

**LA COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES
EN LA POBLACIÓN INFANTIL
EFFECTIVE COMMUNICATION FOR THE PREVENTION OF UNINTENTIONAL INJURIES IN
CHILDREN**

➤ Autora: 1. M. Sc. Niurka Hernández Hernández

Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar.

Orcid: 0000-0002-7672-9370

Dirección electrónica: nhernandez@infomed.sld.cu / niurka.24169@gmail.com

Institución: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López

Localidad: La Habana. Cuba

➤ Autor: 2. M.Sc. Virgilio Martinto Ruiz

Profesor de comunicación organizacional

Orcid: 0009-0003-4430-0507

Dirección electrónica: martinto1958@gmail.com

Institución: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López. Departamento Extensión Universitaria

Localidad: La Habana. Cuba

Resumen

Introducción: La comunicación efectiva es un pilar fundamental en la prevención de lesiones no intencionales, trascendiendo la simple divulgación de información para convertirse en una herramienta estratégica que impulsa cambios de comportamientos. Su eficacia radica en principios claves como la segmentación de la audiencia, adaptando el mensaje a factores culturales, demográficos y contextuales, la claridad y acción del mensaje, la elección de canales adecuados y la credibilidad del emisor. Las lesiones no intencionales se consideran un problema de salud en el mundo, las tasas se elevan de forma marcada. En Cuba ocupan una de las primeras causas de morbilidad en la edad pediátrica. **Objetivos Generales** Demostrar que la comunicación efectiva es un componente fundamental en la reducción de la incidencia y gravedad de las lesiones no intencionales.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica basada en evidencia de la intervención educativa en el área de salud del policlínico Fernando Álvarez Pérez. **Desarrollo** A partir del diseño de la intervención educativa se proponen acciones de comunicación efectiva que contribuyan a promover la

disminución de las lesiones no intencionales en niños, así como su manejo adecuado desde el nivel primario de atención. Estos principios se aplican de manera integral en los tres niveles de prevención: Primaria, secundaria y terciaria. **Conclusiones:** La evidencia muestra que campañas basadas en estos fundamentos, que apelan a beneficios y se evalúan continuamente, logran un impacto medible en la reducción de la incidencia de lesiones no intencionales mediante la comunicación efectiva.

Palabras clave: lesiones no intencionales, prevención, edad pediátrica, comunicación, comunicación efectiva

Introducción

La enfermera es la encargada del cuidado de los pacientes, como dijo Florence Nightingale en 1893, y para lograr un cuidado integral, individualizado y efectivo es necesario llevarlo a cabo las 24 horas del día. Según ella, uno de los objetivos de la profesión era “lograr a través de los ojos lo que no somos capaces de transmitir a las mentes de los ciudadanos a través de sus oídos insensibles a las palabras”¹ A lo largo del siglo XX, diversas enfermeras elaboraron sus propias teorías. En 1952 Hildegard E. Peplau publicó su “Teoría de las relaciones interpersonales” en la que planteaba la relación entre enfermería y paciente con un objetivo terapéutico a través de cuatro fases que obligaban a este último a elaborar una respuesta.

En la fase de orientación, el paciente busca atención profesional y la enfermera muestra su objetivo en el proceso del cuidado, mientras que en la fase identificativa se refuerza el afrontamiento del problema de salud. La tercera fase tiene como fin lograr el máximo beneficio producto de la relación establecida, es la llamada explotación.

Por último, la resolución o terminación se caracteriza por la búsqueda de la enfermera de la independencia y organización del paciente. En esta teoría Peplau también exponía los roles que debe adoptar el personal de enfermería para fomentar una relación terapéutica beneficiosa que logre las metas planteadas, proporcione el mayor aprendizaje al paciente y un proceso de madurez en su persona que le permita resolver sus problemáticas personales.^{2,3,4,5.}

Mientras que Katherine Bernard conocida por su descubrimiento del papel que tiene las interacciones madre e hijo en el desarrollo de la primera infancia dejando dentro de sus principales conceptos y definiciones se encuentran: La claridad del lactante en la emisión de señales, la reactividad del lactante a los padres, la sensibilidad de los padres o cuidadores a las señales del lactante este modelo permitió que la enfermería se ocupara del estudio de sensibilidad y la respuesta de la madre a los signos de su hijo.^{6,7}

Cada año, las lesiones no intencionales representan una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población infantil a nivel global.⁸

A pesar de existir evidencia sólida sobre medidas preventivas efectivas, la brecha entre el conocimiento y su aplicación persiste. Esta disparidad plantea una pregunta crítica: ¿Fallamos en el mensaje o fallamos en el medio? El desafío ya no reside únicamente en qué comunicar, sino en cómo hacerlo para que la información se transforme en acción.

Este artículo demuestra el papel primordial de la comunicación efectiva, desde la consejería individual hasta las campañas digitales y presenciales, como herramienta fundamental para cerrar esta fisura y construir entornos más seguros para los niños.

Las lesiones no intencionales (LNI) en niños representan un problema crítico de salud pública a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen la principal causa de muerte en niños mayores de un año, con aproximadamente 830 000 muertes anuales en el mundo⁸.

La comunicación basada en evidencia ha sido identificada como una herramienta fundamental para reducir estas cifras. Estrategias como campañas masivas, educación comunitaria y el uso de tecnologías digitales han demostrado efectividad en países de ingresos altos, aunque persisten desafíos en la adaptación cultural y la sostenibilidad^{9,10}.

En Latinoamérica, las lesiones no intencionales representan una carga significativa en la morbimortalidad infantil, con variaciones según los contextos socioeconómicos y culturales. La comunicación preventiva en la región enfrenta barreras como la diversidad lingüística, el acceso limitado a medios digitales en zonas rurales y la escasa evaluación de impacto de las campañas¹¹. Sin embargo, iniciativas como los programas de visitas domiciliarias y la integración de mensajes preventivos en servicios de salud primaria han mostrado resultados alentadores en países como Chile y Colombia¹²

Cuba destaca por su sistema de salud público y gratuito, que ha priorizado la prevención de lesiones mediante estrategias educativas desde edades tempranas. Programas como el "Programa de Atención Integral a la Salud del Adolescente" y las campañas nacionales de divulgación han logrado reducir tasas de accidentes en el hogar y tránsito¹³. No obstante, persisten desafíos en la actualización de estrategias comunicativas para aprovechar entornos digitales y llegar a poblaciones más vulnerables

14

En el entorno sanitario, la comunicación es considerada como un proceso interpersonal y continuo en el que un individuo expresa algo por medio de signos verbales y no verbales, con la intención de influir de algún modo en la conducta del otro; permitiendo la conexión entre ellos tanto a nivel intelectual como emocional.^{15,16}

El mensaje se transfiere desde una fuente, denominada emisor, hasta un receptor; generándose a su vez un proceso de retroalimentación en el que éste último envía un nuevo mensaje al emisor para intentar llegar a la comprensión mutua.^{17,18}

Teniendo en cuenta que las palabras pueden adquirir diferentes denotaciones, tal y como se plasma en la afirmación del Catedrático de Enfermería en Salud Mental, Luis Cibanal Juan, “lo que está claro para mí, sólo está claro para mí”.^{19,20}

En este contexto de valoración del paciente, la enfermera es la que asume el papel de emisor, iniciando el proceso y encargándose, entre otros, de solucionar los posibles obstáculos que aparezcan en la conversación.¹⁸

Dichos obstáculos, conocidos como “barreras de comunicación”, son provocados o bien por las relaciones humanas o bien son relativos a las costumbres, hábitos de vida, prejuicios raciales o escalas de valores. Según la Profesora Bárbara Almarales Pupo, (Instructora en Comunicación y Salud de la Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello" en la ciudad de Holguín), predominan las “barreras naturales”, debidas a interrupciones por personal ajeno a la entrevista y las “gnoseológicas”, por la utilización indebida de lenguaje técnico.²⁰

Existen también las llamadas “barreras mentales” o “filtros”: aquellos intereses, creencias, preocupaciones o expectativas que son propios de la personalidad tanto del emisor como del receptor, y pueden suponer interferencias en la comunicación.¹⁷

Asimismo, la diferencia de idioma o las posibles connotaciones de éste y las alteraciones en las funciones del lenguaje y el habla (como la disartria o la disfasia), entre otros, son ejemplo de limitaciones que pueden dificultar el proceso comunicativo y requerir un cambio del lenguaje habitualmente empleado.²¹

Adquiere relevancia el dominio del lenguaje no verbal. Los gestos, las expresiones corporales involuntarias, el contacto visual, los movimientos de cabeza o la voz, aportarán información adicional, confirmando o negando el mensaje transmitido a través de la expresión verbal.^{22, 23}

Así pues, en el ámbito de las profesiones sanitarias que incluyen en sus competencias las relaciones interpersonales, es necesario el uso de habilidades sociales. Adaptar el lenguaje al interlocutor, expresarse de forma simple, clara y concreta, mostrar empatía e interés en la conversación, impedir interrupciones o evitar generalizar comportamientos, son algunas técnicas dirigidas a una comunicación terapéutica.²⁴

En el Artículo 10 del Código Deontológico de Enfermería de Comité Internacional de Enfermería (CIE), actualizado en 2012 queda reflejado que “Es responsabilidad de la enfermera mantener informado al

enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando esta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”.²⁵

Objetivos Generales: Demostrar que la comunicación efectiva es un componente fundamental en la reducción de la incidencia y gravedad de las lesiones no intencionales en la edad pediátrica.

Desarrollo

En el ámbito de la atención médica, la relación entre el personal de enfermería y los pacientes desempeña un papel crucial en la calidad de la atención²⁶. Sin embargo, la falta de enfoque en las habilidades de comunicación y empatía podría afectar la relación y, por ende, la satisfacción del paciente y la eficacia del cuidado²⁷. La Organización Mundial de la Salud²⁸, estimó que entre 5,7 a 8,4 millones de fallecimientos son atribuidos a una atención de calidad deficiente en países subdesarrollados, representando el 15% del total de las muertes de estas naciones.

En este contexto, surge la interrogante de que la formación en habilidades de atención del personal de enfermería influye de manera directa en la satisfacción del paciente y la calidad de la atención brindada. Es decir, la capacitación y desarrollo de habilidades específicas relacionadas con la atención y el enfoque del personal de enfermería puede mejorar la percepción de los pacientes sobre la calidad de los servicios recibidos²⁹

La evolución de los roles de enfermería ha sido una respuesta directa a las cambiantes demandas del sistema de salud. Los enfermeros, más allá de proporcionar atención directa al paciente, asumen funciones vitales en áreas como la recepción de casos, la educación, la investigación y los derechos del paciente. La participación en la investigación permite el desarrollo continuo del conocimiento en el campo de la salud, mejorando tanto las prácticas clínicas como los resultados de los pacientes.

Las habilidades del personal de enfermería son fundamentales para brindar una atención de primer nivel y priorizada hacia el paciente. Entre estas habilidades, la capacidad de **comunicación efectiva** es primordial y esta se refiere a la acción de transmitir el mensaje de una forma entendible y muy clara para el receptor sin provocar dudas, confusiones o posibles interpretaciones equivocadas. Los enfermeros deben ser capaces de dialogar claramente con los pacientes, sus familias y otros médicos, asegurando que la información vital se transmita correctamente y se comprendan las instrucciones médicas.

Estas habilidades comunicativas también son esenciales para la coordinación de equipos multidisciplinarios, facilitando la colaboración y la continuidad en la atención. Además de la comunicación, las habilidades técnicas incluyen administrar medicamentos, realizar procedimientos clínicos, y el correcto manejo de equipos médicos. La precisión y la atención al detalle son vitales para prevenir errores y asegurar que los tratamientos se administren correctamente. Los avances

tecnológicos en la medicina requieren que los enfermeros estén continuamente actualizados y capacitados en nuevas técnicas y equipos.^{30, 31}

Por consiguiente, la competencia técnica aumenta la confianza de los pacientes en el cuidado que reciben³². Asimismo, la empatía y la capacidad de tomar decisiones bajo presión son esenciales en el entorno de la enfermería. Por una parte, la empatía permite a los enfermeros conectar emocionalmente con los pacientes, comprender sus necesidades y ofrecer un cuidado que respete su dignidad y valores. Esta cualidad es clave para crear un entorno de confianza, donde los pacientes se sientan escuchados y valorados, lo que, a su vez, incrementa su satisfacción con la atención recibida. Mientras que la capacidad de tomar decisiones rápidamente en situaciones de emergencia es otra habilidad indispensable, ya que los enfermeros frecuentemente se enfrentan a situaciones donde deben actuar con rapidez y eficacia, evaluando riesgos y determinando el mejor curso de acción para asegurar la estabilidad del paciente ³³.

Otra habilidad importante es la gestión del tiempo y la organización. En un entorno clínico, donde la carga de trabajo puede ser alta y las demandas son constantes, los enfermeros deben ser capaces de priorizar tareas, manejar su tiempo de manera eficiente y asegurarse de que todas las necesidades del paciente se aborden de manera oportuna.

Esta habilidad mejora la calidad de la atención al paciente y reduce el estrés del personal de enfermería, permitiéndoles ofrecer un cuidado más concentrado y efectivo. La combinación de estas habilidades con la comunicación efectiva y la competencia técnica constituye el perfil ideal de un enfermero capaz de proporcionar un cuidado integral y de alta calidad ³⁴

Habilidades de comunicación del personal de enfermería

En el ámbito de la enfermería, las habilidades comunicativas se definen como las capacidades y competencias necesarias para compartir información de manera eficiente con los pacientes, sus familiares y otros miembros del equipo médico. Estas habilidades son importantes para garantizar una atención de calidad y establecer relaciones de confianza con los pacientes. Adicionalmente, la comunicación efectiva en enfermería también implica la habilidad de trabajo en equipo y coordinación con otros enfermeros. Esto incluye el intercambio preciso y oportuno de información sobre el estado de los pacientes, lo que es esencial para la seguridad de este ³⁵

Componentes de las Habilidades Comunicativas

En enfermería, estas habilidades se componen de diversos elementos que, en conjunto, permiten una interacción efectiva y significativa entre los profesionales de la salud y los pacientes. Estos componentes incluyen la escucha activa, la empatía, la claridad y precisión en la transmisión de información, asertividad, la comunicación no verbal, y las habilidades de resolución de conflictos. Estos

componentes al ser desarrollados y aplicados de manera efectiva mejoran la calidad de la atención recibida en el paciente ³⁶

Comunicación Verba.

Se refiere al intercambio de datos mediante palabras, utilizadas de forma oral o escrita. Esta forma de comunicación es esencial para transmitir instrucciones claras, compartir información sobre el estado de salud del paciente y coordinar el cuidado con otros miembros del equipo de atención médica. La eficacia de la comunicación verbal en enfermería depende de la claridad, precisión y adecuación del lenguaje utilizado para asegurar que el receptor comprenda correctamente el mensaje ³⁷

Comunicación No Verbal (CNV)

La CNV en el ámbito de la enfermería se refiere al intercambio de información sin la necesidad de utilizar palabras, mediante gestos, expresiones faciales, posturas, entre otras características físicas. Esta forma de comunicación complementa, y, a menudo, refuerza el mensaje verbal, permitiendo al personal captar mejor emociones y urgencias en los pacientes. Una interpretación adecuada de las señales no verbales puede mejorar considerablemente la calidad de la interacción y la atención proporcionada ³⁸

Empatía

La empatía en el contexto de la enfermería se define como la capacidad del personal de salud para entender los sentimientos y emociones de los enfermos, facilitando una conexión emocional que puede mejorar la experiencia de cuidado. La empatía permite a los enfermeros responder de manera más adecuada a las demandas emocionales y mentales de los pacientes, promoviendo un entorno terapéutico de apoyo y confianza ³⁹

Satisfacción del paciente y Calidad de atención

Se refiere a la percepción y evaluación que los pacientes hacen sobre la calidad del cuidado recibido durante su interacción con los servicios de salud. Esta percepción abarca diversos aspectos del cuidado, incluyendo la competencia profesional, la empatía del personal, la comunicación, la accesibilidad tanto a los servicios como al entorno físico del centro de salud ⁴⁰

Capacitación del Personal

Se define como capacitación del personal a la formación continua y el crecimiento profesional de los trabajadores de salud, con el objetivo de mejorar sus competencias técnicas, habilidades clínicas y capacidades de comunicación. Esta capacitación es importante para garantizar una buena atención de manera segura y eficiente, adaptándose a los constantes cambios en el campo de la salud ⁴¹

Trato Personalizado

Es la adaptación de los servicios médicos para cubrir las necesidades y preferencias individuales de cada paciente. Este enfoque implica reconocer y responder a las características únicas de cada paciente, incluidas sus condiciones médicas, antecedentes personales, valores y expectativas. La personalización del trato busca promover una relación más humana y empática entre los médicos, enfermeros y los pacientes ⁴²

Empatía Hacia el Paciente

La empatía hacia el paciente en el ámbito de la atención médica se refiere a la capacidad de los profesionales de la salud para entender y compartir los sentimientos y experiencias de sus pacientes. Este componente esencial de la relación médico-paciente implica una escucha activa y una respuesta emocional adecuada, que puede aliviar el estrés y la ansiedad del paciente, mejorar la adherencia al tratamiento y fomentar una experiencia de cuidado más positiva ⁴³

Las LNI en el hogar representan una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Según la OMS millones de personas fallecen anualmente por esta causa y muchas más sufren discapacidad temporal o permanente. ⁴⁴

La prevención primaria: informar y educar

El primer y más obvio rol de la comunicación es la prevención primaria, cuyo objetivo es evitar que ocurra el accidente. ⁴⁵

¿Cómo realizar esta actividad en el área de salud perteneciente al policlínico Fernando Álvarez Pérez? La comunicación estuvo centrada en la promoción de comportamientos seguros y la modificación del entorno. ⁴⁶.

Ejemplo de acciones realizadas para la prevención de ahogamientos en piscinas o espejos de agua en el hogar o cercano a ello.

Se cita a la familia con niños pequeños o algunos propietarios de piscinas donde se les explica cada una de las acciones preventivas

Medidas preventivas para evitar el ahogamiento por sumersión ⁴⁸

- Evitar que los niños/as nunca se bañen solos en piscinas, ríos o playas.
- Ayuda el uso de flotadores, donde el chaleco salvavidas es el más recomendado.
- Si se tiene piscinas, tenerlas enrejadas.
- Asistir a clases de natación y de reanimación básicas.
- La supervisión o vigilancia de cualquier niño que se encuentre próximo a cualquier entorno acuático, bien sea piscina, bañera, playa, cubos con agua, etc., es una estrategia esencial en la prevención de los ahogamiento. Entendiendo como vigilancia adecuada cuando la distancia al menor es inferior a la longitud del brazo del cuidador, es decir, tenerlos al alcance.

- La presencia de socorrista es la mejor forma de evitar los accidentes acuáticos que terminan en ahogamiento. No obstante, un socorrista no puede supervisar a todos los bañistas en cada momento, por lo cual no se debe dejar de vigilar a los niños. Aunque las muertes son infrecuentes cuando hay un socorrista.

En cuanto a las piscinas:

- El cercado completo de las piscinas a lo largo de todo su perímetro, de tal manera que aisle completamente la piscina del jardín y la vivienda, es efectivo en la reducción de muchos de los ahogamientos de niños en piscinas
- El cercado debe incluir todo el perímetro de la piscina, ser lo suficientemente alto para evitar que se pueda trepar y saltar, y la distancia entre el borde inferior del cerco y el suelo debe ser menor de 10cm para evitar que los niños se cuelen por debajo del mismo. La puerta de la valla es el componente más importante. El cierre debe ser automático y estar fuera del alcance de los niños (al menos a una altura de 1,34 m del suelo). El vallado nunca debe impedir la visión de la piscina
- Si se utilizan lonas para cubrir las piscinas, deben ser firmes y cubrir toda su anchura y longitud para evitar que los niños puedan atravesarlas o colarse por los bordes de la piscina, y queden atrapados debajo de la lona sin poder salir.
- La profundidad de la piscina debe estar indicada a los lados de la misma.
- Debe prohibirse el lanzamiento de cabeza si la profundidad es inferior a 1,20 m y permitirlo solo si la profundidad es superior a 1,80 m. Sin embargo, se debe recomendar que los niños se tiren a la piscina de pie.
- Los vasos infantiles o de chapoteo también deben estar vallados para impedir que los niños puedan acceder por sí solos. Si son vasos lúdicos o polivalentes, se incorporarán medidas para evitar colisiones.
- Debe prohibirse el lanzamiento de cabeza si la profundidad es inferior a 1,20 m y permitirlo solo si la profundidad es superior a 1,80 m. Sin embargo, se debe recomendar que los niños se tiren a la piscina de pie.
- Los espacios infantiles o de chapoteo también deben estar vallados para impedir que los niños puedan acceder por sí solos. Si son espacios lúdicos o polivalentes, se incorporarán medidas para evitar colisiones.
- Los desagües de las piscinas, tanto públicas como privadas, incluidas las de hidromasaje, deben tener dispositivos de seguridad que eviten la succión y el atrapamiento del pelo u otra parte del cuerpo (rejillas o cualquier otro mecanismo antia rapamiento)

- Si se utilizan alarmas de piscina (alarmas en el interior para detectar movimiento, alarma perimetral de infrarrojos, etc.), debe conocerse su funcionamiento correcto, tanto por parte de los propietarios como de los demás usuarios. Esta medida es insuficiente si se emplea como única medida preventiva
- Las clases de natación y el aprendizaje de habilidades de supervivencia en el agua, pueden disminuir las tasas de ahogamientos en los niños. Es conveniente que los niños aprendan a nadar, sobre todo a partir de los 4 años. Sin embargo, la decisión de cuándo un niño debe iniciar dichas clases debe ser individualizada. Existen estudios que afirman que iniciar las clases entre los 1 y 4 años disminuye la tasa de ahogamientos.

Los padres deberán tener en cuenta la frecuencia de exposición al agua, la madurez emocional, las limitaciones físicas y otras cuestiones de salud, como la hipotermia, infecciones, daño pulmonar por los productos químicos de las piscinas, etc. Los padres deben saber que el impartir clases de natación a los niños pequeños o a aquellos que no hayan adquirido suficientes habilidades no evita los ahogamientos, ni proporciona una protección completa, por lo cual es necesario mantener una supervisión continua. El saber nadar bien en la piscina no implica que el menor esté a salvo en un entorno acuático natural, por lo que nunca deberá nadar sin la supervisión de un adulto

- El uso de dispositivos personales de flotación cuando se navega en cualquier tipo de embarcación de recreo es una importante medida preventiva contra los ahogamientos. En un estudio de los fallecimientos relacionados con la navegación de recreo realizado en EE. UU., el 86% de las víctimas mortales no llevaban un dispositivo de flotación, mientras que el 14% restante que sí lo llevaba falleció por otras causas, como la hipotermia. Los niños no deben llevar flotadores que se puedan deshinchar (como los manguitos) por el riesgo que suponen. Son preferibles los chalecos salvavidas
- El entrenamiento en maniobras de RCP, tanto de los padres como de los adolescentes y niños mayores, representa también una medida efectiva. La protección cervical adecuada, el tiempo transcurrido desde el ahogamiento y la aplicación precoz de medidas de RCP por personal entrenado resultan cruciales para mejorar el pronóstico en un ahogamiento.

Mensaje: Vigilancia activa

El niño debe permanecer a no más de un brazo de distancia donde al adulto o cuidador pueda alcanzarlo sin demora¹⁵

Beneficio: Protege la vida del niño

Prevención secundaria: Minimizar la gravedad de la lesión una vez ocurrida⁴⁵

Ejemplo de acciones ante un atragantamiento de cuerpo extraño

Se explica a padres y cuidadores que si el niño juega o manipula objetos pequeños que pueda llevar a la boca o bronco aspirar puede provocar lesiones no intencionales, cuales son las muestras que denotan que el niño esta atragantado: no puede hablar, toser, cara roja y la mano en el cuello, ante esta situación se debe realizar la maniobra de Heimlich. Por lo que es importante enseñar a padres y cuidadores la forma correcta a través de una comunicación efectiva

Acciones para prevenir atragantamiento

- Los alimentos duros o lisos pueden obstruir la tráquea con facilidad. No ofrezca a niños menores de cuatro años los siguientes alimentos:
 - frutos secos
 - semillas de girasol
 - sandía con sus semillas
 - cerezas con hueso (carozo)
 - zanahorias, guisantes y apio crudos
 - palomitas de maíz
 - caramelos duros
 - manzanas y peras crudas
- Los siguientes alimentos se deben cortar en trozos, pelarse si tuvieran piel o evitarse:
 - cuadrados de queso
 - perritos calientes y salchichas (cortarlos en forma de triángulos o de medias lunas, nunca de forma redonda)
 - uvas
 - caramelos blandos
- Evite dar a su hijo cucharadas de mantequilla de cacahuete (o de otras cremas, pastas o patés densos) y goma de mascar (chicle). Son alimentos pegajosos, que se le pueden quedar pegados en la garganta.

¿Cómo puedo impedir que el niño se atragante con la comida y se pueda asfixiar con ella?

- Insista a su hijo en que esté sentado mientras coma y en que mastique los alimentos a conciencia.
- Enséñele a masticar y a tragar la comida antes de hablar o de reírse.
- Esté especialmente pendiente durante las fiestas, donde los frutos secos o las golosinas pueden caerse al suelo y acabar fácilmente en las manos de su hijo.

- No permita nunca a su hijo correr, hacer deporte ni viajar en coche mascando chicle, o con golosinas, como pirulis chabelones, chupa-chupa dentro de la boca.
- Supervise a sus hijos mayores, que podrían no saber que no les deberían dar algunos alimentos a sus hermanos pequeños.
- Leer todas las etiquetas alimentarias atentamente.

¿Qué juguetes y otros objetos de tamaño reducido suponen un riesgo de asfixia por aspiración?

- globos
- juguetes con piezas pequeñas y accesorios para muñecos
- monedas
- imperdibles (alfiler de seguridad)
- Botones
- clips
- chinchetas
- canicas y pelotas pequeñas
- clavos, tuercas y tornillos
- gomas de borrar
- pilas
- trozos de ceras de colores
- joyas (anillos, pendientes, alfileres, etc.)
- imanes de tamaño reducido
- tapones y chapas de botellas, como las de los refrescos y las bebidas dulces (como el jarabe de chocolate o de arce). Los niños pueden intentar chupar las gotitas dulces que se quedan pegadas al tapón, que se podría quedar pegado o atascado en sus vías respiratorias.

¿Qué es la Maniobra de Heimlich?⁴⁷

Es una técnica de primeros auxilios utilizada para desobstruir el conducto respiratorio (tráquea) cuando una persona se está atragantando con un objeto extraño(generalmente comida) su objetivo es provocar una tos artificial que expulse el objeto y permita el paso del aire

Pasó a paso

1. En una persona consciente o Niño mayor de un año.
 - Posición: Colocarse detrás de la persona y rodear su cintura con los brazos

- Puño: Colocar el puño con el pulgar hacia dentro, justo por encima del ombligo (en la boca del estomago) y muy por debajo del esternón.
- Agarre: Sujete su puño con la otra mano
- Compresiones: realiza compresiones abdominales rápidas y fuertes hacia adentro y hacia arriba, como si intentaras levantar a la persona.
- Repite: continúa con las compresiones de 6 a 10 veces de manera firme hasta que el objeto sea expulsado o la persona pierda el conocimiento.

2. En un Bebé menor de 1 año.

No usar las compresiones tradicionales en un Bebe. Se utiliza una técnica combinada.

- Posición: Sentar al bebe boca abajo sobre el antebrazo, apoyado en el muslo. Su cabeza debe estar más baja que su pecho
- Golpes dorsales: Con la base de la mano dar cinco (5) golpes firmes en la espalda, entre los omóplatos.
- Giros: Si el objeto no sale, gira al bebé con cuidado boca arriba, apoyado en el muslo.
- Compresiones torácicas: Colocar dos dedos en el centro del pecho del bebé , Justo por debajo de la línea de los pezones, realiza cinco (5) compresiones rápidas hacia abajo
- Repite: Alterna cinco (5) golpes en la espalda y cinco (5) compresiones en el pecho hasta que el objeto sea expulsado o el bebe pierda el conocimiento.

¿Si la persona pierde el conocimiento?

1. Detener las compresiones
2. Acostar a la persona con cuidado en el suelo boca arriba
3. Llamar a emergencia o pedir a alguien que lo haga
4. Iniciar RCP (Reanimación cardiopulmonar)
 - Abra la vía aérea inclinando la cabeza y levantando el mentón.
 - Antes de iniciar a dar la respiración revisar la boca, si ves objeto, retirar con los dedos en forma de gancho o pinza. No hacer barridas a ciegas.
 - Intentar dar dos (2) respiraciones de rescate, si el pecho no se eleva, reposiciones la cabeza e intenta de nuevo.
 - Si aun no entra aire comienza con compresiones torácicas.

Después de realizar la maniobra de Heimlich siempre buscar atención médica ya que las compresiones internas puede causar lesiones

Prevención terciaria: Manejar las secuelas y rehabilitación.⁴⁴

El objetivo es mejorar la funcionabilidad, la calidad de vida y la reinserción social después que una lesión ha causado daños permanentes

Ejemplo: Prevención de lesiones recurrentes tras una caída.

Explicar a padres y cuidadores como pueden presentarse las caídas en los niños, ya que ellos desconocen los peligros y no perciben el riesgo

Medidas preventivas para evitar caídas en los niños pequeños⁴⁸

- Nunca deje al bebé solo en lugares altos, como la superficie de una mesa, en una cuna con los costados bajados, e incluso sobre una cama o un sofá.
- No deje solo a su hijo en una silla infantil o en un juguete "de sentarse", como columpios y brincadoras. Use todas las correas de seguridad.
- Un bebé con un chupete o Tete u otro objeto en la boca corre el riesgo de lastimarse la cara y la boca además de tener otras lesiones por una caída.
- Proteger ambos extremos de las escaleras. Evite las puertas plegables, porque la cabeza de un niño puede quedar atrapada entre la puerta.
- No use caminadores para bebé. Las lesiones por caminadores pueden incluir pellizcos y caídas. Los caminadores pueden causar accidentes graves, como caerse por las escaleras.
- Mantenga a su bebé lejos de garajes, terrazas y portales elevados

Medidas preventivas para evitar quemaduras ⁴⁸

- Para realizar vaporizaciones poner el niño en lugar seguro donde no pueda introducir las manos o caer en el recipiente con el agua caliente
- Nunca dejes a un niño pequeño solo en la cocina.
- No cocines con el niño en brazos ni lo dejes en el suelo cerca de la cocina. Sobre los fuegos de la cocina, pon siempre las cazuelas y los recipientes con los mangos girados hacia el interior, para evitar que sobresalgan. Es preferible usar las hornillas interiores, que estén más próximas a la pared.
- Quita las cazuelas de la hornilla cuando no necesites usarlas, un niño podría por descuido encenderla
- Protege los enchufes de la red eléctrica para evitar que introduzcan los dedos u objetos pequeños en estos.
- Desconecta los electrodomésticos o cualquier aparato eléctrico después de utilizarlos (plancha, calefactor, secador de pelo, depiladora, máquina de afeitar, etc.).
- Si cocinas alimentos en el microondas, comprueba bien el tiempo de cocción, sobre todo para los biberones y los recipientes pequeños. Mezcla bien el alimento y Pruébalo antes de servir.

- Pon siempre delante una barrera para evitar que el niño pueda acercarse al fuego y no dejes a su alcance ni encendedor, ni cerillas.
- Los asados provocan quemaduras graves en las manos y en la cara, siendo los niños las primeras víctimas porque están más o menos a la altura del fuego.
- Impide a los niños jugar alrededor de los asados: pueden producirse fácilmente una quemadura, una brusca ráfaga de viento puede provocar una gran llama, un brasa puede caer por casualidad... No los dejes acercarse hasta que se haya enfriado por completo

Consideraciones de los autores

Para poder tener una comunicación efectiva se debe tener Arte en la comunicación y para ello

Empoderamiento y apoyo: El mensaje debe evitar sonar alarmista o paternalista. Se usa **juntos podemos** para fomentar la colaboración.

Enfoque práctico: Se centra en **soluciones concretas** para el entorno inmediato del niño ya sea en el hogar u otros espacios.

Sensibilidad: Reconocer el miedo y la frustración que puede sentir *la familia, el niño y la comunidad ante el fracaso de la comunicación en la prevención de lesiones no intencionales en la edad pediátrica*

Conclusiones

A lo largo de este artículo, se ha expresado el papel fundamental de la comunicación efectiva como herramienta poderosa en la prevención de lesiones no intencionales en los niños y niñas. Los análisis presentados demuestran que una comunicación efectiva trasciende la mera divulgación de información, se sustenta la claridad del mensaje, la elección de canales adecuados y los beneficios que reporta.

La correcta comunicación o efectiva permitió transformar elementos de riesgo en la población pediátrica en espacios seguros capaces de salvar vidas y reducir la carga socioeconómica de las lesiones.

Quedo demostrado que el mensaje preventivo más perfecto carece de valor si no se diseña para ser escuchado, comprendido y actuado por el destinatario. Es por ello que la comunicación efectiva no es un complemento sino un pilar fundamental de la salud pública moderna, con el potencial de reducir la incidencia y mitigar la gravedad de lesiones no intencionales en todos los niveles de prevención.

Invertir en comunicación efectiva no es un gasto, sino una intervención costo- efectiva que salva vidas, reduce la carga sobre el sistema de salud y construye una cultura de prevención sólida y sostenible.

Recomendaciones

Adoptar un sistema de comunicación proactiva en instituciones sanitaria, en la comunidad y espacios públicos, esto implica destinar recursos no solo a la producción de mensajes sino a actuar con mayor precisión en la prevención de lesiones no intencionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Amezcua M. Florence Now: el triple impacto del poder Nightingale. Index Enferm [Internet]. 2021. 29(3):108-111. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/34dtfq5>
2. Ramírez Elizondo N, Vílchez Barboza V, Muñoz Rojas, D. El cuidado como un proceso de interacción y anticipación humana. Index Enferm [Internet]. 2020 ;28(4):194-198. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3f9EA18>
3. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid MP. Relación enfermera – paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev. cuba. Enferm [Internet]. 2016 ;32(4):0-0. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3yy9rMz>
4. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enferm Univ [Internet]. 2015 ;12(3):134-143. doi: 10.1016/j.reu.2015.07.004
5. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 2015 ;6(2):1108. doi: 10.15649/cuidarte.v6i2.172
6. Oğuzhan H, Akay G, Koç ES. Modelo de interacción padre-hijo (KathrynElaineBarnard) y atención de enfermería a bebés con defectos congénitos. Pediatría y Enfermería [Internet]. 28 de julio de 2025 [citado 19 de Agosto de 2025];1(2):[aprox. 6p.].. Disponible en: <https://pediatricnursology.com/index.php/pub/article/view/11>
7. Washington State Nursing Association Kathryn Barnard[Internet].Seattle, WA: WSNA; 2016 Available from: <https://www.wsna.org/hall-of-fame/2016/kathryn-barnard>
8. Organización mundial de la salud OMS 2022 Informe mundial. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Evaluación de resultados e impactos del plan CAIF en relación al desarrollo infantil y el estado nutricional de los beneficiarios [Internet]. Uruguay: Equipos/MORI; 2017 [citado 4 de Junio de 2025]. Disponible en: https://caif.inau.gub.uy/documentos/osc/item/download/62_c508faac975d6d2907d5c9d2a01ab517
9. Torres Fernando. Lesiones no Intencionales en Pediatría. Salud y medicina. SlideShare. 2016 Disponible en: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2021; 37(1):e1329
10. Sastre Paz Marta, Clara Zoni Ana, Esparza Olcina M.^a Jesús, Cura M.^a Isabel del. Prevalencia y factores asociados a lesiones no intencionales. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016

11. Hyder AA, Sugerman DE, Puvanachandra P, et al. Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study. *Bull World Health Organ.* 2009;87(5):345-352. doi:10.2471/BLT.08.055798. (PubMed).
12. Gutiérrez-Martínez MI, Martínez-Sánchez LM, Híjar M. Intervenciones para la prevención de lesiones no intencionales en niños en América Latina: una revisión de literatura. *Salud Pública Méx.* 2017;59(1):76-83. doi: 10.21149/8416. (SciELO).
13. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana: MINSAP; 2023.
14. Singh Chuy L, Espinosa Abreu M, Aties Savon M, García Aucio Y. Accidentes o lesiones no intencionales en la infancia. *Rev. inf. cient.* 2019
15. Blanco Fleites Y, Santacruz Domínguez M, Torres Esperón JM. Lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018.* 2018
16. González García MG, Quiros Hernández JL, Cárdenas García R. Caracterización epidemiológica de las lesiones no intencionales en Villa Clara (2001-2012). *Medicentro.* 2015
17. Medina-Gómez O.S. Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados. *Enferm. univ.* 2021; 12(3):116-21.
18. Hurtado-Sierra, Daniel E, Medina-Chicué, Eliana M, Sarmiento-Limas, Carlos A; Godoy, Javier A. Factores de riesgo relacionados con accidentes pediátricos en un hospital infantil de Bogotá / Risk factors related with pediatric accidents in a children's hospital in Bogotá. *Rev Salud Pública (Bogota).* 2015;17(1):1-1.
19. Jiménez de Domingo A, Rubio García E, Marañón Pardillo R, Arias Constanti V, Frontado Haiek LA, Soriano Arola M, et al. Epidemiology and risk factors in injuries due to fall in infants under one year-old. *An Pediatr (Barc).* 2017;86(6):337-43.
20. Córdova E, Cabrales RG, Cerón M, Naranjo MY. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2019
21. Ten Hoorn S, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Crit Care [Internet].* 2016 [citado 16 de mayo de 2021];20(1):333. doi: 10.1186 / s13054-016-1483-2
22. Sutherland R. Dying well-informed: The need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *Yale J Biol Med [Internet].* 2019; 92(4):757–64. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3hLTJal>
23. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Antunes AV, Frade M de FG, Severino SPS, Valentim OS. Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2019 ;72(4):1078–1085. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2TdoTxB>

24. Mileski M, Brooks M, Kirsch A, Lee F, LeVieux A, Ruiz A. Positive physical and mental outcomes for residents in nursing facilities using music: a systematic review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2019; 14:301–319. doi: 10.2147/CIA.S189486
25. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2012. Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean- Marteau, Ginebra. Suiza
26. Ahmad M, Radhi D, Rusle F, Zul M, Jalaluddin J, Baharuddin I. Photodentistry - an innovative approach to improving students' empathy and learning experiences in comprehensive patient care. *J Dent Educ*. 2020 Noviembre; 84(11).
27. Chan C, Ng N, Chan H, Wong M, Chow K. A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. *BMC Health Serv Res*. 2019 Junio; 19(362).
28. OMS. Servicios sanitarios de calidad. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
29. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philatithis A, Koukouli S. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *HEALTHCARE*. 2020 Marzo; 8 (1).
30. Silveira T, Serafim R, Silva V, Cunha N, Oliveira J, Vasconcelos S. Empathy in the nurse-patient relationship in geriatric care: An integrative review. *Nurs ETHICS*. 2019 Septiembre; 26(6).
31. Gil-Lacruz M, Gracia-Pérez L, Gil-Lacruz I. A. Learning by Doing and Training Satisfaction: An Evaluation by Health Care Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Abril; 16(8).
32. Holland K, Jenkins J, Solomon J, Whittam S. *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice*. 3rd ed.: Elsevier Health Sciences; 2019.
33. Román F. *La enfermería: una reflexión sobre su futuro y su razón de ser: Temperamentvm*; 2020.
34. Wang Y, Liu Z, Lu X. *The impact of patient education on patient satisfaction and outcomes: Patient Education and Counseling*; 2020.
35. Davis K, Lee M. *Team communication skills in healthcare: Reducing errors and improving outcomes.: Nursing Management*; 2023
36. Roberts C. *Active listening in nursing practice: Journal of Clinical Nursing*; 2019.
37. Jones A. *Effective verbal communication in nursing practice.: Nursing Times*; 2020.
38. Garcia M. *Non-verbal communication in nursing: Impacts on patient care: International Journal of Nursing Studies*; 2021.
39. Sinclair S, Beamer K, Hack T, McClement S. *Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences: Palliative Medicine*; 2020.

40. Smith A, Jones B. The impact of patient advocates on healthcare satisfaction: JAMA; 2023.
41. Goh M, SJ, Yip C. Building patient trust and safety: The role of clinical governance and quality improvement in healthcare: BMC Health Services Research; 2020.
42. Nicolini D, Meessen B, Salmi L. Personalized care: A promising framework for addressing health inequities: BMC Health Services Research; 2020
43. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review: British Journal of General Practice; 2020.
44. Arias Molina Y, Pérez Sosa ME, García Roche RG. Comunicación y prevención de lesiones no intencionales en niños: scoping review. Rev Cubana Invest Bioméd. 2022; 41: e e1234. (SciELO)
45. Ministerio de Salud Pública Departamento de Atención Primaria de salud. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed>
46. González Pérez ME, Betancourt Pulido T. Estrategias de prevención de accidentes en niños y adolescentes en Cuba. Rev Cubana Pediatr. 2016; 88 (2):1-10. (SciELO)
47. American Heart Association (AHA) Guidelines for CPR & ECC 2020.cpr.heart.org
48. Duarte Gómez MB, Álvarez Pérez AG, Rivas Rivera T. Comunicación en salud para la prevención de accidentes infantiles: experiencias y desafíos en Cuba. Rev Comun Salud. 2020; 10(1):45-58
- 49.. Jiménez de Domingo A, Rubio García E, Marañón Pardillo R, Arias Constanti V, Frontado Haiek LA, Soriano Arola M, et al. Epidemiology and risk factors in injuries due to fall in infants under one year-old. An Pediatr (Barc). 2017;86 (6):337-43.