

Consenso sobre mobiliario infantil seguro

Consensus on safe infant's furniture

Comité Nacional de Prevención de Lesiones.

Coordinadores: Dra. Ingrid Waisman, Dr. Rubén Zabala, Dra. Clotilde Ubeda.

Participantes del consenso: Adela Armando, Osvaldo Aymo, Mariela Bustamante, Natalia Caorsi, Juan Dartiguelongue, Guillermo Dehoyos, Sandra Ferraro, Romina Ferreyra, Jorge Fiorentino, Ana Garbocci, Cristina Gatica, María Eugenia Gordillo, Alejandro Jenik, Verónica Llorens, Benjamín Malamud, Liliana Méndez Castell, Lucas Navarro, Marcelo Orlievski, Andrea Perinetti, Valeria Rodríguez Alcántara, Norma Rossato, Gustavo Sastre, Sergio Snieg, Patricia Stach, Eduardo Zori.

Integrantes del Comité Nacional de Prevención de Lesiones: Daniel Miranda, Ingrid Waisman, Clotilde Ubeda, Rubén Zabala, Osvaldo Aymo, Andrea Perinetti, Paulina Cendrero, Cristina Gatica, Carlos Nasta, Lucas Navarro, Adela Armando, Luis Agote, Lorenzo Sambuelli.

INTRODUCCIÓN	3
Metodología	3
Bibliografía	4
ANDADORES	5
Caracterización. Historia	5
Andadores y deambulación	5
Andadores y lesiones	5
Normativas de seguridad	6
Medidas de prevención	6
Papel del pediatra	
Legislación sobre la fabricación y la venta de andadores	
Centros de actividad fijos	
Supervisión	
Bibliografía	7
SISTEMAS DE RETENCIÓN INFANTIL	8
Introducción.....	8
Dispositivos de seguridad pasiva	
Cómo viajan los niños en Argentina	
Legislación	
Tipos de sistemas de retención infantil	
Elección de un sistema de retención infantil	
Instalación del sistema de retención infantil	
Recomendaciones.....	10
Cuándo debe usarse un sistema de retención infantil	
Cuándo NO utilizarlos	
Situaciones especiales	
Transporte en motocicletas	
Rol del pediatra	
Bibliografía	11

Correspondencia:
 cnplsap@sap.org.ar
 ingridwaisman@arnet.com.ar

Financiamiento:
 Ninguno.

Conflicto de intereses:
 Ninguno que declarar.

COCHECITOS PARA BEBES	12
Introducción	12
Lesiones por el uso de cochecitos	
Tipos de cochecitos que se encuentran en el mercado	
Elementos o componentes del cochecito para tener en cuenta	
Precauciones para los padres	14
Al colocar al niño	
Al circular con el coche en diversos escenarios	
Al dejar el coche con el niño adentro	
Al retirarlo	
Otros	
Bibliografía	16
SILLAS ALTAS	17
Introducción.....	17
Recomendaciones.....	17
Al momento de elegir una silla alta o trona	
Al momento de usar la silla alta o trona	
Al momento de ubicar la silla alta o trona	
Otras recomendaciones para el pediatra	
Rol de la Sociedad Argentina de Pediatría	18
Bibliografía	19
CUNAS SEGURAS Y SU USO ADECUADO	20
Introducción	20
Recomendaciones al momento de elegir la cuna	20
Recomendaciones de uso seguro de la cuna	22
Riesgo de asfixia, estrangulamiento, sofocación o lesiones por electricidad	
Ropa blanda, almohadones	
Protectores de cuna (chichoneras)	
Posicionadores, nidos, cuñas	
Cunas portátiles o plegables, practicunas y corralitos	
Moisés	
Recomendaciones para un sueño seguro durante el primer año de vida	23
Bibliografía	23
CAMAS CUCHETAS, LITERAS O MARINERAS	25
Introducción	25
Epidemiología de las lesiones	
Mecanismo de lesión	
Recomendaciones de prevención	25
Elija el lugar correcto	
Elija cuchetas seguras	
Eduque a los niños para el uso correcto de las cuchetas	
Bibliografía	28

INTRODUCCIÓN

Diversos productos que se utilizan habitualmente para el sostén, el transporte o el entretenimiento de niños pequeños pueden causar lesiones no intencionales. En algunos países, la fabricación y la venta de dichos productos están legisladas y reglamentadas, y es obligatorio que los productos que se fabrican y venden se encuentren homologados según las normas existentes, que se actualizan periódicamente. A modo de ejemplo, las normas de la Unión Europea fijan especificaciones exhaustivas relativas a la seguridad del mobiliario y de los juegos infantiles, y sirven de base para las recomendaciones sobre calidad y seguridad en todo el mundo.¹

En Estados Unidos, existen leyes y regulaciones específicas para el mobiliario infantil,² y la Asociación Americana de Pediatría difunde, entre los profesionales de la salud, indicaciones acerca de medidas de seguridad y prevención de lesiones relacionadas con estos productos.³ Similares medidas se han tomado en Canadá⁴ y Australia.

Las sociedades científicas, especialmente las sociedades de pediatría de esos países, intervienen, bien asesorando para la legislación, bien brindando a las familias consejos para la elección y el uso del mobiliario infantil en forma segura.

En Argentina, no hay leyes que regulen la calidad y seguridad de los productos destinados a los niños. Los productos homologados que existen en el mercado son importados y no pasan por controles nacionales. Existe, desde hace muchos años, el Instituto IRAM, que fija normas para diversos productos, entre ellos, cunas y, próximamente, sillitas para autos, pero su aplicación es voluntaria. Las normas no están muy difundidas ni se actualizan en forma periódica.

La legislación existente en nuestro país se refiere, sobre todo, a la seguridad en el transporte y es incompleta, heterogénea a lo largo del país y se encuentra desactualizada en relación con nuevos productos y medidas de seguridad.⁵

Creemos que es una deuda pendiente brindar asesoramiento a las familias para que puedan conocer y elegir el mobiliario que se considera adecuado y seguro para los niños.

Además, es importante dotar a los pediatras de elementos teórico-prácticos que les permitan difundir conocimientos adecuados en materia de seguridad.

Este consenso se centra en productos que son utilizados habitualmente por niños.

Consideramos que la inobservancia de normas adecuadas en su fabricación, el uso inapropiado o la no utilización de algunos de ellos pueden asociarse con lesiones de diversa gravedad.

Los objetivos del consenso son los siguientes:

- Capacitar a los pediatras para que puedan asesorar a los padres sobre las características que debe tener el mobiliario infantil y su utilización segura.
- Elaborar material que facilite tal asesoramiento en la consulta y/o salas de espera (folletos, afiches murales, audiovisuales, etc.).
- Intervenir en medios de comunicación masivos para asesorar a los padres y a la comunidad.
- Solicitar al organismo estatal competente la elaboración de normas de calidad y seguridad de muebles que se importan, fabrican y venden en nuestro país.

METODOLOGÍA

Desde el Comité Nacional de Prevención de Lesiones, consideramos que un consenso nacional que tuviera validez y pudiera ser aceptado por los pediatras y las familias debía contemplar diversas opiniones y no únicamente las de los integrantes del Comité. Pensamos que sería enriquecedor escuchar distintas voces y debatir de un modo horizontal para intentar consensuar las recomendaciones que se emitirían.

Por ello recurrimos a una adaptación del método Delphi, que ha sido utilizado para construir consensos sobre diversos temas en salud, economía, selección de indicadores, criterios diagnósticos, etc.

El nombre del método deriva de la traducción al inglés de Delfos, antigua ciudad griega cuyo templo se constituyó en un lugar de consulta a los dioses. El oráculo de Delfos tuvo gran influencia en el mundo antiguo.

Se considera que un "consenso" es el "acuerdo general de un grupo de expertos a partir del procesamiento de los criterios de sus miembros".

Por sus características, el método Delphi evita decisiones unilaterales de un investigador y reduce la influencia de líderes o de personas con mayor autoridad dentro del grupo. Su propósito es arribar a un acuerdo general a través del procesamiento estadístico de las coincidencias y diferencias observadas entre las primeras apreciaciones individuales y sus modificaciones a través de rondas de consultas sucesivas.⁶

El término "experto" es ambiguo y podría definirse como tal a "aquel cuya formación y experiencia previa le han permitido alcanzar

un dominio sobre un asunto que excede el nivel promedio de sus iguales y que está en disposición de exponer sus opiniones sobre dicho asunto para que sean utilizadas como juicios conclusivos'.⁷

Para seleccionar a los participantes, nos limitamos a profesionales de nuestro país. Tuvimos en cuenta a los siguientes:

- Autores de publicaciones sobre el tema de prevención de lesiones.
- Autores de trabajos presentados en congresos pediátricos sobre el tema.
- Directores o integrantes de departamentos de emergencias de hospitales pediátricos.
- Pediatras de atención primaria con interés y/o experiencia en el tema de prevención de lesiones.
- Integrantes de organismos que fijan reglamentaciones de fabricación de mobiliario.
- Pediatras con trayectoria en medios de comunicación o actividades de educación para la salud en prevención de lesiones.

En esta ocasión, seleccionamos para invitar a cuarenta y un expertos. Veinticuatro aceptaron la invitación, participaron en el intercambio de opiniones y en la primera ronda de preguntas. Veintidós completaron todo el cuestionario.

Se eligieron cinco muebles o artículos de uso infantil frecuente: andadores, cunas, sillitas altas, cochecitos y sistemas de retención infantil (SRI –sillitas para autos–) Luego de la primera ronda, por consenso entre los integrantes, se agregaron cuquetas.

La primera ronda de preguntas fue una fase cualitativa de la investigación, con formulación de preguntas abiertas, que exigían una respuesta con algún desarrollo o una opinión fundamentada. Se formularon entre cinco y seis preguntas por cada uno de los temas.

Se envió una breve actualización sobre algunos muebles y se puso a disposición de los participantes una bibliografía complementaria amplia, que se envió a quienes la requirieron.

Los coordinadores analizaron las respuestas e

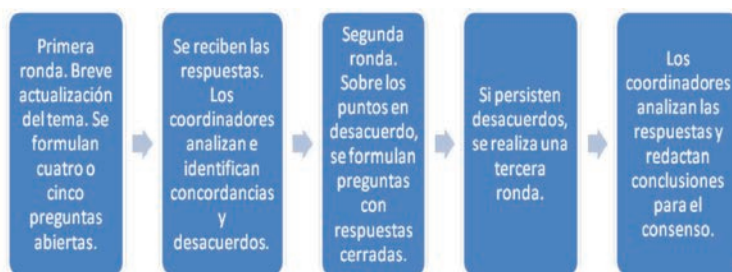
identificaron las divergencias. Sobre estas últimas, se formuló una segunda ronda de preguntas y se intentó llegar a un acuerdo.

La segunda ronda trataba de preguntas con respuestas cerradas, que podían ser afirmativas, negativas o escalas de Likert.

De persistir divergencias, se formularía una tercera ronda de preguntas, cosa que no ocurrió.

Por último, los coordinadores volcaron las conclusiones y recomendaciones en el documento que se encuentra a continuación de estas líneas.

Esquemáticamente, el proceso se representa como sigue:



BIBLIOGRAFÍA

1. M.Sengölge, J.Vincenten. Child Safety Product Guide: potentially dangerous products. Birmingham: European Child Safety Alliance, EuroSafe; 2013. En: <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/product-safety-guide.pdf>.
2. Comisión para la seguridad de los productos del consumidor de los Estados Unidos. Información general sobre requisitos para muebles de niños y adultos. En: https://www.cpsc.gov//PageFiles/131332/furniture_sp.pdf.
3. Hagan J, Shaw J, Duncan. P. The American Academy of Pediatrics. Bright futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 3rd edition. Pocket guide. Disponible en: brightfutures.aap.org/.
4. Health Canada. Is your child safe? Sleep time. Disponible en: www.health.gc.ca/cps.
5. Ley de Tránsito y Seguridad Vial N.º 24.449. En: http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/ctransportes/ley_de_transito.htm.
6. García Valdés M, Suárez Marín M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Salud Pública* 2013;39(2).
7. Rivara F, Johansen JM, Thompson DC. Research on injury prevention: topics for systematic Review. *Injury Prevention* 2002;8:161-5.

ANDADORES

Caracterización. Historia

Un “andador” se define como una “unidad móvil que permite moverse en un plano horizontal mientras es propulsada por el niño sentado o parado dentro de ella”.

Están fabricados en madera, plástico o metal y, típicamente, constan de un asiento de tela unido a bandejas rígidas, a su vez, pegadas a una base con ruedas que posibilitan su desplazamiento. Algunos están equipados con mecanismos de rebote, juguetes de actividad o dispositivos de bloqueo que les impiden moverse.

La historia de los andadores se remonta a los siglos XIV y XV, y, en varias obras de arte, se observan imágenes de niños en andadores.¹ Tan temprano como en el siglo XVI, se los recomendaba para ejercitar a los niños en el aprendizaje de caminar.

Desde hace muchos años, los padres colocan a sus hijos en andadores por diversas razones: para entretenerlos, para mantenerlos ocupados mientras ellos realizan sus tareas, porque piensan que es un lugar seguro, porque creen que los ayuda a caminar con mayor rapidez y facilidad.

Andadores y deambulación

Sin embargo, la evidencia actual demuestra que este artefacto distorsiona el esquema corporal y no permite un adecuado desarrollo del equilibrio: impide que los brazos se muevan al compás de las piernas, fomenta actitudes viciosas, como caminar en puntas de pie, y evita el gateo. Gatear es un proceso evolutivo que no debe suprimirse, ya que tonifica adecuadamente los músculos que más adelante permitirán al niño mantener la columna erecta. El gateo es importante porque conecta los hemisferios cerebrales y crea rutas de información cruciales para la maduración de las diferentes funciones cognitivas.

El andador impide al niño la visión de sus miembros inferiores en movimiento y la manipulación de su entorno, y esta privación, aunque se supera posteriormente, es un impedimento para el desarrollo normal del niño.²

En definitiva, los niños que utilizan andador retrasan su maduración para la deambulación, tienen dificultades para desarrollar el equilibrio, no gatean lo suficiente y caminan más tarde.^{3,4}

Andadores y lesiones

Los andadores son responsables de diversas

lesiones. La mayoría de las lesiones graves relacionadas con su uso se deben a caídas por las escaleras. Otros mecanismos de lesión son vuelcos o desplomes, atrapamiento de dedos y acceso a peligros, como las puertas del horno, los objetos calientes o pesados y las sustancias tóxicas. Las heridas que se asocian con el uso del andador incluyen traumatismos craneoencefálicos, fracturas, quemaduras, lesiones dentales, laceraciones e intoxicaciones.^{5,6}

A pesar de ser usados bajo la supervisión de un adulto, la velocidad que pueden alcanzar los niños en los andadores es mayor que aquella a la que puede reaccionar el adulto. Los niños quedan expuestos a velocidades, distancias o alturas que no pueden manejar, con el consiguiente riesgo aumentado de sufrir cualquier tipo de trauma.

El uso de andadores es una tradición cultural antigua y arraigada en las familias de todo el mundo. Datos de diversos países reportan que entre el 40% y el 72,2% de los niños utilizan andadores durante el segundo semestre de vida.⁴

En revisiones realizadas por la Academia Americana de Pediatría (AAP), se encontró que del 12% al 40% de los infantes que usaban andadores sufrían alguna lesión en algún momento.⁷ En un estudio sobre el uso de andadores realizado en Chile, se registraron accidentes atribuibles a ellos en 45,6% de los usuarios.⁸

En Argentina, son escasas las publicaciones respecto a la prevalencia del uso de andadores y las lesiones que provocan. Efectuando una búsqueda de datos en trabajos presentados en congresos pediátricos, encontramos que el porcentaje de uso iba desde alrededor del 40%^{9,10} hasta el 72%.¹¹ En este último estudio, solo un cuarto de las familias había comprado los andadores y los restantes eran un regalo o aparatos utilizados por otros niños de la familia. Al utilizar artículos usados, muchos de los cuales se ofrecen en venta en sitios de internet y no reúnen mínimas condiciones de seguridad y calidad, se expone a los niños a riesgos adicionales.¹²

Pese a que la mayoría de los pediatras desaconseja su uso, la prevalencia es elevada.

Los niños que utilizaron andadores en los trabajos mencionados en Argentina sufrieron lesiones y debieron consultar a un efector de salud entre el 16,5% y el 26% de los casos.⁹⁻¹¹ En una gran base de datos nacional de lesiones,¹³ el 47% de los niños que consultaron a la Guardia por lesiones relacionadas con andadores requirió internación.

Normativas de seguridad

La mayoría de los trabajos publicados coinciden en que se debe desaconsejar el uso de andadores por la ausencia de beneficios y la existencia de riesgo de lesiones para el lactante. Canadá fue, en 2004, el primer país del mundo que prohibió la publicidad, venta e importación de andadores.

En Estados Unidos, se promulgó, en 1997, una normativa de seguridad para el uso de andadores, de aplicación voluntaria (ASTM F977), que exigía dos condiciones: 1) base más ancha que el tamaño normal de una puerta y 2) mecanismos que aseguraran el frenado en caso de haber escalones. Simultáneamente, se introdujeron, en el mercado, los centros de actividad fijos. Estos permiten al niño rebotar, girar, inclinarse, pero no trasladarse, pues carecen de ruedas.

En un artículo publicado en la revista *Pediatrics*, en marzo de 2006, se comprobó que el rediseño de andadores y su reemplazo por centros de actividad fijos se asociaba con una marcada disminución en el número de lesiones.⁶

La Comisión Europea ha aprobado **normas más estrictas sobre la seguridad de los andadores**, que exigen que pasen controles de estabilidad y se adapten los diseños para reducir el peligro de lesiones. Varios países europeos recomiendan evitar su uso.

Medidas de prevención

Papel del pediatra

Una de las estrategias recomendadas para evitar el uso de andadores es la educación de las familias por parte del equipo de salud.¹⁴ El papel del pediatra en el consultorio puede resultar útil para concientizar a los padres sobre los riesgos de lesiones y para desmitificar los beneficios que supuestamente se les atribuyen.¹⁵

Sin embargo, hubo acuerdo entre los expertos de este consenso en que el rol del pediatra era importante pero no suficiente para desalentar la compra y el uso de andadores. Durante la consulta, muchas veces, se pierden oportunidades de prevención por falta de tiempo, por carencia de materiales didácticos o por falta de formación del médico en temas de prevención. Otros factores para tener en cuenta son la relación médico-paciente, la continuidad de la atención del niño, el ámbito de la consulta, el predicamento del pediatra en la familia.

Pese a que la mayoría de los pediatras conoce los múltiples riesgos que implica la utilización

de andadores, su compra y distribución siguen siendo muy frecuentes en nuestro medio, por lo que puede inferirse que el proceso de comunicación, educación e información a las familias acerca de este tema es insuficiente y poco eficaz.

Es necesario comprender que el uso del andador es una costumbre muy arraigada en la sociedad y que la acción aislada del pediatra no alcanza. Hay que ser conscientes de que las recomendaciones serán efectivas en un porcentaje de casos y que aportarán a los cambios culturales y a las intervenciones que se realicen a nivel particular y general.

Legislación sobre la fabricación y la venta de andadores

La posibilidad de que, desde la Sociedad Argentina de Pediatría, se impulse y se fundamente una iniciativa para legislar que impida la fabricación y la venta de andadores, dados los riesgos que conllevan, no alcanzó acuerdo en este consenso.

Si bien la mayoría de los profesionales intervinientes acordaba la legislación prohibitiva, consideramos que toda prohibición debe partir de un acuerdo amplio que la impulse y que la respalde. Especialmente importante es que, desde el sector de salud, exista unanimidad de criterios para luego trasladar esa iniciativa a los ámbitos legislativos y de aplicación.

La Sociedad Argentina de Pediatría desaconseja con énfasis el uso de andadores. Como una primera etapa, se recomienda fomentar fuertes y comprometidas campañas educativas acerca del riesgo de los andadores antes de prohibir la producción. En este eje de la educación de médicos y familias es donde debería hacerse el máximo hincapié en primera instancia, para luego avanzar con la instancia prohibitiva.

Centros de actividad fijos

Los centros de actividad fijos pueden ser una alternativa al uso de andadores, pues, al no poder desplazarse, son más seguros. Sin embargo, no garantizan que el desarrollo motor del niño atraviese las etapas de gatear, trepar, explorar sus habilidades, pararse con apoyo. Su costo es elevado, y su indicación debería ser optativa.

Llegada la instancia de reglamentar la fabricación de andadores, podrían ser una opción válida para compensar a la industria con variantes saludables y seguras.

Supervisión

La supervisión de un adulto responsable es indispensable en esta etapa del desarrollo infantil, y debería intensificarse la información y la educación de los padres con respecto a la vigilancia de los niños. Ningún sistema es totalmente seguro sin este requisito, muchas veces subestimado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro de las horas de Catherine de Cleves circa 1440: Niño Jesús en su andador mientras su madre trabaja. Disponible en: <http://stephaniesylverne.com/2013/08/31/babysarthou/>.
2. Siegel AC, Burton RV. Effects of baby walkers on motor and mental development in human infants. *J Dev Behav Pediatr.* 1999;20:355-61.
3. Thein MM, Lee J, Tay V, Ling SL. Infant walker use, injuries, and motor development. *Inj Prev* 1997;3(1):63-6.
4. Garrett M, McElroy AM, Staines A. Locomotor milestones and babywalkers: cross sectional study. *BMJ.* 2002 22;324(7352):1494.
5. Esparza Olcina, MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. En Recomendaciones Prev Infad/PAPPS [en línea]. Actualizado junio 2011. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/accidentes_domesticos.htm.
6. Shields BJ, Smith GA. Success in the prevention of infant walker-related injuries: an analysis of national data, 1990-2001. *Pediatrics* 2006;117:e452.
7. American Academy of Pediatrics. Injuries associated with infant walkers. *Pediatric* 2001;108(3):790-92.
8. Triviño X, et al. Uso del andador en lactantes. *Rev Chil Pediatr* 1997; 68(6):256-59.
9. Lenoir M, et al. El andador. Un peligro conocido. TL N.º 443. Libro de resúmenes del 34.º Congreso Argentino de Pediatría, Córdoba, 2006.
10. Bequet A, et al. Andadores. Un peligro no reconocido. TL N.º 948. Libro de resúmenes del 35.º Congreso Argentino de Pediatría, Rosario, 2009.
11. Waisman I, Zabala R. Encuesta poblacional sobre uso de andadores en Río Cuarto y Región. TL N.º 16. Libro de Resúmenes del 6º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria. Buenos Aires, 2014.
12. Zabala R, Waisman I. Riesgo de lesiones no intencionales de andadores, sillas altas y cunas ofrecidas en sitios de compraventa por internet. TL 46. Libro de Resúmenes del 6.º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria. Buenos Aires, 2014.
13. Waisman I, Ubeda C, Zabala R. Lesiones por andadores registradas en Sistema de Vigilancia de Lesiones (SI.VI.LE.). TL N.º 15. Libro de Resúmenes del 6.º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria. Buenos Aires, 2014.
14. Kendrick D, Illingworth R, Woods A, et al. Promoting child safety in primary care: A cluster randomised controlled trial to reduce baby walker use. *Br J Gen Pract* 2005;55:582-8.
15. Waisman I. Prevención de lesiones de 0 a 3 años. PRONAP 2013. Módulo 2. Cap. 1.

SISTEMAS DE RETENCIÓN INFANTIL

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por transporte constituyen una de las primeras causas de muerte y secuelas graves en niños y jóvenes. Las estadísticas oficiales indican que 310 menores de 15 años fallecieron en 2013 por lesiones asociadas al transporte. Al menos, un tercio de estos niños viajaban en automóviles.¹

Las muertes constituyen solo la punta del iceberg: por cada muerte, aproximadamente, 18 niños son hospitalizados y más de 400 sufren lesiones serias que requieren atención médica. Según los registros del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE), que, en una gran base de datos, recoge lesionados de unidades centinela de todo el país, el 16,5% de los niños atendidos en Guardia por lesiones asociadas al transporte fueron trasladados en automóviles.²

Las siguientes recomendaciones se basan en el artículo “¿Qué deben saber los pediatras sobre las sillitas para autos?”³ y en los aportes de todos los participantes del consenso.

Dispositivos de seguridad pasiva

A fines de la década de los cincuenta, se comenzaron a utilizar en adultos los cinturones de seguridad y se comprobó que constituían una eficiente medida pasiva, que contribuyó a salvar muchas vidas.⁴

Para que los cinturones sean efectivos, el lazo superior debe pasar por el tórax y la zona clavicular, y la parte inferior, por la raíz de los muslos, al mismo tiempo que la columna del niño debe apoyar sobre el respaldo posterior de la butaca del automóvil. Estas condiciones se logran en la mayoría de los niños de entre 8 y 12 años de edad y de 150 cm de altura.

Existen importantes diferencias anatómicas entre bebés y niños respecto a los adultos. Los lactantes tienen la cabeza desproporcionadamente grande y su centro de gravedad más alto. El cuello es corto y el sostén cefálico, relativamente deficiente. Los órganos intraabdominales están más expuestos, por lo que son vulnerables frente a una colisión.

Es por ello por lo que se utilizan sistemas de retención que se adaptan a sus características anatómicas. Un niño transportado en los brazos de un adulto, al sufrir una colisión, multiplica su peso por 32, por lo que resulta imposible sostenerlo.

Esto le ocasionará serias lesiones al ser despedido del habitáculo o al ser golpeado dentro del vehículo.

Los SRI ofrecen un elevado nivel de protección en la prevención de las muertes por tránsito. Reducen las defunciones de lactantes un 71% y las de niños pequeños un 54%.⁵ Debidamente anclados a los asientos del vehículo, proporcionan gran inmovilización y sujeción, por lo que son un método confiable en términos de seguridad pasiva y el mejor seguro de vida para un pasajero menor de edad.

Dados el gran peso y volumen relativos de la cabeza (mayor cuanto menor es la edad), el niño debe ubicarse sentado mirando hacia atrás para evitar la hiperflexión cervical en caso de choque frontal durante el mayor tiempo posible. Si bien, hasta ahora, las recomendaciones decían que se debía colocarlos en SRI en sentido contrario a la marcha hasta que pesaran 9 kg (aproximadamente, 1 año de edad), nuevas evidencias sugieren que esta posición debería mantenerse durante más tiempo, hasta los 2 años o incluso más.

Cómo viajan los niños en Argentina

Pese a que los SRI constituyen probadas medidas de seguridad, su uso no está difundido y solo es obligatorio por ley en algunas ciudades. El Observatorio Vial del Ministerio del Interior y Transporte realizó una encuesta entre conductores en más de 400 puntos del país durante 2013: el 72,4% de los conductores refirió utilizarlos. Sin embargo, las investigaciones realizadas por dicho Observatorio revelaron que solo el 33,7% de los niños viajaba con SRI.⁶

Una encuesta de la organización no gubernamental (ONG) Luchemos por la Vida realizada en la Ciudad de Buenos Aires encontró que 19% de los niños viajaba en los asientos delanteros y que solo un 16% de los menores de 4 años que viajaban en asientos traseros utilizaba SRI.⁷

Legislación

Argentina es un país federal, y, a pesar de que existe una Ley Nacional de Transporte (Ley 24449), la adhesión y reglamentación de las provincias es voluntaria y el marco normativo difiere de acuerdo con las localidades. Según la ley nacional, es obligatorio para todos los pasajeros el uso de correajes de seguridad y los niños menores de 10 años deben viajar en el asiento trasero –art. 40, incisos g) y k)–; no hace

referencia a sistemas de retención especiales para niños.⁸

Recientemente, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires aprobó una ley que obligaba a usar asientos especiales para niños hasta los 12 años o 1,50 m de estatura. En el resto de las provincias, las disposiciones varían: en algunas, solamente indican que los niños menores de 10 años (en algunos casos, de 12) deben viajar atrás; en otras, existe la obligatoriedad de utilizar sistemas de retención para niños hasta los 4 o hasta los 10 años.⁹

Así, existe una heterogeneidad inadmisibles en cuanto a la utilización de medidas de seguridad y, en particular, al uso de SRI. La legislación es desigual, incompleta y desactualizada.

Por encima de estos mínimos legislativos, es importante que los pediatras aconsejen a los padres lo que tiene probado beneficio en la prevención para disminuir la mortalidad, morbilidad y secuelas asociadas a las lesiones de transporte.

Tipos de sistemas de retención infantil

Las sillas se clasifican, según el peso y la talla del niño, en grupos: 0, 0+, 1, 2 y 3, aunque hay dispositivos que cubren más de un grupo (Figura 1).

- *Portabebes del grupo 0 (de 0 a 10 kg y menos de 76 cm).* En este grupo, se encuentran los SRI de tipo "huevo" o "portabebes para recién nacidos y hasta los 10 kg. Estos dispositivos solo pueden usarse mirando hacia atrás y es preferible ubicarlos en el centro del asiento trasero, ya que protegen mejor en caso de colisiones laterales. Cuentan con la particularidad de que puede desprenderse una parte del sistema y ser transportada, mientras la otra pieza permanece fija en el asiento del auto.

- *Sillas infantiles del grupo 0 y 0+ (de 0 a 13 kg y menos de 92 cm).* Son dispositivos de tipo sillas con arnés para la sujeción del niño.
- *Sillas infantiles del grupo 1 (de 9 a 18 kg y de 92 a 108 cm).*
- *Sillas infantiles del grupo 2 (de 15 a 25 kg y de 98 a 123 cm).* Se trata de un elevador o amoldador con respaldo que permite adaptar el recorrido del cinturón del coche al SRI; por lo tanto, en estos dispositivos, el niño se sujeta con el cinturón de seguridad del vehículo.
- *Sillas infantiles del grupo 3 (de 22 a 36 kg y de 115 a 150 cm).* Elevadores sin respaldo que permiten el uso del cinturón del automóvil para sujetar al niño.

Es conveniente recordar que cada transición se asocia con una disminución en la protección

ante colisiones, por lo que se debe aconsejar a los padres retrasar el paso de un grupo de SRI al siguiente mientras el niño cumpla con los topes de altura y peso recomendados por el fabricante.

Como ejemplo, una silla del grupo 0+ es más segura que una silla del grupo 1 para los pesos en que ambos grupos se solapan. Se recomienda evitar holguras entre el niño y los arneses, así como con los cinturones; para esto, pueden utilizarse cojines o almohadillas.

Se denominan "convertibles" aquellos SRI que pueden ir mirando hacia atrás o hacia adelante y "combinados", aquellos que se convierten de sillas en elevadores.³

Elección de un sistema de retención infantil

Se debe elegir según la edad y el peso del niño, así como por la facilidad de instalación en el automóvil. Se aconseja leer el manual del vehículo, las instrucciones del fabricante del SRI y llevar al niño y el coche en el momento de comprar el dispositivo de sujeción para evaluar cuál se ajusta mejor. Las sillas que abarcan una franja de edades más amplia son menos seguras y brindan menos protección a los menores.

FIGURA 1.



Fuente: <http://www.cesvi.com.ar/revistas/r78/sillitas.pdf>.

Se recomienda elegir productos homologados, es decir, certificados por organismos de Europa o Estados Unidos. La etiqueta de homologación puede verse con facilidad. Para productos de fabricación nacional, existen normas IRAM 3680 1, 2 y 3 de próxima aplicación.¹⁰

Se aconseja no utilizar sillas usadas que hayan sufrido golpes o con piezas faltantes, y se recomienda sustituirlas después de 6 años de uso.

Instalación del sistema de retención infantil

La recomendación más importante es que la fijación sea adecuada. El asiento de seguridad no debe moverse más de una pulgada (2,5 cm) hacia adelante, hacia atrás o hacia los lados cuando se tironea del cinturón o las correas de sujeción. En caso de colisionar, no sirve de nada tener una buena silla mal colocada.

Actualmente, coexisten tres sistemas de anclajes:

1. Sistema tradicional: utiliza los cinturones del vehículo.
2. Sistema ISOFIX: ganchos fijos (sistema europeo).
3. Sistema LATCH (UAS en Canadá): ganchos y correas (sistema estadounidense).

Es importante destacar que, si la butaca está correctamente colocada, cualquiera de los tres sistemas es confiable.

El sistema ISOFIX es un sistema de anclaje diseñado para facilitar la instalación y sujeción del SRI al coche, lo que evita errores de instalación. Presenta dos ganchos rígidos que se anclan al asiento y confirmación acústica de ensamblado; además, tiene un tercer punto de anclaje superior, llamado *Top Tether*, o una pata de apoyo inferior que sujeta la silla al suelo del vehículo. No todos los coches cuentan con el sistema ISOFIX, por lo que, antes de comprar un SRI con este sistema, conviene consultar el manual del automóvil. Es válido para todo tipo de silla y no puede soltarse accidentalmente.¹¹

El sistema LATCH, que, en Canadá, se denomina UAS, se trata de ganchos instalados entre los cojines de los asientos y otro colocado en la luneta trasera o el piso del baúl del coche, que se fijan por medio de correas a las sillas infantiles. Las correas no se utilizan en la mayoría de los asientos de seguridad que miran hacia atrás.^{12,13}

El SRI irá colocado en la plaza central del asiento trasero del automóvil, pues es la que ofrece mayor seguridad en caso de colisión. En algunos autos, en Argentina, la plaza central del asiento trasero (quinta plaza) posee cinturón

de seguridad de cintura (dos puntos), lo que propiciaría que el SRI se diera vuelta sin mayor oposición al no poseer anclaje superior. En esos casos, se recomienda colocar el SRI en uno de los asientos traseros laterales.

RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones,³ basadas en la evidencia, sirven para optimizar la seguridad de los niños pasajeros de un automóvil:

- Todos los niños deben viajar en un SRI mirando hacia atrás hasta la edad de dos años o hasta alcanzar el peso y la talla máximos permitidos por el fabricante del dispositivo.
- En la práctica y en viajes especialmente largos, es conveniente que los niños que viajan mirando hacia atrás sean acompañados por la mamá o por un adulto. Cuando es necesario alimentar o atender al niño, en particular, si es un lactante pequeño, se sugiere detener el vehículo para hacerlo y, luego, una vez finalizada la alimentación o atención, que vuelva al SRI y continuar la marcha.
- Los niños desde los 2 años o los menores de 2 años que han superado el límite de peso y altura máximo del SRI anterior pueden utilizar un SRI mirando hacia adelante, con sistema de arnés, hasta alcanzar el peso o la altura máximos sugeridos por el fabricante.
- Una de las condiciones para que el niño viaje mirando hacia adelante, además de su edad y peso, es que, colocado en el SRI correspondiente, las piernas queden flexionadas, es decir que la rodilla supere el ancho del asiento, de modo tal que, en caso de colisionar, si el asiento delantero impacta en los miembros inferiores del niño, lo haga en las rodillas y no en los pies, en cuyo caso la lesión podría ser mayor.
- Los niños que superen el límite del SRI que se usa mirando hacia adelante utilizarán dispositivos elevadores hasta que el cinturón provisto por el automóvil se ajuste de manera adecuada. Esto se logra, mayoritariamente, en los niños que alcanzan la estatura de 150 cm o entre los 8 y los 12 años.
- Aquellos mayores cuya estatura supere el elevador utilizarán el cinturón de seguridad provisto por el automóvil.
- Todos los menores de 12 años deben viajar en el asiento trasero.

Cuándo debe usarse un sistema de retención infantil

El niño debe viajar dentro de un SRI desde la

salida de la maternidad. Debemos insistir en el primer viaje seguro como una forma de proteger la vida e integridad de los recién nacidos y de concientizar a la familia de la importancia del uso de los sistemas de retención.

Aún en trayectos cortos, todos los niños deben utilizar las sillitas para viajar seguros.

Cuándo NO utilizarlos

Las sillitas se utilizan exclusivamente para el transporte de los niños. Es común el uso de los huevitos como lugar de descanso o juego de los niños, pero esta práctica se desaconseja, ya que puede asociarse a episodios de hipoxemia y a efectos adversos en el desarrollo madurativo y postural.

Nada reemplaza los brazos del cuidador fuera del automóvil y la supervisión permanente por parte de un adulto.

Situaciones especiales

Se recomienda, para el transporte en auto de recién nacidos pretérmino, de bajo peso o con cardiopatías congénitas, la observación del bebe en la sillita durante 1-2 h antes del alta, con el fin de prevenir el compromiso respiratorio del bebe.

Transporte en motocicletas

Las motos y ciclomotores son vehículos que han cobrado un gran auge, especialmente en ciudades de pequeño y mediano tamaño. Diversos motivos justifican este incremento: son ágiles, económicas, pueden adquirirse fácilmente en cuotas y las deficiencias en los sistemas públicos de transporte las dejan, a veces, como única alternativa de traslado para jóvenes o para familias. Es importante aclarar que no existen sistemas de protección para que los niños puedan ser llevados en condiciones seguras. La recomendación es, entonces, NO transportar a niños menores de 12 años en estos vehículos.

Rol del pediatra

Las recomendaciones de los pediatras son escuchadas por los padres y tenidas en

cuenta para tomar decisiones en relación con la seguridad de sus hijos. Si bien sabemos que los costos pueden limitar el uso de los sistemas de retención en algunas familias, es bueno explicar, las veces que hagan falta, la necesidad y utilidad de los SRI.

Como pediatras, debemos estar capacitados para solventar las dudas que las familias nos transmitan acerca del uso de medidas de protección y de la utilización de SRI, pero no olvidemos que, como ciudadanos, tenemos la obligación de conocer y respetar la legislación vigente, así como de promover el uso de estos dispositivos en nuestro ámbito familiar y de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección de Estadística e Información de Salud. Estadísticas Vitales año 2013. Ministerio de Salud, Buenos Aires, diciembre de 2014.
2. SI.VI.LE. (Sistema Nacional de Vigilancia de Lesiones). Datos 2004-2013. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
3. Navarro L. ¿Qué deben saber los pediatras sobre las sillitas para autos? *Sistemas de retención infantil para automóviles. Arch Argent Pediatr* 2013;111(3):247-250.
4. Fiorentino J, Dell'ollo A. Seguridad dentro del automóvil y los niños pasajeros. *Rev Hosp Niños BAires*, 2013; 55(249).
5. NHTSA: Report to Congress: Child Restraint Systems, Transportation Recall Enhancement, Accountability, and Documentation (TREAD) Act. February 2004. En: <http://www.nhtsa.gov/Research/Child+Seat+Research>.
6. Dirección Nacional de Observatorio Vial, 2013. Ministerio del interior y transporte. En: <http://observatoriovial.seguridadvial.gov.ar/>.
7. Estudio de "Luchemos por la Vida" en CABA. En: <http://www.luchemos.org.ar/es/investigaciones/estudio-sobre-ninos-dentro-del-automovil>.
8. Ley de Tránsito y Seguridad Vial N.º 24.449. En: http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/ctransportes/ley_de_transito.htm.
9. Fiorentino J. Aspectos relacionados con el Transporte Vehicular Seguro en Pediatría. (Editorial). *Rev Hosp Niños BAires*, Junio 2013; vol. 55, número 249.
10. Homologación. En: <http://xn--mamasyniosegueros-eub.com.ar/contenido.php?p=3&c=17>.
11. Viajes seguros: sistemas de retención infantil. Asociación Española de Pediatría. En <http://enfamilia.aeped.es/prevencion/nino-viaja-seguro-sistemas-retencion-infantil>.
12. TransportCanada. Mantenga los niños a salvo. En: www.tc.gc.ca/roadsafety/kids.
13. Parents Central. From car seats to car keys: keeping kids safe. En <http://www.safercar.gov/parents/CarSeats/Video-Instructions-How-to-Install-Car-Seat.htm>.

COCHECITOS PARA BEBES

INTRODUCCIÓN

Un cochecito es un vehículo con ruedas para el transporte de bebés o niños. Es de gran ayuda para llevar a un niño pequeño a una tienda, visitar un museo o pasear al aire libre, donde sería agotador o engorroso su traslado.

Se usan desde la era victoriana, en forma de cunas para el paseo de niños.

En 1889, William Richardson patentó la idea de un moisés reversible, de manera que el bebé pudiera estar de frente a los padres, y añadió ruedas que giraban de modo independiente, lo que aumentó la maniobrabilidad de los cochecitos.

Prácticamente, el diseño de los cochecitos de bebés solo sufrió cambios en cuanto al uso de sus materiales y en la incorporación de nuevas presentaciones, como los frenos. Fue en 1965 cuando el ingeniero aeronáutico Owen Maclaren realizó un cambio extraordinario en su conformación. Atento a las quejas de su hija, quien había viajado a visitarlo con su nieto desde Estados Unidos a Inglaterra con un pesado ejemplar, le diseñó una estructura de aluminio que pesaba solamente 3 kg y cabía, al plegarse, en el mismo espacio que ocupaba un paraguas. Maclaren Baby 2008 es el primer "cochecito paraguas" de la historia. Desde entonces, las tendencias en el diseño de cochecitos han presentado aportes que no modifican mayormente su esencia formal. Configuraciones para hermanos con poca diferencia de edad y cochecitos en tándem, motivados por los embarazos múltiples, dan como resultado variadas aproximaciones formales con una misma esencia. Con el transcurso del tiempo, los sistemas para el traslado del bebé se han caracterizado por ofrecer un chasis plegable, con un asiento desmontable y/o capazo que pueden cambiar la orientación del bebé (mirando a sus padres o mirando al frente).

Además, las sillas y/o capazos pueden permitir su acople a las sillas de transporte en el automóvil o simplemente servir como portabebés o "canguros". Ha sido tan solo en esta década cuando comienzan a aparecer nuevos aportes en cuanto a la interacción usuario-coche en los distintos escenarios donde son cotidianamente utilizados.^{1,2}

Las siguientes recomendaciones son la actualización del documento sobre cochecitos elaborado por el Comité Nacional de Prevención

de Lesiones con los aportes de los participantes en el consenso.

Hay recomendaciones que son aplicables a todos los cochecitos (calidad de los materiales, estado de conservación, ruedas grandes y con sistema de frenado, sujeción con SRI), pero otras que son específicas para cada modelo. Para todos los cochecitos, es recomendable leer los manuales de instrucción para asegurar un armado y uso seguro para el pasajero.

Lesiones por el uso de cochecitos

En Estados Unidos, entre 2007 y 2009, un promedio de 12 niños por año murieron por lesiones relacionadas con cochecitos de bebés. Representó el 11% de las muertes en menores de 5 años asociadas a elementos infantiles (pero no necesariamente causadas por ellos).

Muchas de estas muertes ocurrieron cuando los bebés se quedaron dormidos con el respaldo de la silla de paseo en la posición reclinada. Pueden resbalar hacia adelante a través de una abertura de las piernas hasta que la cabeza quede atrapada y estrangularse. Esto es posible porque los bebés solo de unas pocas semanas de edad pueden deslizarse o moverse cuando están dormidos.³

La víctima más joven por el uso de un cochecito era un bebé de tan solo 7 semanas de edad.

Powell (2002), en un trabajo realizado en la Sala de Urgencias de un hospital, durante 5 años, encontró 64373 lesiones relacionadas con el uso de cochecitos en niños menores de 3 años. Más de dos tercios (76%) fueron por caídas. La mayoría de las lesiones implicaron la cabeza (44%) y la cara (43%), diagnósticos de lesiones que incluyen contusiones o abrasiones (38%), laceraciones (24%), traumatismos craneales cerrados (22%) y fracturas de las extremidades (3%).⁴

En nuestro país, no tenemos el dato específico de lesiones asociadas a elementos infantiles. Sin embargo, las lesiones indicadas en los estudios precedentes son acordes a lo indicado por el grupo de expertos convocados para el consenso: estrangulación, asfixia, traumatismos múltiples (especialmente, de cráneo), lesiones o amputaciones parciales o totales de dedos, incapacidad ventilatoria, lesiones en la piel, aplastamiento, quemaduras (por estacionamiento del cochecito en las cercanías de fuentes de calor o por el desplazamiento del cochecito por un desnivel o el empuje de otro niño hacia fuentes de calor) e insuficiencia ventilatoria por mala posición del niño en el

cochecito, en especial, cuando está dormido o por objetos agregados a él (juguetes, bolsas de compras, abrigos...).

Tipos de cochecitos que se encuentran en el mercado

Cochecito de niño clásico o coche cuna: es un vehículo que se utiliza para transportar a los bebés recién nacidos manteniéndolos, generalmente, recostados frente a la persona que los empuja (puede tener manillar rebatible y permitir que el niño mire para adelante). Tiene la forma de una pequeña cuna y se asienta sobre un chasis con cuatro ruedas; actualmente, también existen de tres ruedas. Tiene capota para proteger al niño del sol y otros accesorios, como bolsa, rejilla inferior o funda de plástico para resguardarlo de la lluvia. Llevan a los niños en él desde que nacen hasta que son demasiado grandes para un cochecito, alrededor de los 3 o 4 años.

Coche paraguaita o "buggy": la principal característica de este modelo es su liviandad y su plegado compacto y sencillo como una sombrilla. De acuerdo con las posibilidades de reclinado que ofrezca cada coche paraguas, existen algunos aptos para usar desde que nace el bebé. Por la falta de amortiguación y grandes comodidades para el bebé y la persona que lo empuja, es más adecuado para la ciudad, los caminos y las calles lisas.

Sistemas polivalentes: consisten en un chasis, un asiento y una cuna de bebé desmontable, que se encajan en el chasis según la edad del niño. Así, un vehículo de paseo puede intercambiarse, usando los primeros 6-9 meses un cochecito de niño y, luego, cuando el bebé se puede sentar por sí mismo, una silla. Otra ventaja de los sistemas polivalentes es que el chasis se puede doblar y, por lo tanto, es, generalmente, más pequeño que un cochecito tradicional y más fácil de guardar y transportar.

Sistemas 3 en 1: permiten, además de un asiento y una cuna desmontable, encajar sobre el chasis la silla de bebé para el automóvil.

Coche de tres ruedas: posee 3 grandes ruedas (2 traseras, 1 delantera) y los frenos se accionan desde el mango. Este modelo se adecúa, principalmente, a aquellos papás que disfrutan de salir a correr o caminar al aire libre. Debido a su estructura y a las ruedas que posee, se adapta muy bien a superficies irregulares.

Elementos o componentes del cochecito para tener en cuenta

- **Ruedas:**
Preferentemente, de diámetro grande, recubiertas de goma gruesa, que amortigüen golpes y mejoren el andar, con capacidad de giro y buena movilidad (todas y cada una). Deben estar sanas, no lisas, sin fisuras ni irregularidades. En lo posible, livianas. Deben permitir el rodado, pero no el deslizamiento. Las ruedas gruesas y de mayor diámetro no quedan trabadas en desniveles y/o enrejados sobre las veredas (respiración de cámaras del servicio público) y permiten subir y bajar desniveles o escalones con menos esfuerzo. Se debe revisar el funcionamiento de las ruedas y su estado por la posibilidad de que se salgan. Chequee la estabilidad y la firmeza de las ruedas. Pregúntese si el cochecito puede volcar fácilmente y si soporta el peso.
- **Frenos:**
Los frenos son de dos tipos: sobre las ruedas con trabas especiales o sistema de freno tipo bicicleta sobre el parante transversal de manejo direccional del cochecito. Los frenos en las ruedas traseras con sistema de trabado detrás de ellas favorecen su uso con el pie por parte de los adultos. Deben ser fáciles de operar para el bloqueo completo de las ruedas (o, por lo menos, de dos de ellas). Pregúntese siempre si el cochecito tiene frenos en las 4 ruedas y si funcionan bien.
- **Sistemas de sujeción:**
Anchos, forrados (mullidos), con las hebillas (o los componentes que se articulan) de plástico de buena calidad y fáciles de abrochar. Deben ser de, al menos, tres puntos en T (cintura y entrepierna); lo óptimo es el sistema de cinco puntos. Con hebillas seguras, fáciles de manipular por el adulto, pero a prueba de niños. Con adaptación adecuada a los distintos posicionamientos del cochecito y que ajusten de acuerdo con el tamaño del niño, de modo que lo mantengan seguro en la posición deseada. Verifique siempre que el arnés sea firme, esté bien anclado y sea cómodo para el niño.
- **Sistema de plegado:**
Con un **mecanismo de bloqueo** que evite plegarse cuando el niño esté sentado. Debe poder ser manipulado solo por los adultos.

Con bordes romos (para evitar cortes si se comprimen manos o dedos), que no se traben. Con un armazón lo más liviano posible para que lo pueda manejar una sola persona (con un bebe en brazos), adaptado con topes para no lesionar manos y/o dedos.

Pregúntese si el plegado es seguro y si tiene trabas firmes y duraderas.

- **Protectores:**

Con superficies acolchadas, amplias, con gran cobertura y con buena sujeción para evitar que se deslicen, desmontables, lavables.

Los protectores de lluvia que hermetizan el habitáculo deben garantizar una adecuada ventilación y ser transparentes para poder ver el interior.

- **Bandejas:**

De bordes suaves, lisas y fácilmente lavables. Deben estar bien sujetas para no aprisionar partes del cuerpo del niño, por ejemplo, los dedos.

La **bandeja para depositar** objetos en la parte inferior del carrito debe estar entre las ruedas traseras para asegurar una correcta estabilidad.

- **Otros:**

Material de revestimiento lavable, no tóxico, de firme revestida/acolchada con material denso.

Los pies del niño no deben tocar el suelo.

Vigile que no haya tornillos expuestos, puntas agudas o aristas filosas y que los ángulos sean redondeados.

El diseño de los bordes o la unión de las diferentes partes deben evitar el atrapamiento del niño.

Altura de las manijas: en la cintura o ligeramente por debajo.

PRECAUCIONES PARA LOS PADRES

Al colocar al niño

Controle la posición que toma dentro del cochecito, con la cabeza extendida, que no comprometa la vía aérea, con adecuado ajuste de cinturones.

Asegúrese de que las manos y los pies del niño estén libres al abrocharle el arnés.

Cuando se utiliza un carro o cochecito en la posición totalmente reclinada, cierre las aberturas de las piernas para que el niño no pueda deslizarse a través de ellas.

Asegúrese de que los cierres estén completamente bloqueados antes de su uso.

Asegure la fijación, la posición del cuello y la cabeza en los más pequeños, la liberación de la vía aérea si está dormido. Sujete las mantas y no deje elementos sueltos.

Al circular con el coche en diversos escenarios

Utilice los arneses de seguridad cada vez que lleve al niño.

El cochecito es un elemento para el traslado fuera de la casa, por tanto, el niño debe estar siempre bajo supervisión directa, pues cualquier otro escenario que no sea el doméstico implica que no hay condiciones de seguridad controladas.

La circulación en distintos escenarios debe estar acompañada de un adecuado manejo del cochecito por parte de un adulto que no tenga limitaciones en su movilidad, quien tiene que intentar que se desplace sobre superficies lisas que permitan la adecuada circulación. Tenga precaución al moverse por superficies con desniveles o inclinadas, supervise que los frenos tanto en cuesta como en una superficie plana funcionen correctamente con el peso del niño adentro.

Siempre debe estar al lado del adulto; nunca delante de él a la espera de cruzar la calle.

Al cruzar las calles, tenga las mismas precauciones que las de cualquier vehículo.

Espere en la vereda; no baje el cochecito del bebe a la calle hasta no tener habilitado el paso; nunca anteponga el coche del bebe al tráfico.

Tal como los peatones en general, cuando se circula con un coche de bebe, cruce por la senda peatonal y cuando el semáforo lo indique.

Preferentemente, circule con el niño mirando hacia atrás (hacia la persona que empuja el cochecito) en lugar de ir mirando hacia adelante.

Al cruzar la calle, no separe demasiado el coche del cuerpo del que lo maneja para no aumentar tanto la superficie de impacto y facilitar la maniobrabilidad.

Circule exclusivamente por la vereda.

Al entrar a un negocio, controle que el niño no tome ningún objeto potencialmente peligroso (por ejemplo, que se pueda llevar a la boca).

No desatienda al niño durante el traslado. Se puede mover, desplazar, caer, obstruir la nariz con la ropa o los accesorios del cochecito.

Levante el cochecito al subir escalones.

No lo use en escaleras mecánicas.

Coloque los protectores de acuerdo con las condiciones climáticas.

Al dejar el coche con el niño adentro

Si se deja "estacionado", asegúrese de que tenga un sistema de frenado de las ruedas.

Asegure siempre la supervisión por parte de un adulto. No lo deje expuesto al sol, téngalo sin sobreabrigo, sin elementos que puedan comprometer la adecuada ventilación del niño. No deje colgantes que puedan favorecer la autoestrangulación. Vigile la posibilidad de lesiones con elementos externos al cochecito, como animales, otros hermanos, etc.

La vigilancia debe ser continua, más allá de que el niño se encuentre dormido o despierto.

Al retirarlo

Asegúrese de no realizar movimientos bruscos y acompañe la cabeza y el tronco, con el cochecito frenado. Siempre lo debe retirar un adulto. Para esto, libere la fijación, controle que los miembros no queden atrapados, tome firmemente al niño y retírelo sosteniendo la cabeza en los más pequeños.

En un niño que deambula, tenga cuidado de que, al bajarlo del coche (mientras se está plegando el cochecito para guardarlo), no se vaya corriendo a la calle.

Otros

Mantenga a los niños lejos mientras pliega o abre el cochecito porque pueden lesionarse los dedos durante este proceso.

No lo sobrecargue ni cuelgue bolsas en las manijas porque pueden desequilibrarlo y provocar un vuelco hacia atrás cuando el niño está sentado.

No utilice almohadas, colchas dobladas o mantas como colchón porque pueden provocar asfixia.

Si utiliza una plataforma con ruedas (enganchada a la parte posterior para que otro niño se suba a ella), compruebe que esté correctamente enganchada y pueda soportar su peso.

Asegure que el peso del niño sea acorde (en general, no se debe exceder el peso de 30 kg) y, en la canasta del coche, no lleve más de 3 kg.


COCHECITOS PARA BEBE


RIESGO DE CAIDAS

El uso correcto de un Sistemas de sujeción puede prevenir la mayoría de las lesiones. Al menos tres puntos en T (cintura y entrepierna) y los mejores de cinco puntos (hombros). Las hebillas deben ser seguras, fáciles de manipular por los adultos pero a prueba de niños.

RECOMENDACIONES:
Utilice siempre el cinturón de seguridad cada vez que su hijo está en una silla de paseo.

RIESGO DE VUELCO

Ruedas: Preferentemente de diámetro grande, recubiertas de goma gruesa que amortigüen golpes, con capacidad de giro y buena movilidad. Deben permitir el rodado pero no el deslizamiento.

Chequear la estabilidad y la firmeza de las ruedas. ¿Se puede volcar fácilmente, soporta el peso?

Frenos: Deben ser fáciles de operar para el bloqueo completo de las ruedas (o por lo menos de dos de las ruedas). *¿Tiene frenos en las 4 ruedas? ¿Funcionan bien?*

Evite colgar cosas en las manijas Una cartera o bolso de compras pueden provocar un vuelco hacia atrás cuando el niño está sentado.

Maniobrabilidad: Usted debe ser capaz de empujar la silla de paseo en una línea recta y girar fácilmente. Las ruedas giratorias hacen que sea más simple su manejo.

No usarlo en escaleras mecánicas.

RIESGO DE ASFIXIA

Cuando se utiliza el cochecito en la posición totalmente reclinada, cierre las aberturas de las piernas para que el niño no puede deslizarse a través de ellas. Un arnés puede impedir que un niño resbale hacia abajo y pasar entre el espacio de las piernas y estrangularse.

RIESGO DE AMPUTACION O LACERACION:

Al plegar o desplegar un cochecito, alejar a los niños de modo que sus dedos no queden atrapados.

RIESGO EN LA CALLE

Esperar en la vereda, no bajar el cochecito del bebé a la calle hasta no tener habilitado el paso, no anteponer el coche del bebé al tráfico. Cruzar por la senda peatonal y cuando el semáforo lo indique.








Nunca deje al niño solo en el cochecito.

Siempre debe llevarlo un adulto; no permita que lo haga otro niño.

No debe ser utilizado para que el bebe esté en ese lugar todo el tiempo.

Evite que el niño coma o beba mientras circula en el cochecito.

BIBLIOGRAFÍA

1. MaclarenBaby 2008, Maclaren Venezuela, visitada 18 de Enero de 2008, en http://www.maclarenbaby.com/americas/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=479.
2. Rincón T, León-Trujillo I. Consideraciones en el diseño de productos adecuados al contexto venezolano. Caso de estudio: Cochecito para bebe. Portafolio 18. Revista de la Facultad de Arquitectura y Diseño de la Universidad de Zulia. Año 9, 2008;2(18):130-140.
3. Chowdhury, R (2012) Injuries and Deaths Associated with Nursery Products Among Children Younger than Age Five. <http://www.cpsc.gov/PageFiles/136143/nursery11.pdf>.
4. Powell EC¹, Jovtis E, Tanz RR. Incidence and Description of Stroller-Related Injuries to Children. *Pediatrics*. 2002 Nov.;110(5):e62.
5. Watson WL. The use of child safety restraints with nursery furnitureJ *Pediatr Child Health*. 1993;29:228-232 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.1993.tb00493.x/abstract>.
6. CPSC Safety Alert.(2010) <http://www.cpsc.gov/PageFiles/113400/5096.pdf47>.

SILLAS ALTAS

INTRODUCCIÓN

Trona o silla alta: es una silla independiente en donde se sienta a un niño a la altura de una mesa de comedor, que se utiliza, generalmente, para la alimentación. Permite a los adultos cuidadores alimentarlos en forma más cómoda, permaneciendo de pie o sentados. Pueden contar con bandejas fijas rebatibles o removibles. Algunas permiten colocar la silla a diferentes alturas. Pueden tener ruedas para favorecer su traslado y ser plegables para facilitar su almacenamiento.

A pesar de ser un mueble tradicionalmente utilizado, las investigaciones indican que las sillas altas para comer causan lesiones en los niños por fallas en el producto y/o prácticas inseguras en su uso, en especial, en el grupo de edad de 0-4 años.¹ O las correas de seguridad no están trabajando bien, o los adultos no las usan de manera adecuada.²

Se detectan como más comunes las lesiones por caídas (fracturas, traumatismos leves, traumatismos de cráneo) y, menos frecuentemente, quemaduras. Aunque son poco usuales, se han observado estrangulamientos por el deslizamiento del niño por no estar sujetado o estar mal sujetado. La sujeción correcta del niño habría evitado la mayoría de las lesiones.^{1,3-8}

Se ha observado un incremento de lesiones por el uso de sillas altas, que alerta sobre la necesidad de medidas preventivas.^{2,9,10}

Todas las opciones para el momento de la alimentación del bebe pueden tener algún riesgo. En el uso de las sillas altas, se deben dar las recomendaciones precisas y tener en cuenta la realidad social, costumbres y tradiciones culturales.¹¹

RECOMENDACIONES

Al momento de elegir una silla alta o trona

Al momento de elegir una silla para nuestros niños, es posible que optemos por una usada, que nos regalen una usada o nueva o que decidamos comprar una.

Se recomienda lo siguiente:

1. Para disminuir las lesiones graves por caídas, es conveniente que la silla no sea muy alta. Si es de altura graduable, intente mantenerla a la distancia más baja posible.
2. Utilice sillas sin ruedas. Si tienen ruedas, inmovilícelas (al menos, que dos patas no tengan ruedas o que tengan ruedas con frenos).

3. Base de sustentación amplia (la superficie que abarcan las patas de la silla): la superficie inferior dibujada por las patas apoyadas en el piso debe ser más grande que la superior para minimizar el riesgo de vuelco.
4. Integridad de la silla: en las sillas nuevas, pero más aún en las usadas, hay que asegurar la integridad de las patas, así como la integridad de los forros (para evitar que quede expuesta la gomaespuma y permitir la higiene).
5. Las patas de las sillitas deben contener gomas en las extremidades para evitar que se deslicen.
6. Sistema de sujeción: cinturón de 5 puntos (hombros, cintura y entrepierna) o, al menos, de 3 puntos (cintura y entrepierna). Con hebillas seguras, fáciles de operar para los adultos y a prueba de niños.
7. Constate que el sistema de sujeción se adapte al bebe, de modo que no pueda soltarse.
8. Bandejas: si son desmontables o rebatibles, con mecanismos seguros de fijación que impidan su desprendimiento o atrapamiento de partes del cuerpo del niño (dedos).
9. Material: debe ser seguro (sin puntos de atrapamiento de dedos, aristas, bordes afilados, materiales tóxicos, piezas pequeñas que puedan desprenderse).
10. Sillas plegables: con mecanismos seguros para evitar el atrapamiento de dedos.
11. Mantenga la silla en buen estado de conservación e higiene.
12. Se debe contar con etiquetas de advertencia en castellano del organismo que certificó el cumplimiento de normas de seguridad, nombre del fabricante o importador, sobre el uso seguro de la silla, límites de peso y edad para los que está destinada.
13. En sillas usadas: observe que sean de buena calidad, no deterioradas.
14. No use las antiguas sillas de madera (carentes de todo sistema de protección). No compre sillas en lugares inseguros: internet o usadas.

Al momento de usar la silla alta o trona

1. El niño debe encontrarse sujeto siempre, aunque sea por corto tiempo.
2. Con supervisión permanente, aunque esté correctamente atado.
3. Úsela solo en el momento de la comida y con un adulto que acompañe; no deje al niño solo ni siquiera por pocos segundos ni "mirándolo de lejos".
4. No consienta ni favorezca movimientos o

juegos bruscos; no permita que el niño se pare o se hamaque en la silla.

5. No deje que los niños mayores se suban o se cuelguen de la silla.
6. Advierta el riesgo de que el niño puede impulsarse con sus pies apoyándose en la mesa u otra superficie vertical y volcar la silla hacia atrás.
7. Si se trata de una silla plegable, mantenga al niño alejado de ella mientras la pliega para evitar que los dedos queden atrapados.
8. Si la silla tiene ruedas, bloquee el sistema de rodado para evitar el desplazamiento.

Al momento de ubicar la silla alta o trona

1. Apóyela sobre una superficie firme, con un centro de gravedad adecuado.
2. Si el suelo es resbaladizo, considere apoyar la silla en una superficie antideslizante.
3. No la ubique en superficies mojadas o que sean particularmente resbalosas.
4. Mantenga la silla lejos de ventanas, electrodomésticos, correas de persianas, **enchufes, tóxicos y medicamentos y todo otro elemento peligroso que quede al alcance del niño**. Tenga cuidado especialmente con elementos cortantes (cuchillo sobre la mesa o mesada) o recipientes con contenido caliente (olla sobre la mesa, plancha).
5. No ubique la silla cerca de la mesa ni de la mesada. Calcule la distancia para que, si se cae, no esté cerca de las hornallas de la cocina.
6. Lejos de objetos donde pueda apoyarse y empujar (a más de 90 cm de distancia de ellos).
7. Aleje objetos particularmente atractivos del campo visual del niño para que, en su intento por asirlos, no genere una caída de la silla.
8. No la use cerca de una mesa de vidrio.
9. Quite el mantel de la mesa.
10. Luego de utilizarla, pliéguela o guárdela para que el niño no juegue en ella en otro momento.
11. Prepare el ambiente seguro con la observación sistemática del entorno del niño en particular en cada situación:
 - ¿Dónde está localizada la silla?
 - ¿Qué hay al alcance del niño?
 - ¿Con qué juega, qué puede ir a buscar, etc.?
 - ¿Es adecuada la circunstancia (¿necesita el niño estar allí? ¿Tanto tiempo? ¿La silla está bien situada?)?

Otras recomendaciones para el pediatra

Hable con los padres en la consulta.

Realice una guía anticipatoria sobre los logros

en desarrollo para que los padres puedan ir educando a los niños en lo que se puede o no hacer con el "NO"; fortalezca a los padres en su función normativa; que haya vigilancia activa de los niños (no dejarlos solos) y eliminen elementos peligrosos o tóxicos de su alcance.

Difunda estas recomendaciones en medios de comunicación, jardines maternos, salas de espera y consultorios.

ROL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

- Los siguientes enunciados corresponden a actividades que puede emprender la Sociedad Argentina de Pediatría para prevenir lesiones asociadas a sillas altas.
- Capacitar a los pediatras para que puedan asesorar a los padres sobre las características que debe tener una silla alta y su utilización segura.
- Elaborar material que facilite tal asesoramiento del pediatra a los padres en la consulta y/o salas de espera (folletos, afiches murales, audiovisuales, etc.).
- Intervenir en medios de comunicación masivos para asesorar a los padres y a la comunidad.
- Solicitar al organismo estatal competente la elaboración de normas de los estándares de seguridad que deben cumplir las sillas altas que se importan, fabrican y venden en nuestro país. Solicitar al organismo estatal competente que se designe y equipe una institución que pueda certificar que una silla alta cumple con las normas. Tales normas pueden ser voluntarias u obligatorias, de aplicación inmediata o gradual. En caso de ser de cumplimiento voluntario, se deben generar estímulos para que el fabricante o importador se vea interesado en su cumplimiento. Que exista un método sencillo para identificar las sillas que cumplan con las normas para poder ser recomendadas por el pediatra.
- Realizar estudios epidemiológicos de vigilancia de incidencia y mecanismos de lesiones asociadas a sillas infantiles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wendy Watson. Nursery Furniture Injuries. Victorian Injury Surveillance System. Hazard 37 Australia. 1988/1986. <http://www.monash.edu.au/miri/research/research-areas/home-sport-and-leisure-safety/visu/hazard/haz37.pdf>.
2. Rise in U.S. High Chair Injuries Stuns Experts Either safety straps aren't working or adults don't use them properly, researchers say. <http://consumer.healthday.com/head->

- and-neck-information-17/head-injury-news-344/big-jump-in-kids-high-chair-injuries-in-u-s-682889.html.
- Karin A. Mack. Injuries among infants treated in emergency departments in the United States, 2001-2004. *Pediatrics* 2008; 121(5):930-37.
 - Powell EC. Incidence and description of high chair-related injuries to children. *Ambul Pediatr.* 2002;2(4):276-8.
 - Mayr, J., Seebacher, U., Schimpl, G. and Fiala, F. Highchair accidents. *Acta Paediatrica*, 1999; 88:319-22. doi: 10.1111/j.1651-2227.1999.tb01104.x.
 - Warrington SA, Wright CM, ALSPAC Study Team. Accidents and resulting injuries in premobile infants: data from the ALSPAC study. *Arch Dis Child* 2001;85:104-107.
 - KW. Feldman. Strangulation in Childhood: Epidemiology and Clinical Course. <http://pediatrics.aappublications.org/content/65/6/1079.short>.
 - MlayehSouheilMD. Fatal accidental hanging by a high-chair waist strap in a 2-year-old girl. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1556-4029.2010.01656.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
 - High chair injuries on the rise, study. En: <http://www.today.com/parents/high-chair-injuries-rise-study-finds-2D11702478>.
 - Castillo M. One child injured by high chairs every hour: Study -CBS News. December 9, 2013, 11:37 AM. En: <http://www.cbsnews.com/news/high-chairs-injure-child-every-hour/>.
 - Manual de prevención de lesiones. Subcomisión de prevención de lesiones. 2012 http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/manual_accidentes_2012.pdf.
 - Guía de seguridad de productos infantiles Productos potencialmente peligrosos. *European Child Safety Alliance*. Eurosafe. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/docs/GuiaSeguridad_ProductosInfantiles.pdf.

RECOMENDACIONES PARA ELEGIR UNA SILLA ALTA Y SU USO SEGURO








Riesgo: caídas y asfixia

- ✓ Que la silla no sea muy alta. Si la silla es de altura graduable, intente mantenerla a la distancia más baja posible.
- ✓ El niño debe encontrarse **sujeto siempre**, aunque sea por corto tiempo. Con **supervisión permanente**, aunque este correctamente atado.
- ✓ **Sistema de sujeción:** cinturón de 5 puntos (hombros, cintura y entrepierna) o, al menos, de 3 puntos (cintura y entrepierna). Con hebillas seguras (fáciles de operar para los adultos y a prueba de niños).
- ✓ Úsela **solamente en el momento** de la comida.
- ✓ No permita movimientos o juegos bruscos, que el niño se pare o se hamaque en la silla.







Riesgo: vuelco

- ✓ **Base de sustentación amplia.** Gomas en las extremidades de las patas para evitar que se deslicen.
- ✓ No deje que los niños mayores de suban o cuelguen de la silla.
- ✓ Advierta el riesgo de que el niño **puede impulsarse con sus pies** apoyándose en la mesa u otra superficie vertical y volcar la silla hacia atrás.
- ✓ **Utilice sillas sin ruedas.** Si la silla tiene ruedas, bloquee el sistema de rodado para evitar el desplazamiento.
- ✓ No la ubique en una superficie mojada o que sea particularmente resbalosa.







Riesgo: atrapamiento

- ✓ Si es una **silla plegable**, mantenga al niño alejado de ella mientras la pliega para evitar que los dedos queden atrapados.
- ✓ **Mantenga la silla lejos** de ventanas, electrodomésticos, correas de persianas, enchufes, tóxicos y medicamentos, elementos cortantes (cuchillo sobre la mesa o mesada) o recipientes con contenido caliente (olla sobre la mesa, plancha) y todo otro elemento peligroso.
- ✓ **Bandejas:** si son desmontables o rebatibles, deben tener mecanismos seguros de fijación que impidan su desprendimiento o atrapamiento de partes del cuerpo del niño (dedos).
- ✓ No use las **antiguas sillas de madera** (carentes de todo sistema de protección). No compre sillas en lugares inseguros: internet o usadas.





CUNAS SEGURAS Y SU USO ADECUADO

INTRODUCCIÓN

La cuna es un tipo de cama para niños pequeños, generalmente, con barrotes laterales para evitar caídas. Son fabricadas con diferentes materiales, como madera, metal o plástico.

Las cunas tradicionales suelen utilizarse desde que, por motivos de tamaño, peso (4 o 5 kg) o habilidades motoras (rolar o sentarse), el moisés deja de ser seguro o cómodo, por lo general, alrededor de los 2 o 3 meses. Cuando el niño alcanza 90 cm de altura (aproximadamente, 2,5 años), es conveniente pasarlo a la cama, ya que puede superar la altura de las barandas.

Los lactantes pasan gran parte de su tiempo, dormidos o despiertos, en la cuna. Es un espacio donde los padres suelen poner a su bebe y, a veces, marcharse, por lo que quedan solos y sin vigilancia. Sin embargo, como lo demuestran las estadísticas de lesiones externas y muertes en su entorno, pueden no ser tan seguras como los padres creen.¹

Existen estadísticas que relacionan el entorno de la cuna con lesiones (caídas, intoxicaciones, quemaduras) y muertes (asfixia y síndrome de muerte súbita infantil –SMSI–).^{2,3}

Los riesgos pueden ser generados por mal diseño (por ejemplo, espacios que permitan el atrapamiento de partes del cuerpo del bebe o estrangulamientos), fabricación defectuosa (inestabilidad), armado equivocado (compras de muebles desarmados para ensamblar en casa) o uso inadecuado de las cunas (por ejemplo, al colocarlas en proximidades de correas de cortinas).¹

El Comité Nacional de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría, hasta tanto existan, en nuestro país, normas de fabricación y certificación de la seguridad de las cunas, considera importante elaborar las siguientes recomendaciones.

RECOMENDACIONES

AL MOMENTO DE ELEGIR LA CUNA

Materiales: para reducir el riesgo de golpes y heridas dentro de la misma cuna, se recomienda que el material (madera, metal o plástico) no tenga astillas, tornillos expuestos, puntas agudas o aristas filosas y que sus ángulos sean redondeados. La pintura, barniz, esmalte y adhesivos no deben contener sustancias tóxicas. Las partes metálicas al alcance del niño deben

ser resistentes a la corrosión o protegerse contra ella.⁴

Barrotes laterales: para evitar el riesgo de que el cuerpo del bebe pase entre los barrotes y se ahorque por quedar atrapada la cabeza, o que la distancia permita el paso de la cabeza y la caída del bebe al piso, se recomienda que el espacio entre barrotes sea menor de 6 cm. Si dicho espacio es muy pequeño (menor de 4,5 cm), existe riesgo de atrapamiento de dedos o una mano pequeña. Estos barrotes no deberían romperse, doblarse o deformarse ante un esfuerzo perpendicular de 25 kg, tirando desde la mitad del barrote. Tampoco debería afectarlo un impacto o golpe con un martillo pequeño.^{4,5}

Altura de los laterales: por el riesgo de caídas, la altura interior del lateral debe ser, por lo menos, igual a la de un bebe parado sobre el colchón (60 cm). Debe evitarse la colocación de juguetes o mantas que pueden anular esta precaución por permitir el escalamiento del niño. En las cunas con la base regulable, en la posición alta, que se puede utilizar en lactantes que aún no pueden permanecer sentados, la altura interior debe ser, al menos, de 30 cm y, en caso de moisés, al menos, de 27,5 cm.^{4,6}

Barandas: las cunas con barandas móviles no se recomiendan por ser riesgosas; tienden a ser menos confiables estructuralmente que las cunas con lados fijos y a tener más problemas asociados con su uso, transporte y ensamblado; favorecen las caídas por descenso inesperado, trabado incorrecto u olvido en posición baja. Cuando las piezas de las barandas móviles se desgastan, rompen o deforman, pueden soltarse en una o más esquinas, con riesgo de atrapamiento del bebe. Si la cuna tiene barandas móviles, su mecanismo de descenso y ascenso solo debe poder operarse por adultos y no por niños (por ejemplo, dos dispositivos de cierre separados, al menos, por 85 cm que deban accionarse simultáneamente).^{4,7,8}

Estabilidad: las cunas con ruedas aumentan el riesgo, especialmente, en presencia de hermanos pequeños, por lo que son más seguras las cunas con patas firmes y fijas. En caso de tener ruedas, se recomiendan aquellas que combinan 2 ruedas y dos patas y, si tuvieran 4 ruedas, al menos, dos deben tener un mecanismo seguro de bloqueo. Se debe asegurar que los pernos y tornillos visibles estén bien ajustados, y, para probar la estabilidad de la cuna, se recomienda retirar el colchón y menearla para asegurarse el ajuste adecuado de las uniones. Si se tambalea o hace ruidos,

es probable que no se haya armado de modo correcto o no sea suficientemente resistente.^{6,8,9}

Esquineros: los esquineros mayores de 1,5 mm o perillas decorativas en las esquinas pueden enganchar la ropa o collares del niño y provocar asfixia. Si puede colgar un bolso o una mochila de más de 2,5 kg en alguna parte de la cuna sin caerse, indica que tal riesgo está presente.^{5,7}

Espacios de atrapamiento: el diseño del borde superior de la cabecera y del pie de las cunas, como recortes decorativos, o la unión de ellos con los laterales pueden generar espacios que pueden atrapar el cuello y la cabeza del bebe que intenta salir de la cuna o espacios en "V" que pueden atrapar partes del cuerpo.⁵

Base de la cuna y soportes del colchón: existen cunas con el soporte del colchón suspendido por ganchos unidos a la estructura; debe revisarse periódicamente que no se desenganchen, sobre todo, después de moverla. Si bien la base de la cuna puede considerarse una parte no accesible para los niños por estar cubierta por el colchón, se recomienda que, si está construida por travesaños,

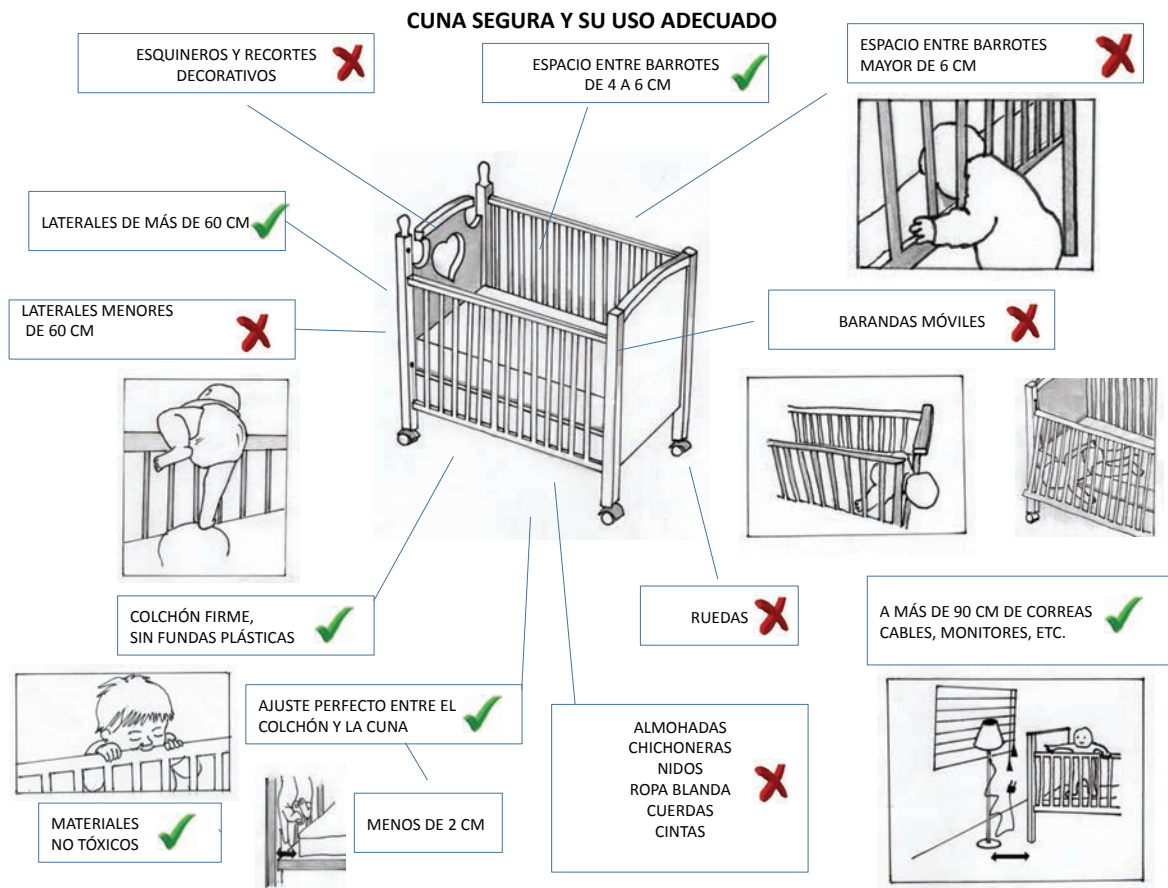
estos no estén separados por más de 2,5 cm y, si es una malla metálica, que los huecos sean menores de 2,5 cm.⁵

Cunas usadas o de segunda mano: los productos de bebe, generalmente, se usan durante corto tiempo y pueden permanecer en buen estado. Es común que se presten, regalen o vendan cuando se deja de usarlos. Los riesgos por fragilidad, inestabilidad, partes faltantes o rotas y errores de reensamblado aumentan con los años y el uso. Rara vez, pueden conservar etiquetas de advertencia de seguridad, instrucciones de armado, tornillos y el colchón original. Las cunas antiguas son atractivas por su apariencia, pero muy inseguras en su diseño.^{10,11}

COLCHONES

Material

El colchón debe ser plano e indeformable, de material firme (alta densidad). El riesgo de rotura del forro puede convertir el relleno de gomaespuma en cuerpos extraños que el bebe se puede colocar en la nariz, la boca



o los oídos y provocar atragantamiento o infección crónica grave. Las fundas plásticas para colchones pueden provocar la sofocación del lactante.^{4,6}

Ajuste

El espacio entre el borde del colchón y el cuerpo de la cuna puede permitir el atrapamiento de los brazos o las piernas y, lo que es más grave, de la cabeza y el tronco, y provocar sofocación y asfixia. Se recomienda que el colchón sea del tamaño exacto de la cuna. No debe haber más de 2 cm (dos dedos de su mano) entre el borde del colchón y la cuna.⁵

RECOMENDACIONES DE USO SEGURO DE LA CUNA

Riesgo de asfixia, estrangulamiento, sofocación o lesiones por electricidad: las sogas, hilos, juguetes colgantes, móviles, cajas de música, collares o cintas de chupete pueden provocar autoestrangulamiento. Las fundas plásticas de colchones y las bolsas de plástico pueden provocar asfixia por obstrucción oronasal, y los objetos pequeños (juguetes, tornillos, etc.), asfixia por aspiración, por lo que no deben dejarse en el entorno de la cuna. Existe riesgo de enredo y estrangulamiento por cables (veladores, monitores, etc.) y correas de cortina. La cuna debe colocarse, al menos, a 90 cm de enchufes, cables y correas.¹²⁻¹⁴

Ropa blanda, almohadones: las almohadas, edredones, acolchados, pieles de oveja y otras superficies suaves son peligrosos cuando se colocan debajo del niño o sueltas en el entorno del sueño. Pueden aumentar el riesgo de SMSI y muertes por asfixia accidental. Recomendamos que los bebés duerman sobre una superficie firme, sin ropa de cama blanda o suelta. Las almohadas, colchas y edredones nunca deben estar en el ambiente de sueño del bebé. Evite que la cabeza del bebé pueda quedar cubierta por la ropa de cama utilizando un pijama o una bolsa de dormir para bebés de tamaño adecuado. La bolsa de dormir mantiene la cabeza del niño descubierta, protege de la sofocación mecánica y de la obstrucción de la vía aérea, mantiene la temperatura sin sobrecalentamiento, permite libres movimientos del niño y posterga la rotación hacia boca abajo durante el sueño hasta aproximadamente los 8 meses, edad en la que el riesgo de SMSI es menor. Si opta por usar ropa de cama, esta debe ser liviana y se debe cubrir al bebé hasta la altura de las axilas, de

manera tal que los brazos queden por fuera de la sábana y/o frazada liviana. Asegure la ropa de cama por debajo del colchón para que no pueda soltarse.^{4,11,14}

Protectores de cuna (chichoneras): son utilizados con la idea de proteger al niño de lesiones contra los barrotes de la cuna o evitar que pase entre ellos. Los riesgos son la sofocación del bebé contra chichoneras acolchadas, el atrapamiento entre el protector y los barrotes o el colchón y el estrangulamiento por las cintas que sujetan los protectores. Los riesgos de lesiones menores son superados ampliamente por los riesgos de lesiones graves, como asfixia o estrangulación. La separación de los barrotes debe ser tal que no requiera estos elementos para evitar el paso entre ellos. Por tal motivo, no se recomienda su uso.¹⁵

Posicionadores, nidos, cuñas: antes recomendados para mantener la posición del bebé y prevenir el SMSI, reflujo gastroesofágico o deformaciones de la cabeza, generalmente, son confeccionados con materiales blandos y compresibles. No hay evidencias de su eficacia para tales recomendaciones y se han asociado a muertes por asfixia por sofocación, de modo que no se recomiendan.¹⁵

Cunas portátiles o plegables, practicunas y corralitos: son un recinto enmarcado más pequeño que las cunas tradicionales; se pliegan para su almacenamiento o transporte; tienen una base y los laterales de tela o malla, en donde el bebé juega o duerme.

Comparten los riesgos de las cunas tradicionales. Los riesgos de sofocación o atrapamiento del bebé en los bolsillos o espacios de las paredes laterales estiradas y el colchón, la debilidad de la base, la posibilidad de atrapamiento de los dedos si la malla es mayor de 5 mm y el atrapamiento de partes del cuerpo por el plegado inadecuado mientras está en uso son peligros adicionales que merecen prevenirse. El mecanismo de fijación de la cuna montada debe solo poder manipularse por adultos (por ejemplo, dos acciones simultáneas que demanden fuerza ejecutadas por adultos).⁷

Moisés: es una pequeña cama diseñada para bebés, generalmente, menores de tres meses, en forma de cesta, de mimbre, tela u otro material, apoyada en un bastidor fijo sostenido por patas al piso. Puede tener ruedas y mecanismos que permiten mecer al niño. Los riesgos por caídas están relacionados con la inestabilidad del producto, la presencia de hermanos mayores que se cuelgan del borde, la utilización del moisés

por un bebe que, por su tamaño o habilidades motoras, debería pasar a una cuna. Los riesgos de SMSI y sofocación están relacionados con la posición del lactante boca abajo o la utilización de mantas, colchones blandos, etc. Debería tener la siguiente etiqueta de advertencia: "Para ser usado hasta que el bebe pueda incorporarse o sentarse por sí mismo".

Recomendaciones para un sueño seguro durante el primer año de vida

Se recomienda que el bebe duerma boca arriba, en un colchón firme de igual tamaño que la cuna, sin objetos dentro de esta (almohada, nido, chichonera, edredones, colchas, frazadas gruesas o juguetes), tapado hasta las axilas con los brazos fuera de la ropa de cama. Se recomienda que comparta la habitación de los padres. Compartir la cama de los padres puede ser riesgoso. Evite el exceso de abrigo y la temperatura ambiente elevada. No exponga al niño al humo del tabaco desde el embarazo. Aliméntelo con leche materna y ofrezca el chupete para dormir cuando la lactancia esté bien establecida.^(4,16-18)

Los siguientes lugares son riesgosos para dormir en los primeros meses de vida:

- **Cama de los padres:** los niños menores de 2 años, o niños con discapacidad cuyos movimientos están restringidos, no se deben poner a dormir en camas de adultos (que incluyen camas de agua), ya que presentan un riesgo de asfixia por atrapamiento entre el colchón de la cama y la pared, cabecera, pie, barandillas laterales o muebles contiguos o sofocación por ropa de cama blanda. Las caídas de niños de las camas de adultos en montones de ropa, bolsas de plástico u otros materiales blandos pueden provocar asfixia. Las lesiones por caídas de niños pequeños de las camas de los adultos son frecuentes; generalmente, son leves, pero provocan angustia familiar y requieren asistencia médica. No utilice la cama de los padres como cambiador de pañales, lugar de juegos o cama elástica. No deje al bebe solo sobre ella, aunque sea por segundos y parezca profundamente dormido.
- **Sillitas de auto para lactantes (huevititos):** estos elementos, destinados a mejorar la seguridad del traslado de bebes en automóviles, cuando se utilizan como lugar del sueño en el hogar, se asocian a casos de asfixia por sofocación en

superficies blandas por vuelco y lesiones por caídas al ser colocados en superficies blandas o inestables sin la adecuada utilización de correas de sujeción. Recomendamos el uso de estos sistemas de retención exclusivamente para viajar en el automóvil.

- **Eslingas** (portabebes de tela de diferentes formas): los recién nacidos pueden tener asfixia por obstrucción oronasal con la tela o por obstrucción de la vía respiratoria por la flexión del cuello. Si se utilizan, la cara del bebe debe estar visible en todo momento, bajo supervisión permanente.
- **Columpios o asientos rebotadores:** se describen casos en los que el lactante sufre asfixia por enredarse en las correas o cuerdas o por vuelco. Si se utilizan, debe ser solo bajo permanente supervisión y, si un bebe se queda dormido en uno de estos aparatos, debe ser transferido a una cuna o moisés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elaine S. Yeh, et al. Injuries associated with cribs, playpens, and bassinets among young children in the US, 1990-2008. *Pediatrics* 2011; 127(3):2.
2. Karin A. Mack. Injuries Among Infants Treated in Emergency Departments in the United States, 2001-2004. *Pediatrics*. 2008; 121(5):930-37.
3. Carrie K. Shapiro. US infant mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984 through 2004: are rates increasing?. *Pediatrics* 2009;123(2). <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/2/533.full>.
4. Manual de prevención de lesiones. Subcomisión de prevención de lesiones, Sociedad Argentina de Pediatría. Ediciones Fundasap, Buenos Aires 2012. ISBN 978-987-33-2648-6.
5. Consumer rights for child safety products-European Child Safety Alliance. Final Report <http://unsafeproducts.eu/tips/25-dangers-to-children/>.
6. Manual para la Supervisión de la Salud de Niños, Niñas y Adolescentes. Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria, Sociedad Argentina de Pediatría.
7. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). 1997. The safe nursery. Washington, DC: CPSC. <http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/202.pdf>.
8. Para que su bebe duerma seguro, primera parte: la cuna. <http://www.cpsc.gov/onsafety/2010/02/para-que-su-bebe-duerma-seguro-primera-parte-la-cuna/>.
9. La CPSC lanza una advertencia acerca de las cunas con baranda móvil. <http://www.cpsc.gov/Newsroom/News-Releases/2010/La-CPSC-lanza-una-advertencia-acerca-de-las-cunas-con-baranda-movil>.
10. Keeping baby safe. A guide to infant and nursery products. Australian Competition and Consumer Commission (ACCC). <http://www.productsafety.gov.au/content/item.phtml?itemId=972363&nodeId=65d986c1343081fce3a241138bf2c4eb&fn=Keeping%20baby%20safe.pdf>.
11. Cunas. ¿Están seguros los bebes?. http://www.adelco.org/images/productos/Cunas_Seguras.pdf.
12. Wendy Watson Nursery Furniture Injuries. Victorian injury surveillance system. Hazard 37 Australia. 1988/1986.

- <http://www.monash.edu.au/miri/research/research-areas/home-sport-and-leisure-safety/visu/hazard/haz37.pdf>.
13. Drago D. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980–1997. *Pediatrics* 1999; 103(5):e59 <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/5/e59.full>.
 14. CPSC. Crib Information Center. <http://www.cpsc.gov/Safety-Education/Safety-Education-Centers/cribs/>.
 15. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment -task force on sudden infant death syndrome. *Pediatrics*. 2011; 128(5). <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/e1341.full>. Norma Española UNE-EN716-1.
 16. Consejos de FEMIP para el sueño seguro del bebe. Fundación para el Estudio y la Prevención de la muerte Infantil y Perinatal. <http://www.sids.org.ar/archivos/suenoseguro.pdf>.
 17. Ropa de cama y aumento del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Fundación para el Estudio y la Prevención de la muerte Infantil y Perinatal. <http://www.sids.org.ar/bolsadedormir1.html>.
 18. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Resumen ejecutivo Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante, *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(3):285-287. <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consideracionesSueno.pdf>.

CAMAS CUCHETAS, LITERAS O MARINERAS

INTRODUCCIÓN

La cama cucheta es un mueble formado por dos o más camas superpuestas. El soporte donde se asienta el colchón de la cama superior se encuentra a más de 81 cm del piso.

Su uso es muy frecuente para ahorrar espacio en viviendas pequeñas en las que habita más de un hijo, y, generalmente, a los niños les suele agradar ver los muebles del dormitorio como plaza de juego.

Cada año, cientos de niños menores de 15 años reciben asistencia en salas de emergencia de hospitales por lesiones relacionadas con literas. La mayoría de estas lesiones son menores y se producen cuando los niños se caen de las camas. Hay otros peligros menos obvios pero potencialmente más graves asociados con las estructuras de las literas, en las que han quedado niños atrapados y se han provocado muertes por estrangulación o asfixia.^{1,2}

Epidemiología de las lesiones

Los lesionados más frecuentes son los varones y, a pesar de que no deben ser utilizadas por niños menores de 6 años, la mitad de los afectados son de esa edad. Otro grupo de riesgo son los jóvenes de 18 a 21 años de edad, probablemente por superar la resistencia de las literas por el peso o por consumo de alcohol. Las lesiones mayores son politraumatismos, fracturas de cráneo, contusiones cerebrales, fracturas de huesos largos y lesiones de bazo. Las lesiones menores incluyen fracturas menores, contusiones y torceduras, laceraciones de piel y fracturas dentales.^{1,3,4}

Mecanismo de lesión

Los mecanismos de lesión asociados a las cuquetas pueden ser los siguientes:

1. Caídas: los niños pueden sufrir lesiones graves, como contusiones y fracturas, si se caen de una cama superior, mientras están tratando de subir o bajar, duermen o juegan. Son la fuente más común de lesión y pueden ser fatales.^{1-3,5}
2. Estrangulaciones o ahorcamientos accidentales: pueden ocurrir si la cabeza o el cuello de los niños quedan atrapados entre las lagunas en la litera y alrededor de ella o si la ropa se engancha en las partes de la cama que sobresalen (salientes) o en cables, pañuelos u otros objetos que cuelguen de

la litera superior. Debido a su tamaño más pequeño, los niños de tres años y menores se encuentran en mayor riesgo de que la cabeza quede atrapada.^{1,5}

3. Atrapamiento de extremidades de los niños dentro de huecos en la estructura de la cama litera.^{1,3,5}
4. Otros: caída de la cama superior sobre la inferior. Atrapamiento de miembros entre los peldaños de las escaleras o caída de estas. Lesiones por proximidad a ventiladores de techo o lámparas.

RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN

No se recomienda el uso de camas marineras para niños en general y, especialmente, el uso de la parte superior de la cama cucheta para menores de 6 años. Si, por motivos de espacio, se tienen que utilizar, recomendamos lo siguiente:

1. Elija el lugar correcto

- **Coloque la cama en un rincón.** Eso proporcionará, al menos, dos paredes de apoyo para evitar caídas.⁶
- **No coloque la cama cerca de un ventilador de techo o lámparas colgantes.**
- **Coloque una luz nocturna cerca de la escalera:** para hacer más seguro su uso en la oscuridad.⁶
- **Mantenga despejada y ordenada el área del piso circundante:** libre de objetos afilados o duros, como juguetes o muebles, que puedan lastimar más al niño en caso de caídas o provocar tropiezos.⁶

2. Elija cuquetas seguras

- **Si compra un mueble para armar, siga las instrucciones de montaje del fabricante con cuidado.** No deseche partes y no utilice sustitutos o piezas de recambio "improvisadas".
- **Revise la estructura para detectar posibles grietas, tornillos sueltos o puntos débiles.** Compruebe la robustez de la cama y busque uniones oscilantes o sueltas. Si la estructura es tubular de metal, revise periódicamente todas las soldaduras y busque grietas finas en la pintura cerca de las articulaciones. Nunca deje que los niños duerman en una cama –nueva o usada– rota o dañada.
- **Asegúrese de que el soporte del lecho superior sea fuerte.** La base del colchón superior, en algunas literas, descansa simplemente en pequeñas repisas unidas

a la cama. Se pueden aflojar, sobre todo, si un niño, por debajo de la litera, empuja o pateo hacia arriba el colchón. Han ocurrido muertes por sofocación cuando los soportes del colchón cayeron sobre los niños que ocupaban la litera de abajo o que jugaban en el suelo.

- **Escalera: asegúrese de que no esté suelta o rota.** Debe estar firmemente fijada a la estructura de la cama. En las escaleras de las cuchetas, los peldaños deben estar a una distancia equidistante entre sí. Del primer peldaño al suelo, debería haber 400 mm como máximo y, entre el último y el borde superior de la cama, 500 mm como máximo. Los peldaños deberían estar separados, como mínimo, 200mm entre sí, y la profundidad de apoyo del pie no puede ser menor de 90 mm.

Barandas de prevención de caídas, atrapamientos o estrangulación:

- **Ponga barandas a ambos lados de la litera de arriba,** incluso si un lado está contra la pared, para impedir que un niño se deslice por entre la cama y la pared. Asegúrese de que el borde superior de la baranda esté, por lo menos, 170 mm por encima de la parte superior del colchón para evitar caídas. Las barandas deberán estar fijadas y unidas con firmeza, en lo posible, de manera permanente. Si son desmontables, que solo se puedan eliminar intencionalmente liberando el dispositivo de fijación o aplicando fuerzas mayores de 100 newton (es decir, poco más de 10 kg) y que no se puedan quitar fácilmente con la fuerza de un niño.^{5,7}
- Las barandas deben ser continuas de extremo a extremo de la cama. Del lado opuesto a la pared, puede tener una brecha de menos de 38 cm entre el final de la baranda y el extremo de la litera para proporcionar el acceso por una escalera.⁷
- No debe tener bordes ni aristas afiladas ni tóxicas en el revestimiento.
- **Lagunas:** en algunas camas, el espacio entre la baranda y el colchón o la cama y el colchón es lo suficientemente grande como para permitir que un niño pequeño se deslice. Ocurrieron muertes porque hubo niños que quedaron suspendidos por la cabeza en estos espacios y se estrangulaban. Asegúrese de que las barandas y cualquier parte de la cama (alrededor de la

estructura, cabecera, escalera o entre la escalera y la cama) no tengan lagunas de más de 90 mm a 160 mm de diámetro (por lo que un niño pueda pasar el cuerpo, pero no la cabeza), con exclusión de la apertura para la escalera. El borde inferior de la baranda de abajo debe estar a menos de 90 mm sobre la base de la cama para evitar que la cabeza quede atrapada. Si bien están cubiertos por el colchón, en la base de la litera superior, los espacios entre los listones de madera, largueros de alambre, en una base de malla de alambre u otro componente estructural, deberían ser menores de 100 mm.^{5,7}

- **Espacios en cuña:** no deben existir huecos en “V”, con un diámetro mayor que permite el paso de una sonda de 230 mm (que representa la cabeza de un niño) y que luego se reduce e impide extraer la cabeza.
- **Utilice los colchones de tamaño correcto.** Un colchón que es demasiado pequeño deja huecos en los laterales o entre el colchón y la cabecera o pie de cama, y esto genera la posibilidad de asfixia. Han ocurrido muertes porque hubo niños que cayeron a través de aberturas creadas entre el colchón y la cabecera o pie de cama al utilizar un colchón inadecuado.⁷
- **Etiquetas informativas:** Las literas deberían venir con una etiqueta o marca que indicara la longitud y la anchura del colchón, numéricamente o en términos convencionales (doble, *twinn*, extralargo, etc.), y la altura máxima para asegurar que la baranda sea efectiva para evitar que los niños caigan. Debería incluir recomendaciones del uso seguro de cuchetas. La etiqueta de advertencia estará pegada en la litera superior en una ubicación en la que no pueda ser cubierta por la ropa de cama.^{1,5}
- Sin protuberancias o esquineros. No deben tener partes que sobresalgan (protuberancias) más de 8 mm (como postes decorativos en los extremos), ya que proporcionan puntos en donde la ropa o los juguetes pueden quedar atrapados y provocar la estrangulación o el ahorcamiento accidental.

Homologación y certificación

Si bien varias características mencionadas pueden ser comprobadas visualmente por el usuario, es preferible que existan normas voluntarias u obligatorias que regulen la

fabricación o importación, las evaluaciones y pruebas a las camas que se comercializan y la certificación correspondiente.

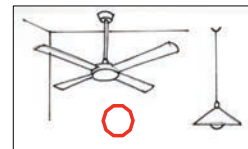
3. Eduque a los niños para el uso correcto de las cuchetas

- **Hable con sus hijos sobre la seguridad en la litera.** Enséñeles la importancia de la utilización segura de la cama litera de la misma forma en que lo haría acerca de cualquier elemento potencialmente peligroso en su casa.
- **Los niños menores de 6 años no deben dormir ni jugar en la litera de arriba.** La mitad de todas las lesiones relacionadas con las camas literas ocurren a los niños menores de 6 años, debido a que no cuentan con la coordinación para subir con seguridad o evitar caídas. Además, usted conoce a su hijo y sus hábitos de sueño; si tiene un sueño inquieto o rueda de noche o es sonámbulo, la litera superior no es un buen lugar para dormir, aunque sea mayor de 6 años.¹
- **Muéstreles cómo utilizar la escalera.** Haga hincapié en que siempre deben usar la escalera en lugar de trepar por los costados o extremos o utilizar sillas u otros muebles para subir a la cama superior.⁶
- **No es un juguete ni un parque infantil.** Para sus hijos, la litera puede parecer un gimnasio en su dormitorio, pero no debe ser utilizada como juego. Para evitar caídas y debilitamiento de las camas, no permita que sus niños salten o jueguen en la litera. Enseñe a los niños que el juego brusco es inseguro en las camas, su alrededor y en otros muebles.
- **No permita que haya más de un niño en la cama superior.** Compruebe el límite de peso para la litera superior recomendado por el fabricante.
- **Nunca cuelgue o ate pañuelos, cuerdas (que incluyen cuerdas para saltar), cinturones o bufandas de la litera de arriba.** La cabeza de los niños o las extremidades pueden quedar atrapadas en ellos.

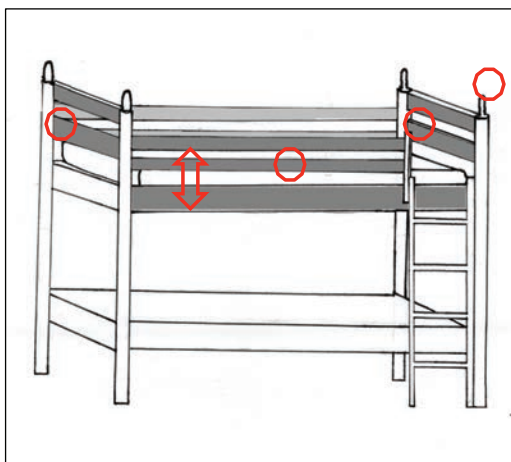
CUCHETAS O LITERAS

Litera superior:

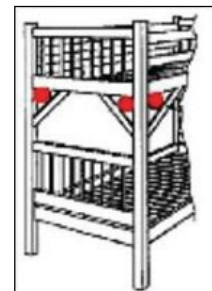
- ✓ Niños menores de 6 años no deben dormir en literas superiores.
- ✓ No más de un niño.
- ✓ No es un lugar de juegos.



- ✓ 1 Sin lagunas o brechas de riesgo de atrapamiento de cabeza.
- ✓ 2 Barandas en los cuatro lados de litera superior. Mas de 170 mm del borde superior del colchón.
- ✓ 3 Alejado de ventiladores de techo y lámparas
- ✓ Coloque la cucheta en un rincón.
- ✓ Escaleras seguras.
- ✓ Mantener despejado y ordenado el área del piso circundante
- ✓ Colchón de tamaño adecuado.
- ✓ Soporte seguro de litera superior.



- 4 Sin protuberancias o esquineros.
- 5 Subir y bajar "solo por escaleras".
- 6 Sin espacios en cuña de atrapamiento de cabezas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Karin A. Mack Bunk bed related injuries sustained by young children treated in emergency departments in the United States, 2001–2004, National Electronic Injury Surveillance System – All Injury Program www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2610585/.
2. Manual de prevención de lesiones. Subcomisión de prevención de lesiones, Sociedad Argentina de Pediatría. Ediciones Fundasap, Buenos Aires 2012. ISBN 978-987-33-2648-6.
3. Selbst SM. Bunk bed injuries. *Am J Dis Child*. 1990;144(6):721-3. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2346155.
4. Gelfman Marcelo G. Trauma por caída de altura en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2005;103(5):414-419.
5. Product Hazards – Bunk Beds. Australian Competition and Consumer Commission. <http://www.productsafety.gov.au/content/index.phtml/itemId/974818>.
6. Academia Americana de Pediatría. Rest easy with these bunk bed safety tips. <http://aapnews.aappublications.org/content/33/7/22.6.full?sid=2052f45d-f1b1-4573-bd25-a0345fdc436a>.
7. Bunk Beds Business Guidance. CPCS. <http://www.cpsc.gov/en/Business--Manufacturing/Business-Education/Business-Guidance/Bunk-Beds/>.