

Seguridad de los niños como pasajeros

Declaración de políticas del Comité de lesiones, violencia e intoxicaciones de la Academia Americana de Pediatría (marzo 2011)

Policy statement. Child passenger safety

Durbin D and American Academy of Pediatrics

Committee on injury, violence and poison prevention.

Pediatrics 2011; 127: 788-93

En el artículo que se comenta, los autores presentan en forma sintética recomendaciones de buenas prácticas, dirigidas a los pediatras respecto a las formas seguras de viajar los niños en el interior de vehículos, basados en un exhaustivo análisis técnico publicado en el mismo volumen de la revista ⁽¹⁾.

Refieren que la actual mayor resistencia a los impactos por parte de los vehículos y el uso de sistema de retención infantil: sillitas y butacas tipo booster (SRI) han afectado significativamente la seguridad de los niños en el interior de los automóviles. También describen que en Estados Unidos los mayores cambios en el uso de SRI en niños ha sido el uso de los asientos tipo booster para los niños más grandes, y que esto ocurrió como respuesta a los programas de educación pública y aumento en las leyes relativas a los SRI para niños en la mayoría de los estados. Además ha habido un sustancial aumento de las evidencias, que son en las que se basan para hacer la presente recomendación de buenas prácticas para la seguridad de los niños como pasajeros.

Las estimaciones actuales respecto a la efectividad de las sillas de seguridad para niños indican que las mismas reducen el riesgo de lesiones entre 71% a 82%, y reducen el riesgo de muerte en 28% cuando se lo compara con aquellos niños de edades similares con cinturones de seguridad.

Los asientos tipo booster reducen el riesgo de injuria

no fatal en los niños de entre 4 a 8 años de edad en 45% comparado con aquellos que usan cinturones de seguridad.

Pero, a pesar de estos avances, alrededor de 1.500 niños menores de 16 años mueren en EE.UU. en siniestros de tránsito, aproximadamente la mitad de los cuales estaban completamente sueltos en el interior de los vehículos.

Por todo lo anterior, la AAP apoya fuertemente las medidas de seguridad óptima para niños y adolescentes de todas las edades durante todas las formas de viaje. Esta "declaración de política" da cinco recomendaciones de buenas prácticas, basadas en evidencias, para optimizar la seguridad de los niños como pasajeros de vehículos, desde el nacimiento hasta la adolescencia.

1. Todos los lactantes y preescolares deben viajar en un SRI en el asiento de atrás y mirando hacia atrás hasta los 2 años de edad, o hasta que alcancen la talla o el peso más alto permitido por el fabricante del SRI
2. Todos los niños de 2 años o mayores, o aquellos menores de 2 años que han superado el tamaño indicado para viajar mirando hacia atrás, deben usar un SRI mirando hacia delante, con un arnés por el mayor tiempo posible, hasta que alcance el mayor peso o talla indicado por el fabricante del SRI. La evidencia refiere que existe ventaja para los niños chicos, si permanecen en este tipo de silla con arnés el mayor

tiempo posible antes de hacer la transición al asiento tipo booster.

3. Todos los niños cuyo peso o talla es superior al indicado por el fabricante para la silla de posición hacia delante con arnés, deben usar una butaca tipo booster con posicionador del cinturón hasta que el cinturón de 3 puntas del vehículo ajusta adecuadamente. Esto típicamente ocurre cuando el niño haya alcanzado una altura de 145 cm y/o está alrededor de los 8 a 12 años. La butaca tipo booster actúa posicionando ambos sectores del cinturón de seguridad en la ubicación adecuada para el niño, la porción horizontal, baja, entre la cadera y la pelvis y la diagonal, a través de la mitad del hombro.
4. Cuando los niños son lo suficientemente grandes de edad y tamaño para usar solamente el cinturón de seguridad del vehículo, ellos deben usar siempre los cinturones de 3 puntas (cadera y hombro) para una máxima protección. La parte horizontal del cinturón debe ajustar bajo, en la parte media entre la cadera y la pelvis, y la porción diagonal del cinturón debe ajustar a través de la mitad del hombro y el tórax. Si cuando el niño se sienta derecho con su espalda apoyada en la espalda del asiento, el cinturón no queda en esta posición es porque aún es demasiado pequeño y debe continuar usando el asiento tipo booster que ajusta la posición del cinturón.
5. Todos los niños menores de 13 años deben viajar en los asientos traseros para una máxima protección

Los autores señalan enfáticamente que la recomendación de que todos los niños menores de 2 años deben viajar en el asiento de atrás, mirando hacia atrás, representa un cambio significativo respecto a las anteriores recomendaciones de la misma AAP, pero que estas están basadas en nueva información obtenida de investigaciones en EE.UU. y Suecia.

Si bien a la fecha no existen en el mercado sillas adecuadas para colocar a un niño de 2 años de tamaño promedio, mirando hacia atrás, esta evidencia enfatiza que ésa es la posición más segura para viajar en el interior de automóviles y por tanto se debe mantener a los niños de esa forma el mayor período posible, siempre que su tamaño esté dentro de lo indicado por el fabricante de la silla.

En el artículo se recuerda también que existen otras recomendaciones de políticas de la AAP, respecto a situaciones de niños con requerimientos especiales para un traslado como pasajeros seguros de vehículos. Dada el interés que estas guías específicas pueden tener para los pediatras de nuestro país, a continuación se citan las mismas. Las siguientes son guías específicas para:

- Lactantes prematuros y de bajo peso al nacer ⁽²⁾.
- Niños en ómnibus escolares ⁽³⁾.
- Niños usando otras formas de viaje o vehículo de recreación ⁽⁴⁻⁶⁾.
- Recién nacidos ⁽⁷⁾.
- Niños con necesidades especiales ^(8,9).

Los autores expresan que los pediatras juegan un rol muy importante en la promoción de la seguridad de los niños como pasajeros, de varias maneras.

Por un lado, dado que los pediatras son una fuente confiable de información para los padres, todos los pediatras deberían mantener un nivel básico de conocimientos sobre estas recomendaciones de buenas prácticas y promover y documentarlas en todas las oportunidades de control de niños en salud.

Pero además, propone que los pediatras deberían usar también esta información para promover la seguridad de los niños como pasajeros, mediante la educación del público en general y en el trabajo a favor de una mejor legislación departamental y nacional respecto a las medidas específicas de seguridad para los niños. Sería deseable que la legislación nacional respecto a la seguridad de los niños como pasajeros esté alineada con las recomendaciones de buenas prácticas, basadas en evidencias, que se plantean en esta “declaración de políticas”.

Dado que la seguridad de los niños en los vehículos es multifacética, y va a continuar evolucionando, se recomienda que todos los pediatras se familiaricen con fuentes adicionales de información que puedan responder a situaciones particulares de sus pacientes que no estén contenidas en este documento. Como, en forma especial se recomienda referirse para esto a agencias nacionales de información sobre seguridad vial, como complemento del trabajo presentado, se citan las agencias disponibles a tal fin en nuestro país ^(10,11).

Las recomendaciones aquí presentadas, no necesitan mayores comentarios, solo el compromiso de todos para finalmente ofrecer a nuestros niños, formas más seguras de viajar.

Referencias bibliográficas

1. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention.** Technical report - Child passenger safety. *Pediatrics* 2011; 127 (4): e1050-e1066.
2. **Bull M, Engle W; American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention; Committee on fetus and newborn.** Safe transportation of preterm and low birth weight infants at hospital discharge. *Pediatrics* 2009; 123(5):1424-9.
3. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention; Council on School Health.** School transportation safety. *Pediatrics* 2007; 120(1): 213-20.

4. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention.** All terrain vehicle injury prevention: two, three, and four wheeled unlicensed motor vehicles. *Pediatrics* 2000; 105(6): 1352-4.
5. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention.** Bicycle helmets. *Pediatrics* 2001; 108(4): 1030-2.
6. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention.** Personal watercraft use by children and adolescents. *Pediatrics* 2001; 105(2):452-3.
7. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention.** Safe transportation of newborns at hospital discharge. *Pediatrics* 1999; 104(4): 986-7.
8. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention.** School bus transportation of children with special health care needs. *Pediatrics* 2001; 108(2): 516-8.
9. **American Academy of Pediatrics. Committee on Injury, Violence and Poison Prevention.** Transporting children with special health care needs. *Pediatrics*. 1999; 104(4 pt 1): 988-992
10. **Unidad Nacional de Seguridad Vial.** Ley Nacional de Seguridad Vial y Tránsito (Ley n° 18.191). Montevideo: UNASEV, 2008. Obtenido de: <http://www.presidencia.gub.uy/unasev/docs/librillo.pdf> [consulta: 25 abr. 2011].
11. **Fundación Gonzalo Rodríguez.** Plan de Seguridad Vial por los niños. Montevideo: EDU-CAR, 2007. Obtenido de: <http://www.gonzalorodriguez.org> [consulta: 25 abr. 2011].

Dra. Mercedes Bernadá
 Prof. Agregada del Depto. de Pediatría
 Facultad de Medicina

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN
 DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS
**LOS ÁRBITROS REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A
 LOS AUTORES Y SU DEVOLUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO**
