pública, ahora bien, recordemos que el segundo y tercer lugar más frecuente fue cocina y habitación, eso justifica el que estén de los primeros en la lista de frecuencia solado de hormigón, solado de cerámica y suelo de terrazo entre otros; llama la atención que escalera figura en el segundo lugar de frecuencia como producto causante, y escalera de interior figura en el octavo lugar de frecuencia accidental, esto se podría justificar por ser las escaleras de interior un lugar de tránsito entre la vía pública y el hogar, así como la propia morfología de estas, la temeridad propia de la infancia y adolescencia, la pérdida de facultades de los ancianos.

Así mismo, hay que recordar que cuando solo hay productos causantes, este se codificó además como implicado.

A la vista de los resultados de la hospitalización, vemos que no hay concordancia entre frecuencia accidental de los productos causantes y el número de hospitalizaciones y estancias que causaron, así, losas de pavimentar causó el mayor número de hospitalizaciones, y el segundo en estancias y solado de cerámica fue el segundo en número de hospitalizaciones y el primero en estancias, a continuación les siguió suelo de terrazo, escalera, solado de hormigón, entarimado de madera, etc. Lo que nos demuestra que no tiene por qué haber relación entre la frecuencia accidental y la gravedad de la lesión que ocasiona un producto.

Recordemos que losas de pavimentar (producto causante más frecuente), de los 17 fallecidos solo fue el causante de uno.

La frecuencia de productos causantes fue distinta en relación a los distintos grupos de edad, así en casi

todos fue más frecuente losas de pavimentar, excepto de 15 a 19 años en que fue solado de hormigón; de 20 a 29 años y de 40 a 49 años escalera; de 60 a 64 años, de 70 a 74 años, de 80 a 89 años solado de cerámica, de 89 años en adelante entarimado de madera.

Hubo una relación entre los productos causantes y la mecánica y viceversa, así losas de pavimentar fue el causante de caídas en el mismo nivel, escalera en las caídas desde altura, el cuchillo, perro, latas en los cortes, etc.

Hubo relación entre el producto causante y el lugar y viceversa. Así, losas de pavimentar en la vía pública, escalera en escaleras de interior, etc.

En la relación entre el producto causante y la actividad y viceversa, casi todos los productos causantes más frecuentes fueron los causantes más frecuentes en el juego y otras actividades de tiempo libre.

Hubo relación entre los productos causantes más frecuentes y el diagnóstico, así losas de pavimentar en contusiones, torceduras; escalera en torceduras y contusiones, etc.

Hubo relación entre el producto causante y la parte del cuerpo, así, losas de pavimentar en muñeca, tobillo; escalera en tobillo, cráneo, etc.

5.15.-SEXO

En el estudio, en el grupo de edad de menores de 1 año, hubo un equilibrio cuantitativo en ambos sexos, habiendo un predominio de los varones desde un año hasta los 29 años; a partir de los 30 las mujeres tuvieron mayor peso cuantitativo. En el total, los varones representaron el 52,08% y las mujeres el 47,92%.

En el estudio de Tursz (281) en los lactantes no existe predominio neto, o es discreto, en los varones, aumentando después.

En la encuesta de Fortin (92) en niños de 2 a 6 años, los varones representaron el 62% y las mujeres el 38%.

En la encuesta de Langley (160) en niños de 10 a 11 años, los varones tuvieron un ligero predominio de accidentabilidad doméstica respecto a las mujeres.

En el estudio de Boyce (45) en estudiantes, los porcentajes de lesiones fueron más altos para niños que para niñas en todas las edades.

En la encuesta Icsa-Gallup (224), en menores de 16 años, los varones accidentados fueron el 71% y las mujeres el 29%.

En el estudio epidemiológico del Dr. Sánchez García (241) de 0 a 14 años, los varones predominaron sobre las mujeres.

5.16.-PREVENCION

Los datos extraídos del estudio de los accidentes nos van a servir de base para planificar y desarrollar una prevención realista y factible, ya que no podemos prevenir correctamente aquello que desconocemos. La prevención debe ser abanderada por las autoridades, fuerzas sociales y contando con los distintos grupos a los que va dirigida dicha. Dicha prevención será específica y comprensible en relación a los destinatarios; en resumen, una prevención imbricando a toda la sociedad.

Los diferentes intervinientes en la prevención deben actuar con criterios uniformes y coordinadamente. Se debe tratar de actuar sobre todos y cada uno de los eslabones accidentales. En la aproximación, se debe considerar desde la prevención de los accidentes, así como una reducción de las complicaciones de la lesión y el transporte y rehabilitación de la víctima.

Hay que hacer hincapié en la profilaxis de los accidentes y en proporcionar a la población unos conocimientos básicos sobre como actuar en los primeros momentos, tanto en casos de accidente o urgencia individual, o

colectivos (catástrofes).

En caso necesario, es preciso contar con personal entrenado y con medios óptimos, que presten una correcta asistencia in situ y durante el transporte y el traslado al centro adecuado.

Este enfoque requiere una gran organización de la asistencia y un gran apoyo de todos aquellos potencialmente implicados en la misma.

Pero habrá casos en que con esto no es suficiente, y será necesaria una rehabilitación del accidentado tanto síquica como físicamente, intentando reinsertarle en la sociedad de la manera menos traumática posible.

En ocasiones la ayuda de una sociedad solidaria debe extenderse a los familiares y allegados de la víctima.

La prevención debe llevarse de manera continua, ya que la confianza debe venir de la desconfianza, teniendo la guardia levantada en todo momento, por lo que debe haber registros sistemáticos de carácter permanente, adaptados a los procesos accidentales, así como a los productos intervinientes y causantes.

6. CONCLUSIONES

6.-CONCLUSIONES

Del estudio sobre los accidentes domésticos y de ocio destacan las siguientes conclusiones:

1) Sólo una vez realizado el estudio sobre accidentes domésticos y de ocio nos permite concienciarnos de su gran magnitud cuantitativa y cualitativa.

2) Estos accidentes ocasionan una gran morbilidad, sufrimiento humano, minusvalías y gran carga económica.

3) Estos accidentes originaron una gran demanda asistencia de urgencia, gran número de hospitalizaciones y estancias, así como de control sanitario en los centros de zona.

4) Globalmente, no hubo diferencias cuantitativas significativas en ambos sexos, pero sí varió su distribución en los distintos grupos de edad en función de la incidencia de cada una de las variables.

5) Las caídas en el mismo nivel fue la mecánica más frecuente en los accidentes domésticos y de ocio, representando más de un tercio.

6) La mayor parte de los accidentes domésticos y de ocio acontecieron en la vía pública, seguido de la cocina y habitación.

7) Los accidentes dentro de la casa y en áreas de compras, comerciales y de servicio, fueron más frecuentes en las mujeres, y los ocurridos en la vía pública, áreas naturales, educativas y deportivas, jardín, garaje, cobertizo, camino de entrada, patio de casa en los varones.

8) El juego y otras actividades de ocio, en más de la mitad de los casos en ambos sexos, originó este tipo de accidentes, le siguió la actividad doméstica (en las mujeres) y los deportes sin organizar (en los varones). La actividad de compras fue más frecuente en las mujeres.

9) De este estudio se infiere el distinto papel que desarrolla cada sexo en la sociedad, a pesar de la igualdad teórica reconocida.

10) Una vez estudiados estos accidentes nos permiten sentar las bases para su prevención, ya que sólo se puede prevenir eficazmente lo que se conoce.

11) Al incidir en estos accidentes gran número de variables, las medidas preventivas deben ser multifactoriales y factibles, haciendo especial hincapié en la profilaxis.

7.BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abad, I., Colmenar, J. et al: "¿Qué se investiga en España sobre accidentes e intoxicaciones infantiles? Estudio descriptivo de los últimos once años". An. Esp. Pediatr., 1.987, 26,4, 255-257.
- 2.- Accident Facts, 1.982 Edition, National Safety Council, 6-7, 9, 26, 42, 43, 45, 52, 61, 72-73, 77, 80-81, 90-91.
- 3.- Alison, F.: "Enquête sur les accidents chez les enfants". Bull. INH, 1.962, 17, 989-1.005.
- 4.- Alpert, Joel J., Guyer, B.: "Prevención de Accidentes y Lesiones". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana, 1.985, vol.1, 1-7.
- 5.- Alwash, R., McCarthy, M.: "Measuring severity of injuries to children from home accidents". Arch. Dis. Child. 1.988, 63, 635-638.
- 6.- Alwash, R., MacCarthy, M.: "Accidents in the home among children under 5: ethnic differences or social disadvantage?". Br. Med. J., 21 May 1.988, vol. 296, 1450-1453.
- 7.- Amado, G.: "Les aspects psychologiques des accidents chez l'enfant et leur prévention". Ann. Pediatr 1.972; 19, 679-684.
- 8.- Arbelo, A.: "Programa de salud para la población de España". Tribuna Médica num. 769, 22 de Septiembre 1.978. Madrid, 9.
- 9.- Arbelo, A.: "Educación sanitaria. Programa de salud". Tribuna Médica num. 775, 3 de Noviembre 1.978. Madrid, 10.

- 10.- Arena, J.M.: "The pediatrician's role in the poison control movement and poison prevention". Am. J. Dis Child 1.983; 137, 870-873.
- 11.- Backett, E.M., Johnston, A.M.: "Social patterns of road accidents to children. Some characteristics of vulnerable families". Br. Med. J., 1.959, 1,409-413.
- 12.- Backett, E.M.: "Domestic accidents". Public Health Papers No. 26, WHO, Geneva, 1.965, 1-155.
- 13.- Badran, I.G.: "La mejora de la seguridad en carretera". O.M.C. num. 5 1990, 35-40
- 14.- Baker, S.P., O'Neill, B., et al: "The injury severity score: A Method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care". J. Trauma, March 1.974, 187-196.
- 15.- Baker, S.P., O'Neill, B.: "The injury severity score: An update". J. Trauma, 16. 1.976, 882-885.
- 16.- Baker, S.P., O'Neill, B., et al.: "The Injury Fact Book Lexington Books". Lexington, Mass, DC Health & Co. 1.984, 7-11.
- 17.- Baker, S.P.: "Evaluation of medical care of the injured". J. Trauma 11, 1.971, 892-894.
- 18.- Baker, S.P.: "Determinants of injury and opportunities for intervention". Am.J. Epidemiol. 1.975; 101, 98-102.
- 19.- Baker, S.P.: "Injury classification and the international classification of disease codes". Accid. Anal. Prev. 1.982, 14, 199-201.
- 20.- Baker, S.P.: "Medical Data and Injuries". Am. J. Public Health, 1.983 July, vol. 73, num.7, 733-734.

21.- Baker, S.P.: "Without guns, do people kill people?". Am. J. Public Health 1.985; 75, 587-588.

22.- Bakwin, R.M., Bakwin, H.: "Psychologic aspects of pediatrics". J. Pediatr 1.948; 32, 749-752.

23.- Balanzó, X., Pujol, R., et. al.: "Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya". Med. Clin. (Barc) 1.989; 92, 86-90.

24.- Banco, L., Powers, A.: "Hospitals: unsafe environments for children". Pediatrics November 1.988, Vol. 82, num. 5, 794-797.

25.- Barancik, J.I., Chatterjee, B.F.: "Methodological considerations in the use of the abbreviated injury scale in trauma epidemiology". J. Trauma 21, 1.981, 627-635.

26.- Barancik, J.I., Barbara, S., et al: "Northeastern Ohio Trauma Study: I. Magnitude of the Problem". Am. J. Public Health. 1.983 July, vol. 73, num. 7, 746-751.

27.- Barois, A.: "La morbilidad par accidents chez l'enfant (0-15 ans) à partir de enquêtes différentes portant chacune sur une année". Journées Parisiennes de Pédiatrie. 1.981, Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1.981, 367-376.

28.- Bass, J.L., Gallagher, S.S., Mehta, K.A.: "Lesiones en adolescentes y adultos jóvenes. Prevención de accidentes y lesiones". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana 1.985, vol 1, 35-43.

29.- Baudier, F.: "Education pour la santé. Guide pratique". Besançon: Edition Cdes-Addeesse, 1.987, 1-180.

30.- Baudier, F., Marchais, M.: "Les accidents

domestiques de l'enfant, 5 stratégies pour mieux les prévenir". In 12th world conference on health education proceedings 1.987, 141-145.

31.- Baudier, F., Marchais, M., et al: "Programme coopératif de prévention des accidents domestiques de l'enfant dans le département du Doubs. II Aspects éducatifs et évaluation". Arch. Fr. Pediatr. 1.988, 45, 499-503.

32.- Baudier, F., Marchais, M., et al: "Programme coopératif de prévention des accidents domestiques de l'enfant dans le département du Doubs. I. Aspects épidémiologiques". Arch. Fr. Pediatr. 1.988, 45, 423-427.

33.- Beaufile, F.: "Les urgences pédiatriques hospitalières. Réalités en 1.982. Table ronde des journées parisiennes de Pédiatrie, 1.982". Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1.982, 331-375.

34.- Berfenstam, R.: "Prevention of childhood accidents in Sweden". Acta Paediatr. Scand. 1.979, supplt 275, 88-95.

35.- Berger, L.R.: "Childhood injuries: Recognition and prevention". Curr Probl. Pediatr. 1.981; 12, 1-28.

36.- Bergman, A.B.: "Is it of any practical value to identify 'accident-prone' children?" Pediatrics vol 60. num 5 November 1.977, 786.

37.- Berner-Wuthrich, R.: "Accidents survenus au cours de l'éducation physique et du sport scolaire dirigé. Bâle, Institut für Leibeserziehung und sport, 1976, 1-112.

38.- Beroud, G., Muller, R., Weiss, W.: "Face à l'alcool et aux toxiques, les adolescents ont-ils le goût du risque? In : Tursz A., Adolescents, risques et

accidents, Paris. Centre International de l'Enfance, Doin, 1.987, 79-90.

39.- Biener, L., Fasler, S.: "Sportunfälle; Epidemiologie und Prävention; Lehre, Forschung, Verütung. Berne: Huber, 1.978, 1-302.

40.- Bijur, P.E., Stewart-Brown, S., Butler, N.: "Child behavior and accidental injury in 11.966 preschool children". AJDC 1.986, 140, 487-492.

41.- Bithoney, W.G., Snyder, J., et al: "Childhood ingestions as symptoms of family distress". Am. J. Dis. Child 1.985, 139, 456-459.

42.- Boccolini, M.: Analyse de 3.561 accidents chirurgicaux observés chez l'enfant aux urgences du centre hospitalier de Versailles durant l'année 1.980. Eléments de leur prévention". Thèse Méd, Paris V, Faculté de Médecine Paris Ouest, 1.982.

43.- Bocher, W.: "Les aspects psycho-sociaux des accidents de l'enfant". Courrier CIE, 1.980, 30, 1-5.

44.- Bourguet, C.C., McArtor, R.E.: "Unintentional injuries: risk factors in preschool children". AJDC Mayo 1.989 vol 143, 556-559.

45.- Boyce, W.T., Lewis, W, et al.: "Epidemiology of injuries in a large urban school district". Pediatrics, 1.984, 74, 342-349.

46.- Brocklehurst, J.C., Exton-Smith, A.N., et al.: "Fracture of the femur in old age: a two centre study of associated clinical factors and the cause of the fall". Age Ageing 1.978; 7, 7-15.

47.- Brocklehurst, J.C., Exton-Smith, A.N., et al.: "Fracture of the femur in old age: a two centre study of associated clinical factors and the cause of the fall".

Age Ageing 1.978, 7, 7-15.

48.- Brown, G.W., Davidson, S.: "Social class, psychiatric disorder of mother, and accidents to children". The Lancet, February 18, 1.978, 378-381.

49.- Campbell, A.J., Reinken, J., Allan, B.C., et al: "Falls in old age: A study of frequency and other related factors". Age Ageing 10; 1.981, 264.

50.- Candau, M.G.: "Accidents: World's third worst killer". Unesco Courier 4; 1.961, 4-5.

51.- Cayten, C.G., Evans, W.: "Severity indices and their implications for emergency medical services research and evaluation". J. Trauma, 19. 1.979, 98-102.

52.- Centers for Disease Control: Table V. "Years of potential life lost, deaths, and death rates, by cause of death, and estimated number of physician contacts, by principal diagnosis, United States". MMWR 34, 1.985. July 17, 439.

53.- Child Labor Requirements in Nonagricultural Occupations under the Fair Labor Standards Act, Child Labor Bill num. 101, US Department of Labor, 1.978.

54.- Child Labor Requirements in Agriculture, under the Fair Labor Standards Act, Child Labor Bulletin, No. 102, US Department of Labor, WH publication 1295, 1.984.

55.- Christoffel, K.K., Christoffel, T.: "Handguns: Risks versus benefits". Pediatrics 1.986; 77, 781-1782.

56.- Clements, F.W., Southby, R., et. al.: "An analysis of deaths from accidental poisonings in children aged under five years". Med. J. Aust. 1.963, ii, 649-652.

57.- Cliff, K.S.: "Children's accidents". Br. Med. J. 1.982; vol. 284 January, 220-221.

58.- Cogbill, T.H., Busch, H.M., Stiers, G.R.: "Farm accidents in children". Pediatrics, October 1.985, vol. 76, num. 4, 562-566.

59.- Cogbill, T.H., Busch, H.M., Stiers, G.R.: "Farm accidents". Pediatrics vol. 77 num. 5 May 1.986, 784-785.

60.- Collins, J.G.: "Persons injured and disability days due to injuries: United States, 1.980-81, Washington,DC: National Center for Health Statistics; 1.985. Vital and Health Statistics, series 10, num. 149, US Dept. of Health and Human services publication PHS;85-1, 577.

61.- Colver, A.F., Hutchinson, P.J., Judson, E.C.: "Promoting children's home safety". Br. Med. J., 23 October 1.982, vol. num. 285, 1177-1180.

62.- Committee on Accident and Poison Prevention, 1.987-1.988: "Rural Injuries". Pediatrics June 1.988, vol. 81, num. 6, 902-903.

63.- Committee on Accident and Poison Prevention, 1.987-1.988: "Snowmobile statement". Pediatrics, November 1.988, vol 82, num. 5, 798-799.

64.- Committee on Medical Aspects of Automotive Safety: "Rating the severity of tissue damage: I. The abbreviated scale". J.A.M.A., 215. 1.970, 277-280.

65.- Committee on Medical Aspects of Automotive Safety: "Rating the severity of tissue damage. II. The comprehensive scale". J.A.M.A. 220: 1.972, 717-720.

66.- Committee on Injury Scaling: "The Abbreviated Injury Scale, 1.980". Am. Assoc. for Auto. Med., 1.980. Morton Grove, IL 60053.

67.- "Constitución Española". B.O.E. nº 311.1 de 29 de Diciembre de 1.978.

68.- Cooper, S.: "Child accident watchdog". Home Accidents News Sheet. 1.985 September, num. 10, 1.

69.- Cortés, M.P., Mingot, M.: "Mortalidad infantil y del síndrome de la muerte súbita del lactante. Datos estadísticos comparativos entre España y otros países". JANO 12-18 Enero 1.990. vol. 38, num. 890, 49-53.

70.- Cruz, M.: "Tratado de Pediatría". Barcelona: Espaxs, 1.983, 2 v, 1699-1754.

71.- Cummings, S.R., Nevitt, M.C., Kidd, S.: "Forgetting Falls: The limited accuracy of recall of falls in the elderly". JAGS July 1.988, vol. 36 num. 7, 613-616.

72.- Dalziel, W.B., Kelley, F.A., Cherkin, A.: "80 Do's & 58 dont's for your safety: A practical guide for eldercare". Geriatric Research, education & clinical center. Sepulveda VA Medical center, Sepulveda, California, 1.988. 1 bis.

73.- Davidson, F., Maguin, P.: "Les accidents chez les enfants. Etudes épidémiologiques d'une zone rurale et d'une zone urbaine". Arch. Fr. Pediatr. 1.984; 41, 67-72.

74.- Davis, H.F., Schletty, A.V., et al.: "The 1.990 objectives for the nation in injury prevention. A new progress review". Public Health Rep. 1.984, 99, 10-22.

75.- Dershewitz, R.A., Christophersen, E.R.: "Childhood household safety, an overview". Am. J. Dis. Child 1.984, 138, 85-88.

76.- Dershewitz, R. A., Williamson, J.W.: "Prevention of childhood household injuries: a controlled clinical

trial". Am. J. Public Health 1.977; 67, 1.148-1.153.

77.- Deschamps, J.P.: "Quelques règles utiles pour l'étude et la prévention des accidents chez l'enfant". Ann Pédiatr (Paris) 1.987, 34, num. 3, 243-244.

78.- Dewey, M.J.: "Child safety program". J. Tenn Med. Ass. 1.983; 76, 39-41.

79.- Diaz, M.: "Disminución de la densidad osea". Comité de formación de Ahoemo, 1.988-1.989, 31-44.

80.- Doherty, W.J.: "Family interventions in health care". Family Relat 1.985; 34, 129-137.

81.- Draper, P., Griffiths, J., et al.: "Three types of health education". Br. Med. J. 1.980, 493-495.

82.- Educación para la prevención de accidentes infantiles. Diputación de Sevilla. Area de Sanidad y Servicios Sociales, 1-4.

83.- Ehrenpreist, T.: "Verhütung von Kinderunfällen in Sweden 1.954 bis 1.980". Soz. Padiatr. Praxis Klin. 1.983; 5, 352-358.

84.- Eriksson, A., Björnstig, U.: "Fatal snowmobile accidents in Northern Sweden". J. Trauma. vol 22, num 12, December 1.982, 977-982.

85.- Eskola, J., Poikolainen, K.: "The frequency of children's poisonings in different social groups". Hum Toxicol 1.983, 2, 305-309.

86.- Exton-Smith, A.N.: "Functional consequences of aging: Clinical manifestations, in Exton-Smith A.N., Grimley-Evans J (eds): Care of the Elderly: Meeting the challenge of Dependency". London, Academic Press, 1.977, 41.

87.- Farmer, E., Chambers, E.G.: "A psychological study of individual differences in accident rate". Medical Research Council-Industrial Fatigue Research Board, Report No. 38, HMSO, London, 1.926.

88.- Feldman, K.W.: "Prevention of childhood accidents: Recent progress". *Pediatr. Rev.* 1.980; 2, 75-82.

89.- Fenollosa, B., Romar, A.: "Revisión y control de la labor asistencial en el área de urgencias central de la Ciudad Sanitaria La Fe, Valencia". *Rev. Sanid. Hig. Pub (Madrid)* 1.979; 53, 1.651-1.672.

90.- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., et al.: "A controlled field trial on a poisoning prevention method". *Paediatrics* 1.982; 69, 515-520.

91.- Fife, D., Barancik, J.I., Chatterjee, B.: "Northeastern Ohio Trauma Study. II. Injury rates by age, sex and cause". *Am. J. Public Health*, 74, 1.984, 473-478.

92.- Fortin, J.: "Les accidents à l'école maternelle. Etude épidémiologique et perspectives de prévention". *La revue de pédiatrie*. T. XX Janvier 1.984 num. 1, 49-52.

93.- Fortin, J. "Les accidents à L'école Maternelle". *Ann Pédiatr (Paris)* Mars 1.987, 34, num. 3, 227-232.

94.- Fulginiti, V.A.: "Our children are being maimed and killed. Injury, accidents, poisoning, and development". *Am. J. Dis. Child.* 1.987 December, vol. 141, 1255.

95.- Gallagher, S.S., Finison, K., et al: "The incidence of injuries among 87.000 Massachusetts Children and adolescents: Results of the 1.980-81 statewide childhood injury prevention program surveillance system". *Am. J. Public Health*, 1.984,

December, 74, 1340-1347.

96.- Gallagher, S.S., Guyer, B., et al: "A Strategy for the Reduction of Childhood Injuries in Massachusetts SCIPP". N. Engl. J. Med. 307, 1.982, 1015-1019.

97.- Gallagher, S.S., Hunter, P., Guyer, B.: "A home injury prevention program for children". Pediatr. Clin. North Am. 1.985, 32, 95-112.

98.- Gallagher, S.S., Hunter, P., Gayer, B.: "Programa para prevención de lesiones caseras en el niño. Prevención de accidentes y lesiones". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana 1.985, vol. 1, 103-121.

99.- Garrettson, L.K., Gallagher, S.S.: "Falls in children and youth ". Pediatr Clin. North Am. 1.985; 32, 153-162.

100.- Garrick, J.G., Requa, R.K.: "Injuries in high school sports". Pediatrics 1.978, 61, 465-469.

101.- Gemmell, M.K., Houk, V.N.: "The Possible Dream: Accident Prevention and Injury Control -a Conference to Chart Advances and Plan Strategy". Public Health Reports. 1.985 November-December, vol. 100, num. 6, 557-559.

102.- "Geografía Universal Ilustrada". Noguer Rizzoli, 27.

103.- Gerardy, J., Rigal.: "La morbilidad par accidents dans l'enfance". Arch. Belges Méd. Soc. Hyg Méd. Travail Méd Légale, 1.967; 5, 313-320.

104.- Gilmore, K.M., Clemmer, T.P., Orme, J.F.: "Commitment to trauma in a low population density area". J. Trauma 1.981; 21, 883-888.

105.- Gleadhill, D.N.S., Robson, W.J., et al: "Baby walkers... time to take a stand?". Arch. Dis. Child., 1.987, 62, 491-494.

106.- Gratz, R.R.: "Accidental injury in childhood: A literature review on pediatric trauma". J. Trauma. 1.979, 19, 551-555.

107.- Greensher, J., Mofenson, H.C.: "Lesiones producidas durante el juego. Prevención de accidentes y lesiones". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana 1.985, vol 1, 137-150.

108.- Grimley-Evans, J., Prudham, D., Wandless, I.: "A prospective study of fractured proximal femur". Public Health 1.979; 93, 235-241.

109.- Grosfeld, J.L. "Traumatismos en niños". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana, 1.975, Mayo, 267-268 .

110.- Gryfe, C.I., Amies, A., Ashley M.J.: "A longitudinal study of falls in an elderly population: I. Incidence and morbidity". Age Ageing 6; 1.977, 201.

111.- Gryfe, C.I., Amies, A., et al: "A longitudinal study of falls in elderly population: I. Incidence and morbidity". Age Ageing 6, 1.977, 201-210.

112.- Gupta, S.M. Chandra, J., Dogra, T.D.: "Blunt force lesions related to the heights of a fall". Am. J. Forensic Med. Pathol. 1.982, 3, 35-43.

113.- Gustafsson, L. H. : "Childhood accidents. Three epidemiological studies on the etiology". Scand. J.Soc Med, 1.977; 5, 5-13.

114.- Guyer, B., Gallagher, S.S.: "Enfoque epidemiológico de lesiones infantiles. Prevención de accidentes y lesiones". Clínicas Pediátricas de

Norteamérica. Interamericana 1.985, vol. 1, 9-20.

115.- Haddon, W.: "A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity". J. Trauma 1.972; 12, 193-207.

116.- Haddon, W.(jr): "Strategy in preventive medicine: passive versus active approaches to reducing human wastage". J. Trauma 1.974, 14, 353-354.

117.- Haddon, W.H.: "Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy". Public Health Rep. 95, 1.982, 411-421.

118.- Haddon, W.(jr), Baker, S.P.: "Injury control" In Clark, D.W., and Mac Mahon, B. (eds).: Prevention and Community Preventive, 2 nd ed. Boston. Little, Brown & Co., 1.981, 109-140.

119.- Haller, A., Shorter, N. et al.: "Organization and function of a regional pediatric trauma center: Does a system of management improve outcome?". J. Trauma 1.983; 23, 691-696.

120.- Haller, J.A.: "Pediatric trauma; The no. 1 killer of children". Jama 1.983, 247, 249.

121.- Halperin, S.F., Bass, J.L., Mehta, K.A: "Knowledge of accident prevention among parents of young children in nine Massachussetts towns". Public Health Rep 1.983, 98, 548-552.

122.- Halperin, S.F., Bass, J.L., et al.: "Unintentional injuries among adolescents and young adults: a review and analysis". J. of Adolescent Health Care, 1.983, 4, 275-281.

123.- Hartunian, N.S., Smart., C.N., Thompson, M.S.: "The incidence and economic cost of cancer, motor vehicle injuries, coronary heart disease, and stroke: a

comparative analysis". Am. J. Public Health 1.980: 70, 1249-1260.

124.- Hatton, F., Maguin, P., et al.: " Mortalité accidentelle des enfants de moins de 15 ans. Situation en 1.978. Evolution depuis 1.950". In: Journées Parisiennes de Pédiatrie. Paris: Flammarion Médecine, 1.981, 377-385.

125.- Health, United States 1.980 with prevention profile. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human services, 1.980, DHHS publication No. 1 (PHS) 81-1232, 312-314.

126.- Hendricks, W.M., Hendricks, C.G.: "Infancy and Health Hazards". Am. J. Dis. Child, Octubre 1.982, vol. 136, 953.

127.- Hogue, C.: "Injury in late life: I. Epidemiology. II. Prevention". J.Am. Geriatric. Soc. 30:183, 1.982.

128.- Holinger, P.C.: "Self destructiveness among the young: an apidemiological study of violent deaths". Int. J. Soc. Psychiatry, 1.981, 24,277-282.

129.- Holmes, M.J., Reyes, H.M.: "A critical review of urban pediatric trauma". J. Trauma 1.984; 24, 253-255.

130.- Hongladaron, G.C., Allard, J., Miller, W.F.: "Injuries due to falls". Washington MMWR. 1.978; 27, 192-198.

131.- Horowitz, S.M., Morgenstern, H., et al.: "Determinants of pediatric injuries". AJDC 1.988; 142, 605-611.

132.- Hospitales. Profesión Médica 20 marzo 1.989, 10-11.

133.- Husband, P. : "The accident-prone child". The Practitioner 1.973; 211, 335-344.

134.- Husband, P., Hinton, P.E.: "Families of children with repeated accidents". Arch Dis Child. 1.972, 47, 396-400.

135.- Instituto Nacional de Estadística: "Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 1.986". Madrid: ING, 1.988, 39.

136.- Jackson, R.H., Gaffin, J.: "The Child accident prevention trust". Arch. Dis Child 1.983; 58, 1.031-1.033.

137.- Jackson, R.H., Wilkinson, A.W.: "Why don't we prevent childhood accidents?" Br. Med. J., 1.976, 1, 1.258-1.262.

138.- Jacobs, L.M., Schwartz, R.J.: "The impact of Prospective Reimbursement on Trauma Centers". Arch. Surg, vol. 121, April 1.986, 479-483.

139.- Jacobsen, D., Halvorsen, K., et al: " Acute poisonings of children in Oslo. A One year prospective study". Acta Paediatr. Scand. 1.983, 72, 553-557.

140.- Jay, K.M., Barlett, R.J.: "Burn epidemiology: a basis for burn prevention". J. Trauma, 17, 1.977, 943-947.

141.- Jeanneret, O.: "Les accidents liés à l'activité sportive en milieu scolaire. Point de vue d'un épidémiologiste". Arch. Fr. Pediatr. 1.981, 39, 791-796.

142.- Jeanneret, O.: "Les adolescents ne courent pas seulement des risques: ils en prennent!". Rev. Méd. Suisse Romande, 1.983, 103, 371-383.

143.- Jeanneret, O., Sand, E.A., et al.: "Les

adolescents et leur santé". Flammarion Médecine Sciences, ed. Paris 1.983, 145-155 y 238-246.

144.- Jeanneret, O., Bahy, M.: "School accidents: epidemiological approach. In the First Arab Conference on Child Accident. Baghdad, 27-30 November. 1.978. Beyrouth: Arab Research Center for Injuries 1.979, 59-70.

145.- Joliet, P.V.: "Home safety, in Halsey MN(ed): Accident prevention :The role of Physicians and Public Health Workers". New York, Mc Graw-Hill Book Co, 1.961, 93-116.

146.- Jones, J.G.: "The child accident repeater". Clin. Pediatr. 1.980; 19, 284-288.

147.- Kaminski, M., Bouvier-Colle, M.H., Blondel, B.: "Mortalité des jeunes dans les pays de la CEE, de la naissance à 24 ans". Paris, Inserm-Doin. 1.985, 310.

148.- Kane, D.N., Kates, R.W.: "Environmental hazards and the lives of children. In Environmental hazards to young children". Phoenix: Oryx Press, 1.985, 1-9.

149.- Kane, D.N., Kates, R.W.: "Hazard management for the next decade". In Environmental hazards to young children. Phoenix: Oryx Press 1.985, 227-237.

150.- Kavanagh, C., Banco, L: "Infancy and Health Hazards". Am. J. Dis. Child, Octobre 1.982, vol. 136, 953.

151.- Keck, N.J., Istre, G.R., et al.: "Characteristics of Fatal Gunshot wounds in the Home in Oklahoma: 1.982-1.983". AJDC June 1.988, vol. 142, 623-626.

152.- Kelly, B., Sein, C., McCarthy, P.L.: "Safety Education in a Pediatric Primary Care Setting".

Pediatrics, May 1.987, vol. 79, num. 5, 818-824.

153.- Kiefer, N.C.: "Accidents: The foremost problem in preventive medicine ". Prev. Med. 1.973, 2, ~~106-112~~.

154.- Krischer, J.P.: "Indexes of severity: Underlying concepts". Health Serv. Res. 11: 1.976, 143-157.

155.- Laitinen, H.: "Severe chemical accidents in Finland in 1.978-1.985". Scand. J. Work Environ Health. 1.988, vol. 14, suppl. 1, 93-94.

156.- Landman, PF., Landman, G.B.: "Accidental injuries in children in day-care centers". AJDC, vol. 141, March 1.987, 292-293.

157.- Lang-Runtz, H.: "Health care: Preventing accidents in the home". Can Med Assoc. J., vol 129, September 1, 1.983, 482-485.

158.- Langley, J.D.: "The international clasification of Diseases codes for describing injuries and circumstances surrounding injuries: A critical comment and suggestions for improvement". Accid. Anal. Prev. 1.982; 14, 195-197.

159.- Langley, J.: "The accident prone child - the perpetration of a myth". Aust. Paediatr. J. 1.982, 18, 243-246.

160.- Langley, J.D., Cecchi, J., Silva, P.A.: "Injuries in the tenth and eleventh years of life". Aust. Paediatr J. (1.987) 23, 35-39.

161.- Langley, J.D., Silva, P.A.: "Childhood accidents involving the electric jug: Options for prevention". Burns 1.981, 93, 344-347.

162.- Langley, J., Silva, P.: "Childhood accidents- parents' attitudes to prevention". Aust. Paediatr. J.

1.982, 18, 247-249.

163.- Larcher, P.: "Les accidents d'enfants: Comparaison de Compagnes télévisées de Prévention". Ann Pédiatr. 1.987 Mars, vol. 34, num.3, 239-241.

164.- Lawson, G.R., Craft, A.W., Jackson, R.H.: "Changing pattern of poisoning in children in Newcastle, 1.974-1.981". Br. Med. J. 1.984; 287, 15-17.

165.- Lechat, M.F., Noel, A., et al.: "Enquête sur les accidents au domicile chez des enfants en âge d'école primaire". Arch. Belges Méd. Soc., 1.973, 31, 289-306.

166.- "Les accidents d'enfants". A.D.E.S., 1.988 Janvier, 1-16.

167.- Lewis, C.E., Lewis, M.A.: "Peer pressure and risktaking behaviours in children". Am. J. Public Health, 1.984, 74, 580-584.

168.- "Libro Blanco: El Médico y la Tercera Edad". Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y la Sociedad Española de Geriatria, 1.986, 19, 38-39, 41, 163.

169.- Litt, I.F., Steinerman, P.R.: "Compliance with auto-motive safety devices among adolescents". J. Pediatr., 1.981, 99, 484-486.

170.- Lloret, J., Puig, X., Muñoz, J.: "Urgencias Médicas, Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año". Med. Clin (Bar) 1.984; 83, 135-141.

171.- Longhlin, E. et al.: "Project burn prevention: Outcome and implications". Am. J. Public Health 1.982; 72, 241-247.

172.- Lordier, A.: "Epidémiologie des accidents chez l'enfant". Rev. Prat. 1.984, 34, 1545-1555.

173.- Lovejoy, F.H., Chafee-Bahamon, C.: "The physician's role in accident prevention". Pediatr. Rev. 1.982, 4, 53-60.

174.- Lowrey, G.H.: "The problem of hospital accidents to children". Pediatrics 1.963, 32, 1064-1068.

175.- Mac Kay, A., Rothman, J.K.: "The incidence and severity of burn injuries following project burn prevention". Am. J. Public Health 1.982, 72, 248-253.

176.- Macfarlane, A.; "Child deaths from accidents: place of accident". Population Trends 1.979, 15, 10-15.

177.- MacKenzie, E.J., Shapiro, S., Eastham, J.N.: "The Abbreviated Injury Scale and Injury Severity Score: levels of inter-and intrarater reliability". Med. Care, 1.985, 23, 823-835.

178.- Manciaux, M.: "Les accidents dans l'enfance. Rapport de synthèse". Enfance 1.980, numéro spécial 4/5, 225-230.

179.- Manciaux, M.: "Les accidents chez les enfants et les adolescents". Arch. Fr. Pédiatr. 1.981, 38, 73-75.

180.- Manciaux, M.: "Les accidents chez les enfants et les adolescents: comment conduire la désescalade?". Arch. Fr. Pediatr 1.981; 38, 73-75.

181.- Manciaux, M.R.G.; "Accidentes en la infancia: De la epidemiología a la prevención". Acta Pediatr. Scand. 1.985, 2, 175-183.

182.- Manciaux, M.: "Le Pédiatre et L'accident d'enfant: Un couple Mal Assorti". Ann Pédiatr (Paris) 1.987, 34, num. 3, 205-207.

183.- Manciaux, M., Deschamps, J.P., Fritz, M.T.: "Santé de la mère et de l'enfant". Flammarion Médecine Sciences, ed. Paris 1.984, 293-312 y 459-483.

184.- Manciaux, M., Goujou, J., Masse, N.P.: "Accidents". Pédiatrie Sociale. Paris: Flammarion, 1.977, 400-416.

185.- Manciaux, M., Jeanneret, O.: "Les accidents atteignant les enfants et les adolescents, de la connaissance épidémiologique à l'action préventive". Rev. Epidemiol. Santé Publique 1.983, 31, 433-444.

186.- Manheimer, D.I., Dewey, J., et al.: "Fifty thousand child-years of accidental injuries". Public Health Rep. 1.966, 81, 519-533.

187.- Manheimer, D.I., Mellinger, G.D.: "Personality characteristics of the child accident repeater". Child Dev. 1.967; 38, 491-513.

188.- "Manual de Codificación EHLASS". Ministerio de Sanidad y Consumo. 1.986, 1-103.

189.- Martínez, J.L., Vaquero, F.J.: "Urgencias traumatológicas asistidas en un hospital general durante el año 1.982". Rev. Ortop. Trauma 28 1B Núm. 2, 1.984, 187-192.

190.- McCormick, M.C., Shapiro, S., Starfield, H.: "Injury and its correlates among 1 year old children". Am. J. Dis.Child. 1.981, 135, 159-163.

191.- Mellinger, G.D.: "Family Studies of Accidents". Proceedings, Childhood Accident Injury Symposium, April 21-22, 1.966, Charlottesville, Virginia. University of Virginia 1.966, 121-129.

192.- "Memoria de Gestión Año 1.986". Hospital Nacional Marqués de Valdecilla, 247.

193.- Meyer R.J., Roelofs, H.A., et al: "Accidental Injury to the preschool child". J. Pediatr., 63, 1.963, 95-105.

194.- Micik, S.H., Alpert, J.J.: "The pediatrician as advocate". Pediatr. Clin. North Am. 1.985; 32, 243-250.

195.- Micik, S. Miclette, M.: "Prevención de lesiones en la comunidad: un enfoque sistemático. Prevención de Accidentes y Lesiones". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana 1.985, vol. 1, 269-284.

196.- Milos, J., Cléroux, R.: "Principios-técnicas Aplicaciones Epidemiología de los Accidentes". Salvat, 1.987, 351-361.

197.- Minchom, P.E., Sibest, J.R., et al; "Does health education prevent childhood accidents?". Postgrad Med. J. 1.984, 60, 260-262.

198.- Mofenson, H.C., Wheatley, G.M.: "Prevention of childhood injuries: morbidity and mortality -An overview". Pediatr. Ann. 1.983, 12, 716-719.

199.- Monnier, J., Deschamps, J.P., Fabry, J. et al.: "Santé publique, santé de la communauté. Villeurbanne: Simep, 1.980", 277-284.

200.- Morfitt, J.M.; "Falls in old People at Home: Intrinsic versus environmental factors in causation". Publ. Health. Lond. 1.983, 97, 115-120.

201.- Morisky, D.E., Levine, D.M., et al.: "Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients". Am. J. Public Health 1.983, 73, 153-162.

202.- Muño, A., González, V.J., et al.: "Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos". Rev. Clin. Esp. 1.988; 182, 374-378.

203.- Murdoch, R., Eva, J.: "Home accidents to children under 15 years: a survey of 910 cases". Br. Med. J. 1.974, iii, 103-106.

204.- Nathorst Westfelt, J.Å.R.: "Environmental factors in childhood accidents. A prospective study in Göteborg, Sweden". Acta Paediatr. Scand., 1.982, 291 (Suppl), 1-75.

205.- National Safety Council: "Accident Facts, 1.983". Chicago. National Safety Council, 1.983, 8-80.

206.- National Center for Health Statistics: Health, United States, 1.982. DHHA Pub. No. (PHS) 83-1.232, Public Health Service, Washington, U.S. Govt. Printing Office, December 1.982.

207.- Naylor, R., Rosin, A.J.: "Falling as a cause of admission to a geriatric unit". 1.970. The Practitioner 205, 327-330.

208.- "Noticias: Quince de cada cien ancianos padecen demencia senil". O.M.C. num. 6. Marzo 1.990, 21.

209.- O.M.S. (1.958): "Coloquio sobre Prevención de los accidentes en los niños". Spa, 1.958, Ed. Bureau Regional de l'Europe O.M.S. Copenhagen.

210.- O'Brien, L.: "Regulation of hazards to children". Pediatrics 1.987 Aug; 80 (2), 307.

211.- O'Neill, B. Zador, P., Baker, S.P.: "Indexes of severity: Underlying concepts -a reply". Health Serv. Res. 14: 1.979, 68-76.

212.- Overstall, P.W., Exton-Smith, A.N., et al.: "Falls in the elderly related to postural imbalance". Br. Med. J. i, 1.977, 261-264.

213.- Overstall, P.W.: "Falls in the elderly-epidemiology, aetiology and management, in Isaacs B (ed): Recent advances in geriatric medicine. New York, Churchill Livingstone, 1.978, 61.

214.- Padilla, E.R., Damaris, Ph.D., et al.: "Predicting accident frequency in children: Pediatrics vol. 58. No. 2. August 1.976, 223-226.

215.- Palmisano, P.A.: "Targeted intervention in the control of accidental drug overdoses by children". Public Health Rep 1.981; 96, 150-156.

216.- Patterson, P.J., Smith, L.R.: "Firearms in the Home and Child Safety". AJDC Feb 1.987, vol. 141, 221-223.

217.- Pearn, J.: "Predisposing factors leading to child trauma. An analysis of specific versus non specific causes in motor vehicles and drowning fatalities". J. Epidemiol Community Health 1.978, 32, 190-193.

218.- Pearn, J. : "Reducing the child accident toll: education concerning accidents risks and their circumvention". Aust. Paediatr J. 1.981; 17, 110-113.

219.- Pearn, J.H.: "Current controversies in child accident prevention. An analysis of some areas of dispute in the prevention of child trauma". Aust. NZ J. Med. 1.985; 15, 782-787.

220.- Pearn, J., Nixon, J., et al: "Freshwater drowning and neardrowning accidents involving children: a five year total population study". Med. J. Aust., 18:2 (25-26), 1.976, 942-946.

221.- Pearn, J., Nixon, J., et al.: "Accidental poisoning in childhood: five years urban population study with 15 years analysis of fatality". Br. Med. J. 1.984; 288, 44-46.

222.- Petersson, P.O.: "Summary of childhood accidents. A report of the state commission for investigation of childhood accidents". Uppsala, Sweden: University hospital, 1.979, 34.

223.- Picañol, J.: "La investigación en la prevención de accidentes en los niños". Rev. Esp. Pediatr. 1.977, 33, num. 195, 311-322.

224.- "Plan Español para la Prevención de Accidentes de la Infancia". Anales Españoles de Pediatría, 1.979 Octubre. Vol.12 num. 10, 643-666.

225.- Plionis, E.M.: "Family functioning and childhood accident occurrence". Am. J. Orthopsychiatry 1.977; 47, 250-263.

226.- Población de hecho y derecho a 1 de Abril de 1.986. Cantabria. Instituto Nacional de Estadística.

227.- Prahin, J.J.: "Les accidents scolaires: étude statistique dans les écoles lausannoises, mesures préventives. Thèse présentée à la Faculté de Médecine de Lausanne. Stuttgart: Hippokrates Verlag. 1.972, 1-165.

228.- "Productos peligrosos para los niños". Ciudadano-Revista de consumo y calidad de vida. Abril 1.989, num. 176, 52.

229.- Rivara, F.P., Berger, L.R.: "Consumer product hazards: Setting priorities for research and regulatory action". Am. J. Public Health, 1.980, 7, 701-704.

230.- Rivara, F.P.: "Epidemiology of childhood

injuries, I. Review of current research and presentation of conceptual framework". A.J. Dis. Child: 136, 1.982, 399-405.

231.- Rivara, F.P., Bergman, A.B. et al: "Epidemiology of childhood injuries, II, Sex. differences in injury rates". Am. J. Dis. Child, 136, 1.982, 502-506.

232.- Rivara, F.P.: "Childhood injuries: III. epidemiology of non-motor vehicle head trauma". Dev. Med. Child Neurol. 1.984, 26, 81-87.

233.- Rivara, F.P. "Fatal and nonfatal farm injuries to children and adolescents in the United States". Pediatrics October 1.985, vol. 76. num. 4, 567-573.

234.- Robertson, L.S.: "Behavioural research and behavioural strategies in public health: a demur". Soc. Sci. Med. 1.975, 9, 165-170.

235.- Robertson, L.S., Kelley, A.B., et al.: "A controlled study of the effect of television messages on safety belt use". Am. J. Public Health 1.974, 64, 1.071-1.080.

236.- Rodríguez, F., González, J.I., et al.: "La urgencia geriátrica frente a la urgencia en la edad adulta: análisis retrospectivo de las urgencias médicas de un hospital general". Med. Clin (Barc) 1.989; 93, 411-414.

237.- Rodstein, M.: "Accidents among the aged: Incidence, causes, and prevention". J. Chronic Dis. 17; 1.964, 515-526.

238.- Rubenstein, L. Z., Robbins, A.S.: "Falls in the elderly: A clinical perspective". Geriatrics April 1.984, vol. 39, num. 4, 67-78.

239.- Rubenstein, L.Z., Robbins, A.S., et al.: "Falls and instability in the elderly". JAGS March 1.988, vol. 36 num. 3, 266-278.

240.- Sabey, B.E., Taylor, H.: "The known risks we run: the highway". Crowthome: Department of transport, 1.980 (TRRL report SR 567).

241.- Sanchez, A., Aparicio, V., et al.: "Estudio epidemiológico sobre morbilidad por accidentes en la infancia en un barrio de la ciudad de Valencia". Rev. San. Hig. Púb., 1.987, vol. 61, 971-998.

242.- Sass, R., Crook, G.: "Accident proneness: science or non-science". Int J. Health Serv. 1.981; 11, 175-189.

243.- Schelp, L.: "The role of organizations in community participation-prevention of accidental injuries in a rural swedish municipality". Soc. Sci. Med. vol. 26, num. 11; 1.988, 1.087-1.093.

244.- Schelp, L., Svanström, L.A.: "One-year Incidence of Home Accidents in a Rural Swedish Municipality". Scand. J. Soc. Med. 14, 1.986, 75-82.

245.- Schelp, L., Svanström, L.A.: "A model for registration and mapping of accident cases in health care". Scand J. Prim Health care 1.987; 5, 91-99.

246.- Schlesinger, E.R., Dickson, D.G., et al.: "A controlled study of health education in accident prevention". Am. J. Dis. Child 1.966, 3, 490-496.

247.- Schor, E. L.: " Unintentional injuries: Patterns within families". AJDC vol 141, Dec. 1.987, 1.280-1.284.

248.- Selby, P., Griffiths, A.: "Guía para un envejecimiento satisfactorio". The International Health Foundation. 1.986, 93.

249.- Shaw, M.T.M.: "Accidental poisoning in children: a psychosocial study". NZ Med J. 1.977; 85, 269-272.

250.- Shively, R.A., Grana, W.A., Ellis, D.: "High school sports injuries". Physician Sports Med, 1.981, 9, 46-50.

251.- Sibert, R.: "Stress in families of children who have ingested poisons". Br. Med. J. 1.975; 3, 87-89.

252.- Sibert, J.R., Maddocks, G.B., Brown, B.M.: "Childhood accidents, an endemic of epidemic proportions". Arch Dis Child, 1.981, 56, 225-234.

253.- Sibert, J.R.: "Children's accidents new hope for prevention". Practitioner 1.983; 227, 205-208.

254.- Slesinger, D.P., Tessler, R.C., Mechanic, D.: "The effects of social characteristics on the utilization of preventive medical services in contrasting health care programs". Med Care 1.976; 14, 392-404.

255.- Smallegan, M.: "How families decide on nursing-home admission". Geriatr. Consult 2; 1.983, 21-24.

256.- Smith, M.D., Burrington, J.D., Woolf, A.D.: "Injuries in children sustained in free falls: An analysis of 66 cases". J. Trauma 1.975, 15, 987-991.

257.- Spiegel, N.C., Lindaman, C.F.: "Children can't fly: a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls". Am. J. Public Health 1.977; 67, 1.142-1.147.

258.- Spyckerelle, Y., Desfontaines-Merckx, V.H., et al: "Etude de l'incidence et des caractéristiques des accidents de l'enfant dans une ville de 20.000 habitants". Rev. Pédiatr. 1.984, 20, 159-166.

259.- Stall, R., Katz, P.R.: "Falls and Ill-Fitting Clothing". Journal of the American Geriatrics Society: October 1.987, vol. 35, No. 10, 959.

260.- States, J.D., Fenner, H.A., et al.: "Field application and research development of the Abbreviated Injury Scale". Society of Automotive Engineers, Proceedings of the 15th Stapp Car Crash Conference, 1.971, 710-738.

261.- Statistics Division, National Safety Council, Manual for Recording and Measuring Accidents in the community. Chicago: National Safety Council, mimeographed, 14 p, and 4 appendices. Document 0612-19 (Rev 30 36 8 99).

262.- Statistics Department, National Safety Council. National Safety Council Boletín, Standard Reporting System for Accident Deaths. Document T-07-2078, 1.978.

263.- Stoner, H.B., Barton, R.N., et al.: "Measuring the severity of injury". Br. Med. J., 2; 1.977, 1.247-1.249.

264.- Svanström, L.: "Falls on stairs -an epidemiological accident study". Scand. J. Soc. Med. 2; 1.974, 113-120.

265.- Svanström, L.: "Att förebygga skador". Svenska Läkartidn. 82, 1.985, 935-936.

266.- Swanson, J.A., Sachs, M.I., et al: "Accidental Farm Injuries in children". AJDC, Dec 1.987, vol. 141, 1276-1279.

267.- Swartz, E.M.: "Enfoques legales para prevención de lesiones. Prevención de accidentes y lesiones". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana 1.985, vol. 1, 229-235.

268.- Tavares, J.: "L'éducation pour la santé et la prévention des accidents domestiques de l'enfant". Practicien 1.982, 449, 51-56.

269.- The National Electronic Injury Surveillance System. Washington D.C., 20207. U.S. Consumer Product Safety Commission. 1.973.

270.- Tinetti, M.E.: "A performance oriented assessment of morbidity problems in elderly patients". JAGS, Feb. 1.986, vol. 34, num 2, 119-126.

271.- Tokuhata, G.K., Colflesh, V.G., et al.: "Childhood injuries associated with consumer products". New York. Academic Press, 1.974, 245-267.

272.- Tulchinsky, T.H., Palti, H.: "Infant mortality as a health status indicator: National, ethnic, and regional trends in Israel". Isr-Public Health Rev 1.987; 15, 121-140.

273.- Tursz, A.: "Epidemiological studies of accident morbidity in children and young people: problems of method". Word Health Stat. Q., 1.986, 39, 257-267.

274.- Tursz, A. (éd): "Adolescents, risques et accidents". Paris, Centre International de l'Enfance, Doin, 1.987, 1-168

275.- Tursz, A.: "Le risque accidentel chez les adolescents des pays développés: Mortalité, Morbidité". Neuropsychiatrie de l'enfance, 1.989, 37(5-6), 265-273.

276.- Tursz, A., Courtecuisse, V., et al.: "Comportement de prise de risque et accidents à l'adolescence dans les pays développés". Rev. Epidém. et santé Publ, 1.986, 34, 81-88.

277.- Tursz, A., Crost, M., et al: "Enregistrement des accidents de l'enfant dans les structures de soins et de prévention d'un secteur sanitaire". Rev.Epidemiol. Santé. Publ. 1.984, 32, 286-294.

278.- Tursz, A., Crost, M., et al: "Childhood accidents: a registration in public and private medical facilities of a French health care area". Public Health 1.985, 99, 154-164.

279.- Tursz, A., Crost, M., Guyot, M.M.: "L'hospitalisation des enfants étrangers dans la région parisienne". Arch. Fr. Pediatr. 1.983, 40, 61-67.

280.- Tursz, A., Crost, M., Lelong, N.: "Enregistrement en population des accidents de l'enfant: intérêt, difficultés et limites". Ann. Pédiatr (Paris), 1.987, 34, num. 3, 211-216.

281.- Tursz, A., Lelong, N., Crost, M.: "Etude épidémiologique de la pathologie accidentelle du nourrisson". Arch. Fr. Pediatr. 1.988, 45, 673-678.

282.- UNESCO Courier 4: 1.961: "The dangerous world of childhood", 9-11

283.- Velázquez, M., Alamo, A. et al: "Urgencias en Asistencia Primaria: estudio retrospectivo de 1.000 casos". Atención Primaria 1.984. vol.1, Número 4, 179-184.

284.- Vimpani, G.V.: "Strategies for child safety". Aust Paediatr. J. 1.982; 18, 235-237.

285.- Wadsworth, J., Burnell, I., Taylor, B.: "Family type and accidents in preschool children". J. Epidemiol. Community Health 1.983, 37, 100-104.

286.- Walker, R.B., Raines, D.: "Childhood accidents

in a rural community: a five-year study". J. Fam. Pract. 1.982; 14, 705-708.

287.- Waller, J.A.: "Injury as a public health problem". Maxcy-Rosenan Public Health and Preventive Medicine. 11 th ed. Edited by J.M. Last New York: Appleton Century: Crofts, 1.980, 1549-1692.

288.- Walton, W.W.: "An evaluation of the poison prevention packaging". Acta Paediatr Scand. 1.982; 69, 363-370.

289.- Warner, K.G., Demling, R.H.: "The pathophysiology of free fall injury". Ann. Emerg. Med. 1.986, 15, 1088-1093.

290.- West, J.G., Trunkey, D.D., Lim, R.C.: "Systems of trauma care: a study of two countries". Arch. Surg. 1.979, 114, 455-460.

291.- Westfelt, J.R.: "Environmental factors in childhood accidents: A prospective study in Göteborg, Sweden". Acta Paediatr. Scand 1.982; 291 (suppl), 1-75.

292.- Who. Technical group on psychosocial factors related to accidents in childhood and adolescence. Brussels. 29-31 January 1.980. Who Regional Office for Europe, Rep Ser, Copenhagen. 1.981, 46, 32.

293.- Whorton, M.D.: "Accurate occupational illness and injury data in the U.S.: Can this enigmatic problem be solved?". Am J. Public Health 1.983, 73, 1.031-1.032.

294.- Wicklund, K., Moss, S., Frost, F.: "Effects of maternal education, age and parity on fatal infant accidents". Am. J. Public Health 1.984, 74, 1150-1152.

295.- Wigglesworth, E.C.: "The fault doctrine and injury control". J. Trauma. 1.978, 18, 789-799.

296.- Wild, D., Nayak, U.S.L., Isaacs, B.: "How dangerous are falls in old people at home?". Br. Med. J. 1.981. 282, 266-268.

297.- Wintemute, G.J., Teret, S.P., Kraus, J.F.: "The epidemiology of firearm deaths among residents of California". The Western Journal of Medicine. March 1.987, 146, 3, 374-377.

298.- Wolf, T., Rey, P.: "Epidémiologie des accidents atteignant les écoliers". Rev. Méd Prévent, 1.972, 17, 85-90.

299.- Wolf-Klein, G.P., Silverstone, F.A., et al.: "Prevention of falls in the Elderly population". Arch. Phys. Med. Rehabil 1.988 Sep; 69 (9), 689-691.

300.- Woodward, A.: "Time trends in motorcycle accidents in Britain". J. Epidemiol. Community Health, 1.983, 37, 66-69.

301.- "World Health Statistics Annual". World Health Organization. 1.989, 176, 179, 216, 219, 250, 253, 290, 293, 306, 309, 310, 313.

302.- "World Health Statistics Annual". World Health Organization. 1.988, 244, 247, 336, 339, 388, 391.

303.- Worlock, P., Stower, M., Barbor, P.: "Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study". Br. Med. J., vol. 293, 12 July 1.986, 100-102.

304.- Wutrich, P.: "Unfälle in der Schweiz". Soz. Präventivmed 1.982; 27, 3-49.

305.- Years of potential life lost, deaths, and death rates, by cause of death, and estimated number of physician contacts, by principal diagnosis, United States. Tale V. MMWR 1.982, 31, 48-651.