

6. Programa 2005. Semanas 1/2005 a 52/2005. Informe de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Marzo 2006. Informe n. 63.
7. Regulación de la organización y funcionamiento de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Orden SAN/1593/2006 del 13 de octubre. Consejería de Sanidad, B.O.C. y L. N 200.
8. Consejería de Sanidad. Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Procedimientos y documentación de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Disponible en: <http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm>.
9. Devroey D, Van Casteren V, Walckiers D. The added value of the registration of home accidents in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2002;20:113-7.
10. León MT, Daponte A, Fernández MA, Castillo MD, Fajardo N, González C. Accidentes domésticos y por juegos fuera del hogar en niños ingresados en un hospital de tercer nivel. *Medicina General*. 2005;74:286-92.
11. Constan E, De la Revilla E, Fernández G, Casado IM, Jover I, Bolaños J. Accidentes infantiles atendidos en los centros de salud. *Aten Primaria*. 1995;16:628-32.
12. Hurtado P, Casado M, Muñoz M. Incidencias de accidentes en la población infantil de Badajoz. *Rev Esp Pediatr*. 1997;53:522-5.
13. Casaní C, Suárez-Vela MM. Aspectos psicosociales de los accidentes infantiles. *Rev Esp Pediatr*. 2000;56:494-500.
14. Oliver A, Civera P. Estudio epidemiológico de los accidentes atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalario. *Aten Primaria*. 1998;21:522-6.
15. Sznajder M, Chevallier B, Leroux G, Bruneau C, Yacoubovitch J, Auvert B. Analyse des accidents de l'enfant: premiers résultats de l'Observatoire de Boulogne-Billancourt. *Rév Epidemiol Santé Publ*. 2001;49:125-34.
16. Valenzuela A, Bloomfield J, Blaha K. Preventing accidents in children using community-based learning. *Medical Education*. 2009;34:480-1.
17. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. Adherencia de los padres a las medidas preventivas de accidentes domésticos infantiles. *Internacional nursing review en español*. Revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras. 2009;56:393-8.
18. Jiménez JM. Prevención de riesgos domésticos y accidentes infantiles. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*. 2003;54:152-8.
19. Stallones RA. Theory and methods of epidemiologic study of home accidents. *Injury Prevention*. 1996;2:55-60.
20. Esparza MJ, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención de lesiones infantiles por accidentes. *Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:657-66.
21. Haggerty RJ. Home accidents in childhood. *Injury Prevention*. 1996;2:290-8.
22. Sécúli E, Brugulat P, March J, Medina Bustos A, Martínez Beneyto V, Tresserras Gaju R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria*. 2004;34:186-91.
23. Ramírez A, Toribio A, Riba M. Prevenir accidentes en el hogar. *Rol Enfermería*. 1998;21:49-51.
24. Prat-González I, Fernández-Escofet E, Martínez-Bustos S. Detección del riesgo de caídas en ancianos en Atención Primaria mediante un protocolo de cribado. *Enfermería Clínica*. 2007;17:128-33.

COMENTARIO EDITORIAL

Vigilancia de Salud Pública de las lesiones: todavía como asignatura pendiente

Public Health injury surveillance: still an unresolved matter

Katherine Pérez

Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

Es conocido que las lesiones intencionales, confusamente mal denominadas «accidentes», suponen un gran problema de salud pública por la enorme carga de morbimortalidad que conllevan^{1,2}. A pesar de ello continúa siendo un problema de salud apenas incluido en los sistemas de vigilancia, entendidos como «La recogida sistemática y continua de datos, su análisis e interpretación, y diseminación, sobre un problema de salud, para ser usado en las acciones de salud pública para reducir la morbilidad y la mortalidad y para mejorar la salud»³. Las lesiones producidas por colisión de tráfico constituyen el único mecanismo para el cual existen

sistemas de información rutinaria ya establecidos, la mayoría de los cuales provienen del ámbito policial. En Barcelona existe, además del registro policial, un sistema de información de lesiones de tráfico basado en urgencias hospitalarias (DUHAT) desde el año 1997⁴. En cambio, no existen apenas sistemas de vigilancia rutinarios para lesiones producidas por otros mecanismos.

Una manera gráfica de representar la carga de enfermedad y la gravedad generada por las lesiones es a través de una pirámide. La base la constituye el número de lesiones atendidas en servicios de asistencia primaria y a continuación las urgencias hospitalarias. Esto incluye, por lo tanto, las lesiones de menor gravedad pero las más frecuentes. Encima se sitúa el número de personas hospitalizadas por

lesión, que incluiría lesiones de mayor gravedad. Y finalmente, en la parte superior de la pirámide, las personas fallecidas debido a lesiones, siendo obviamente las de mayor gravedad pero menor frecuencia. En general, resulta difícil disponer de sistemas de información integrados que incluyan los diferentes niveles de gravedad de las lesiones.

El artículo de María Loreto Mateos et al., en este número, presenta un estudio sobre la incidencia de las lesiones domésticas y de ocio en Castilla y León a partir de la Red centinela sanitaria de esta comunidad. Es relevante porque destaca un problema de salud frecuentemente ignorado, las lesiones domésticas y de ocio, y por la fuente de información de la cual se obtienen los datos, basada en la colaboración voluntaria y activa de profesionales sanitarios de Atención Primaria del Sistema de Salud. Los resultados muestran una elevada incidencia, particularmente en la población más joven y en la más mayor. Hay que señalar, no obstante, que disponer de estos datos requiere de un sistema de información costoso, que proporciona una visión parcial de la carga de morbilidad al no incluir las visitas atendidas en servicios de urgencias, las hospitalizaciones, ni la mortalidad. Por otra parte no permite -o los autores no muestran- la descripción según tipo de lesiones o según gravedad. Sí permite, en cambio, caracterizar la población de la base de la pirámide de lesiones que, aunque atiende personas con lesiones leves o moderadas, conlleva una gran carga de enfermedad.

En España existen otras fuentes de información rutinarias que asimismo permiten caracterizar las lesiones y su gravedad, aunque la mayoría también engloban un área parcial. El Registro de Mortalidad proporciona información de las muertes por causas externas. Lamentablemente si la lesión se informa como causa básica de defunción el mecanismo -caída, tráfico, etc.- no se codifica. Y viceversa, si consta el mecanismo como causa básica, las lesiones, aunque se recojan, no se codifican. Otra fuente potencialmente muy útil, es el Conjunto Mínimo Básico de Altas Hospitalarias (CMBD). Informa acerca de las personas que han sido hospitalizadas. En este caso, el código de causa externa de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la novena revisión permite identificar el tipo de lesión y el mecanismo que lo ha producido. Pero aunque la calidad de su codificación ha mejorado a lo largo de los años, frecuentemente aún no se recoge o, se codifica de forma inespecífica, aportando muy poca información. Las encuestas de salud son otra fuente de información útil, porque son poblacionales y generalmente recogen datos sobre personas lesionadas que han requerido o no atención en servicios sanitarios. Una alternativa sostenible en el tiempo para la monitorización de las lesiones sería la implantación de sistemas como el CMBD hospitalario, en atención primaria y urgencias, tal como se está empezando a hacer en algunas Comunidades Autónomas como en Cataluña, siempre que se garantice la codificación del código de causa externa de lesión.

Existen varios intentos de poner en marcha sistemas de vigilancia de lesiones a nivel europeo, sin que exista todavía un sistema consolidado: A finales de los años 90, la Comisión Europea impulsó el *European Home and Leisure Accidents Surveillance System* (EHLASS) que recogía información a través de entrevistas en los servicios de urgencias hospitalarios de lesiones domésticas (con especial énfasis en la seguridad de productos de consumo) y de ocio. El Programa de Prevención de Lesiones: «Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio (DADO)» en España proviene de esta iniciativa. Posteriormente se amplió a un sistema que incluyera todos los mecanismos de lesión incluido el tráfico, *European Injury Database* (IDB). Actualmente, también con financiación de la Comisión Europea, se está promoviendo la *Joint Action on Monitoring Injuries in Europe* (JAMIE) un proyecto de colaboración de 22 países con el objetivo de crear un sistema armonizado de información de lesiones de toda la región europea⁵. Pretende recoger un conjunto mínimo de información a partir de los servicios de urgencias hospitalarias, que incluya las lesiones por todos los mecanismos, con el fin de generar los indicadores de monitorización de lesión de Eurostat. En este caso las personas atendidas en asistencia primaria quedarán excluidas.

Aunque se está avanzando, aún es patente la necesidad de disponer de sistemas de información integrados de vigilancia de salud pública de lesiones no intencionales (e intencionales también) que permitan monitorizar, planificar, intervenir y evaluar a nivel local, regional y nacional. En definitiva, sistemas de información que permitan trasladar la información en acción con la finalidad de reducir la morbimortalidad por lesiones en España⁶.

Bibliografía

1. Butchart A, Harvey AF, Krug E, Meddings D, Peden M, Sminkey L, et al. Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health. World Health Organization. 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf.
2. Peiró-Pérez R, Seguí-Gómez M, Pérez-González C, Miralles-Espí M, López-Maside A, Benavides FG. Road traffic, leisure, domestic and workplace injuries. A description of the situation in Spain. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:32-40.
3. Center for Disease Control, Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *MMWR*. 2001;50(No. RR-13).
4. Pérez C, Santamariña-Rubio. Persones lesionades per accident de trànsit ateses als serveis d'urgències. Agència de Salut Pública de Barcelona. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Duhat_2010.pdf.
5. [http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/7A0E220588591323C1257857003DBDA9/\\$file/Flyer%20JAMIE_Nov%202011.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/7A0E220588591323C1257857003DBDA9/$file/Flyer%20JAMIE_Nov%202011.pdf).
6. Horan JM, Mallonee S. Injury surveillance. *Epidemiol Rev*. 2003;25:24-42.