

La seguridad en el transporte de los niños. ¿Qué responsabilidad tenemos los pediatras? *Safe transportation of children: what is our responsibility as pediatricians?*

Dr. Luis Arturo Agote Robertson

RESUMEN

En 2009 murieron en la Argentina 564 niños de 0 a 14 años en accidentes de tránsito, cuya tasa de mortalidad es de 56/100 000 habitantes, el 858% con respecto a Suecia, el país con menor tasa. El 50% viajaban en automóviles; el 30%, en vehículos pesados; el 16,3% murieron en vuelcos, y el 4,5%, en vehículos de dos ruedas. Las lesiones graves y la muerte son más frecuentes en los bebés menores de 1 año. Las sillas de seguridad adecuadas evitan la muerte del 71% de los niños menores de 1 año y del 54% de los de 1 a 6 años. Motivar un mayor uso requiere un trabajo interdisciplinario entre el obstetra y el pediatra para asesorar a la familia. El Estado y las instituciones deben acompañar esta campaña para disminuir los accidentes mortales y sus secuelas.

Palabras clave: sistemas de fijación infantil, transporte seguro, trabajo interdisciplinario, legislación, medidas de seguridad, programas de educación pública.

SUMMARY

During 2009, 564 children died in Argentina from 0 to 14 in traffic accidents. The mortality rate for road accidents is 56/100 000 inhabitants and is 858% when compared to Sweden, the country with the lowest rate. Fifty percent were children transported in cars, 30% in heavy duty vehicles, 16.3% died when the vehicle overturned and 4.5% died in two wheeled vehicles. Serious injuries and death are more frequent in babies less than a year old. Seventy one per cent of children under 1 year old and 54% of those between 1 and 6 years old would avoid death in an accident if transported in adequate safety seats. This requires a joint effort between obstetricians and pediatricians to inform the family about the right type of safety seat. The State and other institutions should accompany this campaign to reduce the number of fatal accidents and their consequences.

Key words: child restraint systems, safe transportation, medical care teams, security measures legislation, public education programs.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.523>

Correspondencia:

Dr. Luis A. Agote
laagote@fibertel.com.ar

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 28-9-2012

Aceptado: 8-10-2012

INTRODUCCIÓN

Según el informe de la Fundación Mapfre sobre accidentes de tránsito en 18 países de Latinoamérica y el Caribe, en 2009 murieron por ese motivo en la Argentina 564 niños de 0 a 14 años, con

una tasa de mortalidad de 56/100 000 habitantes, sólo superada por Ecuador, El Salvador y Venezuela. La menor tasa en el mundo corresponde a Suecia, con 6/100 000. La mortalidad relativa de la Argentina con respecto a Suecia es del 858%. El 50% eran transportados en automóviles; 30%, en vehículos pesados; 16,3% murieron en vuelcos, y 4,5%, en vehículos de dos ruedas.^{1,2}

Por falta de conocimientos y de leyes adecuadas que guíen a la sociedad, no se enseña correctamente a los padres cómo transportar a sus hijos. En el 35° Congreso Argentino de Pediatría, efectuado en Rosario en 2009, y en el Congreso del Centenario de la SAP, de 2011, solo el 1% de los médicos inscriptos concurren a las reuniones de prevención de accidentes.

Basta con mirar cómo se lleva a los niños en las calles de nuestro país para deducir que la población tampoco está demasiado preocupada por estos temas. Desde el primer traslado de los niños, de la maternidad a la casa, se comete una imprudencia, pues la mayoría traslada a los bebés en la falda materna, con el riesgo que ello conlleva.³⁻⁷

El primer trabajo médico en nuestro país sobre la seguridad de los niños desde la salida de la maternidad se presentó en 2001 en el Congreso de Pediatría Ambulatoria. En una encuesta realizada en seis maternidades importantes de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, donde nacieron 32 000 niños durante 1999, se observó que no era norma la indicación verbal enfática del uso de las sillas en el transporte de los niños desde el momento del alta.³ En una encuesta realizada en 2000 en una maternidad, solo el 3% de las familias habían reci-

bido información del obstetra o el pediatra; 77,8% egresaron con el bebé en brazos de la madre en el asiento trasero y 5,9%, en brazos y en el asiento delantero.⁴

Lamentablemente, esto no ha cambiado; hay que mejorar la información en las instituciones, en la población y entre los profesionales de la salud, y conseguir que se dicten leyes y se las cumpla.

Frente a cualquier maternidad, a la hora del alta de los recién nacidos, vemos que los padres salen en el auto propio o de alquiler llevando mayoritariamente los bebés en la falda, el asiento delantero o, en el mejor de los casos, en el asiento trasero, expuestos a que, ante una frenada brusca o una colisión, el niño sufra lesiones gravísimas o la muerte. No solo la forma de transporte del recién nacido es imprudente, sino que persiste a través de los años.

Mayor vulnerabilidad de los niños menores de un año

Está comprobado que, por su mayor vulnerabilidad, las lesiones graves y la muerte son más frecuentes en los bebés menores de 1 año.^{5,8-10}

En nuestro país, desde 1997 hasta 2005, murió aproximadamente un niño menor de 1 año por semana; muchas de esas muertes podrían haberse evitado con el uso de sillas de seguridad, lo cual debería ser obligatorio desde la salida de la maternidad.^{3,6,10}

En 1979, Baker mostró el aumento de las muertes en los niños menores de 1 año con relación a otras edades, fundamentalmente por viajar en el asiento delantero e ir en la falda.⁸

Tipos de lesiones que se producen en los accidentes automovilísticos

Ante frenadas bruscas o colisión, los niños que van sueltos o en la falda chocan contra el tablero o el parabrisas, y pueden ser expulsados del habitáculo. El riesgo de muerte se multiplica por seis por pasar al exterior del vehículo y, asimismo, por la posibilidad de ser aplastados por la madre.⁶ Valga el siguiente ejemplo: en el momento del alta de la maternidad, la madre pesa cerca de 60 kg. Si el vehículo choca a 60 km/h, el peso materno se multiplica 20 veces, es decir, 1200 kg –resultado de la fórmula peso: $m \cdot v^2$ –, ya que cuando un vehículo choca o frena bruscamente, los cuerpos que se encuentran en su interior siguen desplazándose a la misma velocidad con la que viajaban.³⁻⁷

En la *Tabla 1* se enumeran las variables que influyen en el tipo de lesión.

En la década de 1950, Gordon equiparó los accidentes de tránsito a las enfermedades y creó un

modelo epidemiológico, en el que hay un vector que genera el accidente, un huésped que lo sufre y un ambiente donde se produce. Esto permitió estudiar los accidentes al igual que las enfermedades, es decir, de una manera científica.¹²

Cómo se deben transportar los niños

Los niños no deben ser transportados igual que los adultos.

- 1) Por las diferencias anatómicas: la cabeza de un niño es una cuarta parte de su altura y representa 30% del peso corporal. La cabeza del adulto, en cambio, es una sexta parte.
- 2) Los órganos torácicos y abdominales están menos protegidos.
- 3) La columna vertebral y sus ligamentos son más débiles, y recién se asemejan a los del adulto a los 8 años de edad.¹⁴
- 4) Los niños no tienen conocimiento ni capacidad para defenderse ante una situación de riesgo.^{6,8,15}

Silla de seguridad

Los niños deben viajar en la silla n° 1 desde la salida de la maternidad hasta alcanzar los 10 kg, aproximadamente al año de vida. Conviene que usen esta silla siempre que el borde superior de su respaldo no sea inferior al borde superior de la orejas del bebé para evitar, en caso de choque, el efecto de latigazo, con lesiones en la columna cervical. La silla se coloca mirando hacia atrás, para proteger mejor al bebé, ya que en general los choques son frontales; así, la cabeza, la columna y el cuerpo están apoyados adecuadamente en el respaldo.^{3,8,12,16} Transportados de esta forma, el 71% de los niños que sufren un accidente evitan la muerte.^{6,12,16}

Durante los primeros meses de vida, es fundamental el uso de los cinturones del “huevito” y de los cochecitos, tanto en la casa como en la calle, para evitar accidentes o caídas por la falta de una sujeción adecuada.⁸

Tabla 1. Variables de riesgo y tipo de lesiones en una colisión

Factores del vehículo	Factores relacionados con los pasajeros
Velocidad	Peso
Variación de la velocidad con el impacto	Talla
Lugar del impacto	Ubicación en el vehículo
Tamaño del vehículo	Uso o no de sujeciones

Desde el año de vida hasta los 18 a 20 kg (aproximadamente los 6 años) deben viajar en la silla n° 2, mirando hacia adelante.

A partir de los 18 a 20 kg, y hasta los 35 kg (de 6 a 14 años), viajan en la silla n° 3, mirando hacia adelante. De este último tamaño, hay asientos con respaldo o sin él. Estas sillas se conocen como *booster*, escudo o "cojín" en España. Su función es levantar al niño para usar el cinturón de seguridad, alejar el cinturón del cuello y disminuir así los riesgos de lesiones en la columna cervical en caso de colisión.^{10,16,17}

Con estos elementos de seguridad se evita el 54% de las muertes en colisiones entre el primero y los 6 años de vida. También se evita la concurrencia a un hospital en un 69% de los accidentes.^{11,15,16}

La información sobre los costos de las sillas de seguridad^{3,7} es equivocada y no se analiza adecuadamente el tema. Hay una creencia de que las sillas son caras; sin embargo, el costo de la mejor silla n°1 es de 4,11 pesos por día (1500 pesos divididos por 365 días). La silla n° 2 tiene un costo mucho menor, de 0,80 pesos por día (1500 pesos divididos por 1825 días [5 años]). La n° 3 (1500 pesos divididos por 2190 días) cuesta 0,68 pesos por día, desde los 6 hasta los 14 años. Si se usa la silla para un segundo o tercer hijo, los costos son aún menores: la mitad, un tercio, etc. Estos costos son ínfimos, equivalentes a medio litro de nafta o un paquete de pastillas. También los sistemas de seguridad social podrían ayudar financiando o facilitando la financiación de los costos de las sillas, aunque sea parcialmente, para que todos los niños puedan viajar seguros.

Las sillas deben ser homologadas; esto garantiza su calidad y seguridad. Tienen que cumplir las normas IRAM 3680/1 y 3680/2. Las que se comercializan en la Argentina han sido analizadas por el Centro de Experimentación y Seguridad Vial (CESVI).¹⁸

La Subcomisión de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría, en su página para la comunidad, recomienda la lectura de las características que deben tener los sistemas de retención infantil.¹⁹

Los errores más comunes en el uso de las sillas de seguridad se enumeran en la *Tabla 2*.

Errores en la población y entre los profesionales de la salud

Muchos padres piensan que a sus pequeños hijos les hace mal ser transportados en la silla de seguridad porque están flexionados. De esto no se habla en dos lugares claves: el consultorio del

obstetra y el consultorio del pediatra y otros profesionales, especialmente en la maternidad. Más allá del ámbito institucional, se pierden oportunidades para transmitir información importante.

Después de la intervención médica aumenta significativamente el uso de las sillas de seguridad si se brinda la información adecuada.^{3,6,20}

El mejor momento para hacerlo es en el consultorio del obstetra, cuando la madre está tranquila, planeando un evento a futuro, con tiempo para pensar y buscar la silla adecuada. Los obstetras tienen que sugerir con énfasis la asistencia a los cursos de parto y a la entrevista prenatal con el pediatra para aclarar las dudas.⁶ También debería haber carteleras o folletos en las salas de espera para informar a los padres respecto del transporte de la embarazada y los niños. Este es el concepto de sala de espera inteligente (*Figura 1*).

Esta indicación debería ser prioritaria en los cursos de parto. En la maternidad, ante el nacimiento del hijo, los padres pasan por un estado comprensible de confusión (sobre todo los primerizos) que les dificulta la toma de decisiones.

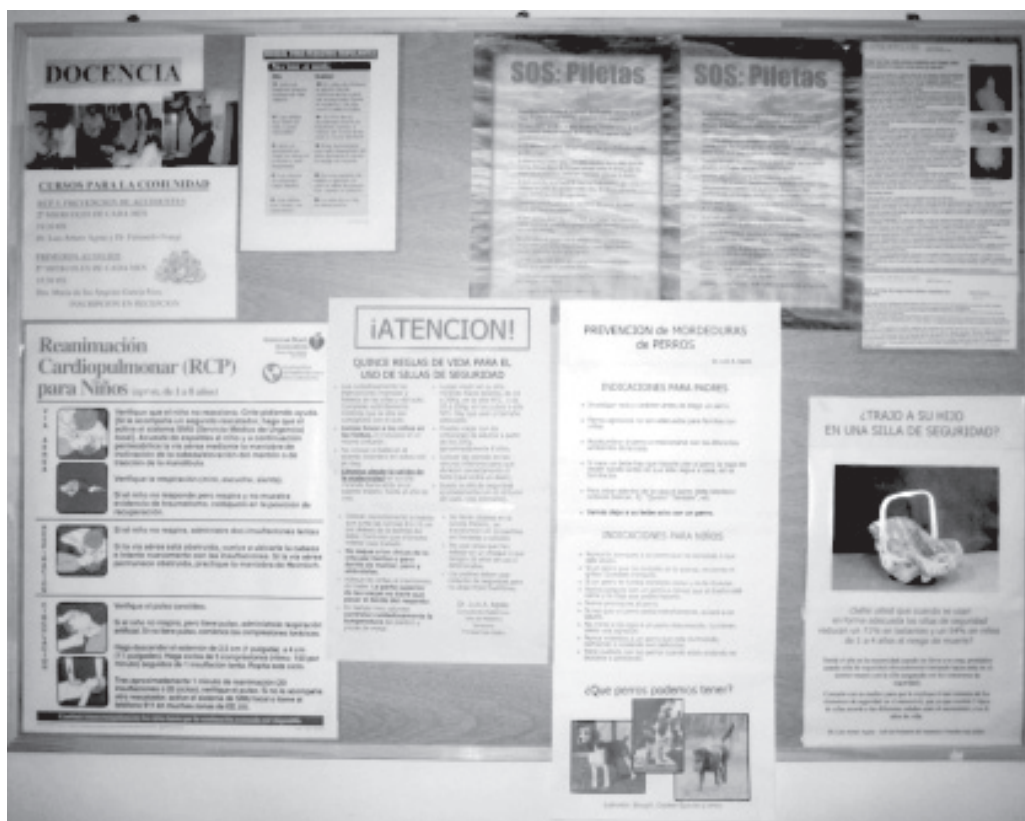
Cuándo debe comenzar el cuidado en el transporte de los niños

Sin duda, debe comenzar al día siguiente de la concepción.⁷ Las lesiones se producen en las embarazadas por desaceleración brusca, por la diferencia de la elasticidad del útero y la placenta o por traumatismo directo. Nuevamente surge la importancia del trabajo multidisciplinario, sobre todo con los obstetras.^{6,7}

TABLA 2. Errores más comunes en el uso de las sillas de seguridad

- No usar sillas homologadas.
- No leer las instrucciones antes de comprar (hay sillas incompatibles con algunos modelos de automóviles).
- No usar el broche principal adecuadamente y no lubricarlo por si hay que sacar a los niños apresuradamente (por ejemplo, incendio del vehículo).
- No usar la hebilla que junta las cintas a la altura de las axilas.
- Orientar indebidamente las sillas.
- Llevar a los niños en el asiento delantero en cualquiera de las posiciones, en autos con *airbag*.
- Usar cinturones de seguridad de los adultos sin tener el tamaño corporal adecuado.
- Compartir el asiento y el cinturón de seguridad.
- Sacar a los niños de su silla por llantos o para amamantar, sin detenerse para atenderlos.

FIGURA 1. Cartelera de la sala de espera inteligente.



Es importantísimo que les indiquen a las embarazadas cómo usar el cinturón de seguridad: entre las mamas y la pelvis, debajo del abdomen, ya que así se preserva adecuadamente al bebé en gestación. El 3% de las embarazadas se accidentan con su vehículo. Si se colocan el cinturón inadecuadamente y sufren una colisión, se dañan más fácilmente ellas y su bebé. Este conocimiento, al igual que la forma correcta de bajarse de un auto, apoyándose en el parante de la puerta y sosteniendo el vientre para no cargar el peso en el periné, se encuentra en los folletos explicativos en español del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (AGOG).^{21,22}

Esta tarea debe ser difundida adecuadamente y, dado que los obstetras comparten con los neonatólogos varias áreas, se debe agregar este tema tan importante para disminuir los riesgos innecesarios en el transporte de los niños.

Fallas institucionales

Las instituciones médicas tienen una enorme responsabilidad por no dedicar recursos y tiempo suficientes para difundir estos conocimientos. La Academia Estadounidense de Pediatría pone

a disposición de los pediatras las recomendaciones sobre el uso adecuado de los sistemas de fijación infantil.²³ Los centros de salud deberían tener carteleras en todas las áreas obstétricas, neonatológicas y pediátricas, que muestren a las embarazadas cómo cuidar su seguridad y la del bebé en gestación y cómo usar las sillitas del bebé desde la salida de la maternidad, resaltando el porcentaje de vidas que se salvan con esta conducta.^{6,13,15} Esto casi no tiene costos y es sumamente eficaz.⁷

Fallas en el papel del Estado

El Estado tiene un papel fundamental en el cuidado de los niños, desde la concepción hasta que puedan viajar con los elementos de seguridad de los adultos. La falta de leyes adecuadas y su difusión en todo el país es una de las causas de que los niños no viajen seguros, pues no hay una guía básica. Estas normas aparecen, de manera incompleta, en la legislación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aunque falta reglamentar ciertos aspectos. El artículo 2 de la Ley 3027 dice que se prohíbe:

“c) Transportar personas menores de diez (10) años o mayores de esa edad pero de talla inferior a un metro

con veinte centímetros (1,20 metros) en los asientos delanteros. También está prohibido transportar bebés o niños en brazos en los asientos delanteros”.

La legislación abarca solo en forma general el tema. Los médicos con conocimientos sobre seguridad en el transporte de los niños tenemos que informar a las autoridades, como bien decía el Dr. Gianantonio, sobre el papel del pediatra en la prevención de accidentes.²⁴ Habitualmente, los funcionarios desconocen estos problemas, pero al recibir información adecuada pueden prestar mayor interés a este tema tan importante (Tablas 3 y 4).

TABLA 3. Problemas básicos en el transporte de los niños

- Los autos fueron hechos para transportar a adultos, no a niños sin sus elementos de seguridad.
- No están dictadas las leyes para proteger adecuadamente a los niños en todo el país.
- Las estadísticas difieren en sus datos acerca de los accidentes; no se contabilizan adecuadamente las muertes diferidas y existe un subregistro por errores en los certificados de defunción.
- Hay un error conceptual en la apreciación del costo de las sillas.
- De los 15 minutos promedio que dura una consulta pediátrica, solo se emplea uno para hablar de accidentes, tiempo insuficiente para la información que hay que dar.

En España ha habido un cambio de las penas judiciales; en caso de accidente y lesiones o muerte por transportar en forma inadecuada a los niños en los automóviles, se incluye el juicio penal a los padres, pues se lo considera homicidio del niño.

Propuestas

- 1) Realizar prevención primaria: una sala de espera inteligente (ideal) en áreas obstétricas y pediátricas, con carteleras y folletos, permite a los padres informarse durante la espera, generalmente considerado tiempo perdido.
- 2) Exponer las normas de prevención, en las salas de espera pediátricas, de los accidentes más frecuentes para las diferentes edades, de 0 a 10 años. Este material ha sido desarrollado por la Academia Estadounidense de Pediatría en forma de folletos para todas las edades (*TIPP Safety Sheets*); sólo restaría adaptarlo a la realidad de nuestro país.
- 3) Colocar carteleras informativas en las paredes de hospitales e instituciones médicas sobre las medidas de seguridad para prevenir accidentes viales.
- 4) El médico puede hacer prevención primaria en su consultorio al comentar un evento que debió atender, pues las madres están muy atentas a estos comentarios que alertan sobre lo que puede sucederle a su propio hijo.

TABLA 4. Reglas para el uso de sillas de seguridad

1. Controlar que la silla sea homologada y compatible con el auto.
2. Leer cuidadosamente las instrucciones impresas y los folletos de las sillas y del auto. Cumplirlas estrictamente.
3. No llevar jamás a los niños en la falda ni incluidos en el mismo cinturón.
4. No colocar al bebé en el asiento delantero en autos con *airbag*.
5. Llevarlos desde la salida de la maternidad en su silla mirando hacia atrás en el asiento trasero, hasta el año de vida.
6. Desde los 10 a los 20 kg utilizar la silla n° 2 mirando hacia delante.
7. Desde los 20 a los 34 kg utilizar los cubos, elevadores o sillas n° 3.
8. Los niños pueden viajar con los cinturones de adultos a partir de los 20 kg (6 a 8 años), con su elevador, para evitar que el cinturón pase por el cuello.
9. Colocar las correas en las ranuras inferiores para que abracen correctamente el bebé (que pueda pasar un dedo entre la correa y el niño).
10. Sujetar firmemente la silla de seguridad con el cinturón del auto.
11. Colocar correctamente la hebilla que junta las correas 8 a 10 cm por debajo de la barbilla del bebé. Controlar que el broche inferior esté trabado; lubricarlo periódicamente.
12. Adecuar las cintas al crecimiento del bebé. La parte superior de las orejas no tiene que pasar el borde del respaldo.
13. En tiempo muy caluroso controlar cuidadosamente la temperatura del plástico y las piezas de metal. No llevar objetos en la luneta trasera; se transforman en proyectiles en una frenada o colisión.
14. No usar sillas que han estado en un choque o que tengan 10 años de uso o deterioradas.
15. No sacar a los chicos de la silla por llantos o para darles de mamar; hay que detenerse y atenderlos.
16. Los padres deben usar cinturón de seguridad para no dejar hijos huérfanos.

- 5) Recordar a los padres que también tienen que usar cinturón de seguridad para no dejar hijos huérfanos; lo peor que le puede pasar a un niño es perder la vida, pero lo siguiente es perder a los padres, que son sus guías.

El problema es complejo. Requiere, primeramente, el aporte del Estado, principal damnificado después de la víctima y su familia, por las vidas y los años productivos que se pierden, por los costos hospitalarios y, en los casos con secuelas, porque la seguridad social necesita recibir aportes extras del Tesoro público. Este problema es aún más grave porque por cada niño muerto en accidentes quedan tres con vida, pero con discapacidades graves, lesiones de columna,^{13,26} debilidad mental y otras minusvalías que implican alto costo y malogran los proyectos de una vida plena.

Papel del pediatra

Los pediatras están en una posición única para utilizar sus conocimientos en la prevención de accidentes. Tienen una comprensión del desarrollo del niño que les permite entender los riesgos que enfrentarán en cada etapa. Son aceptados socialmente como expertos en prevención de accidentes y, además, tienen acceso a la familia y conocen sus formas de crianza. Los pediatras interesados en motivar a los padres para que tomen medidas de seguridad deben evaluar cada familia cuidadosamente y adecuar su enfoque educativo a las necesidades de estas familias. No es igual una familia de la ciudad, del conurbano o del campo; tampoco son iguales las indicaciones que deben darse en relación con el medioambiente. Estos recursos no se utilizan en todo su potencial por falta de tiempo o de interés, pero es imprescindible incorporarlos.

Por otro lado, no se aprovechan las posibilidades de la sala de espera.

Sería ideal que todo esto se enseñara en la facultad y en la residencia, y que los futuros pediatras se comprometieran activamente en la prevención de accidentes.^{3,24}

El día que, a través de la prevención primaria (por la palabra del médico) y de la prevención con videos, carteleros y folletos, logremos que los padres reciban todos estos consejos útiles, disminuirá sin duda el número de accidentes en la niñez.

Finalizo con la descripción del papel del médico pediatra en la prevención de accidentes enumerada por el Dr. Carlos Gianantonio, que asumo como un deber profesional.²⁴

1. El pediatra como consejero de la familia (cuidado de los niños, detección de riesgo).
2. El pediatra como abogado del niño (derecho de los niños).
3. El pediatra como educador de la salud (difusión en la comunidad).
4. El pediatra como asesor de los poderes públicos (asesorar para lograr las leyes adecuadas).
5. El pediatra como tratante del niño accidentado (limitación del daño). ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Asientos de seguridad para niños. Situación en Iberoamérica y el Caribe. Marzo de 2012. [Acceso: 20-9-12]. Disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/seg-vial/investigacion/asientos-seguridad-para-ninos-situacion-en-iberoamerica-y-el-caribe.pdf>
2. Estadísticas de la Dirección de Salud. Ministerio de Salud Pública 2007. 1 de agosto de 2009. Mortalidad de niños menores de 20 años. [Acceso: 22-9-12]. Disponible en: www.dis.gov.ar.
3. Agote LA. El uso de sillas de seguridad a la salida de la maternidad. Presentación oral. 2º Congreso de Pediatría Ambulatoria. Noviembre 2001.
4. Enseñat VM, Sojo M, Iölsler NJ. Prevención primaria. Sillas para autos: ¿qué saben los padres y qué podemos hacer los pediatras? *Arch Argent Pediatr* 2002;100(4):281-8.
5. Fleitas D, Otamendi AI. El impacto de los accidentes de tránsito en menores de un año en la Argentina. Asociación para Políticas Públicas. Enero 2008. [Acceso: 22-9-12]. Disponible en: <http://www.app.org.ar/images/stories/accidentesmenores.pdf>.
6. Agote L A. Prevención de accidentes en el recién nacido y lactantes. Alta segura de la maternidad y accidentes en los primeros meses de vida. PRONEO Noveno Ciclo, Módulo 2, Editorial Panamericana; 2008. Pág.113.
7. Agote LA. 35º Congreso de Pediatría. Prevención de accidentes en menores de 5 años: lo perfecto y lo posible. Curso. El transporte seguro de nuestros niños desde la concepción. Rosario, octubre 2009. [Acceso: 22-9-12]. Disponible en http://www3.sap.org.ar/congresos/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=172.
8. Baker SP. Motor vehicle occupant deaths in young children. *Pediatrics* 1979;64(6):860-1.
9. Agote LA. La seguridad; hacia una comunidad segura. La seguridad en el transporte de nuestros niños. Teleconferencia desde la casa central de OSDE para 80 sucursales en ciudades de nuestro país. 27 de mayo de 2010.
10. Subcomisión de Prevención de Lesiones. Sociedad Argentina de Pediatría. Manual de prevención de accidentes 2005. Cap. 2 Accidentes en la calle. Pág. 42-44. [Acceso: 22-9-12]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/manual_accidentes.pdf.
11. Agran P, Winn D, Anderson C. Child Occupant Protection In Motor Vehicles. *Pediatr Rev* 1997;18(12):413-23.
12. Lovejoy FH Jr, Charles-Bahamon C. The Physician's Role in Accident Prevention. *Pediatr Rev* 1982;4(2):53-60.
13. Gómez Traverso RE, Florentino JA, Huaier FD. Comisión de Trauma. Los niños ¿son pasajeros seguros? *Rev Hosp Niños de Buenos Aires* 2000;43(192):125-32.
14. Trauma en Pediatría: prevención, diagnóstico y tratamiento. Una perspectiva integral. Ed: Alberto E. Iñón, 2ª Ed. Librería Akadia Editorial, Buenos Aires, Argentina; 2009.

15. American Academy of Pediatrics. Safe transportation of newborns at Hospital Discharge. *Pediatrics* 1999;104(4):986-7.
16. American Academy of Pediatrics. Selecting and using the most appropriate safety seats for growing children: Guidelines for counseling parents. *Pediatrics* 1996;97(5):761-2.
17. Agote LA. Campaña de seguridad vial realizada durante el mes de septiembre de 2009 con la empresa Fate y la Fundación Talentos para la Vida con el apoyo de la SAP.
18. CESVI. Centro de Experimentación y Seguridad Vial. [Acceso: 22-9-12]. Disponible en <http://www.cesvi.com.ar/revistas/r78/sillitas.pdf>.
19. Sociedad Argentina de Pediatría. Comunidad. Temas de interés para la comunidad. Sistemas de retención infantil (sillitas para autos). [Acceso: 22-9-12]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/comu-temas-101-sillitas.php>.
20. Balbiano S, Tamanaha F, Musante G, Pedraza A, Prudent L. ¿Son los recién nacidos que egresan de la maternidad, pasajeros seguros en el automóvil? Congreso de Perinatología 2007. RP 152. Resumen de trabajos libres. [Acceso: 22-9-12]. Disponible en: http://www3.sap.org.ar/congresos/staticfiles/actividades/congresos/congre2007/perinato/perinato_resu.pdf.
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient Education Pamphlets Spanish. Su seguridad y la de su bebé en los automóviles. [Acceso: 22-9-12]. Disponible en: http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Su_seguridad_y_la_de_su_bebé_en_los_automoviles.
22. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient Education Pamphlets Spanish. Viajes durante el embarazo. [Acceso: 27-9-12]. Disponible en: http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Viajes_durante_el_embarazo.
23. Child Passenger Safety. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. *Pediatrics* 2011;127:e1050.
24. Gianantonio C. Simposio Nacional y del Cono Sur de Pediatría Social. Accidentes en la Infancia. Visión del Pediatra. Noviembre 1985. *Correo de la SAP*. Diciembre 1987;2(3):5-6.
25. Gardner HG. Office-Based Counseling for Unintentional Injury Prevention. *Pediatrics* 2007;119:202.
26. Huaier FD, Florentino JA, Orbe G, Buela EJ. Lesiones por cinturón de seguridad en pediatría. *Rev Argent Cirug* 2008;95(3-4):89-100.

MATERIAL RECOMENDADO

- Agote L.A. *Prevención de accidentes en la infancia. "El cuidado de la vida"*. Hacia una comunidad segura. Presentación en Power Point. Ver en páginas electrónicas

Videos

- *Embrace life (Abrace la vida)*.
Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=SswJZznUMI4&feature=related>. Consulta: 22-9-12.
- *Niña sin cinturón de seguridad*.
Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=vCvqnePqKqY>
- *Los niños volando*.
Phylcia Rashal. Baby drive: Emergency treatment / Accident prevention. VHS tape.