

## Puertas de cristal: un peligro más en la edad pediátrica

*Sr. Editor:*

Los accidentes son una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia durante la infancia y la adolescencia; de hecho, en los países desarrollados ocupan uno de los primeros lugares como causa de muerte en este grupo de edad.

La mortalidad por accidentes no refleja la verdadera magnitud que representa este problema de salud pública, aunque son su

consecuencia más grave; por cada muerte se estima que se producen entre 200 y 900 accidentes de diferente importancia, de los cuales un 86,1% reciben atención sanitaria y un 7% hospitalización, quedando algunos de ellos con secuelas para toda la vida<sup>1</sup>.

Recientemente hemos atendido en nuestro centro varios casos de lactantes y preescolares que han sufrido traumatismos craneofaciales de diversa consideración, tras sufrir un impacto-colisión con una puerta de cristal que no ha sido visualizada. Las puertas de cristal pueden ser invisibles para un niño activo o incluso para un adulto: cuando un niño colisiona con una puerta de cristal puede resultar seriamente dañado como consecuencia del impacto o de los cristales rotos. La legislación española, a través de diferentes leyes autonómicas, hace referencia a las normas de seguridad que deben cumplir las puertas de cristal. Así, la Comunidad Autónoma de Andalucía, en relación a las normas técnicas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte, contempla en el Artículo 22, párrafo 5, "que las puertas de cristal deberán ser de vidrio de seguridad con un zócalo protector de 40 cm de altura; además, deberán tener una banda señalizadora horizontal de color a una altura comprendida entre 60 y 120 cm, que pueda ser identificable por personas con discapacidad visual"<sup>2</sup>.

Hemos observado que en múltiples ocasiones estas puertas no cuentan con zócalo protector y que en otras muchas la altura de la banda de señalización está fuera del campo visual del niño. Dado el amplio margen existente entre los límites de altura de la banda de señalización y la dificultad para que las bandas situadas en los límites superiores sean fácilmente visualizadas por los niños pequeños, creemos que debería contemplarse la posibilidad de una señalización a dos niveles, que garantizara su función preventiva tanto en niños como en adultos. La utilización de cristales laminados o atemperados contribuiría a disminuir las lesiones cortantes secundarias a la rotura de los mismos<sup>3</sup>.

Queremos llamar la atención del colectivo encargado de la prevención de accidentes infantiles y de nuestros legisladores sobre la existencia de este peligro potencial, así como de la necesidad de hacer cumplir la actual legislación en lo referente a la señalización adecuada de las puertas de cristal y de la utilización de los materiales más adecuados para su construcción, con el fin de disminuir en lo posible este tipo de percances.

**R. Montiel Crespo, F. Rubio Quiñones,  
A. Hernández González y S. Quintero Otero**  
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario  
Puerta del Mar. Cádiz. España.

**Correspondencia:** Dra. R. Montiel Crespo.  
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
Hospital Universitario Puerta del Mar. España.  
Avda. Ana de Viya, 21. 11009 Cádiz. España.  
Correo electrónico: Ucped.hpm.sspa@juntadeandalucia.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Ramos M, Nieto García A. Evolución de la mortalidad por accidentes infantiles y su distribución geográfica en España (1975-1994). Rev Esp Salud Publica 2001;75:433-42.

2. BOJA n.º 44 de 23 de mayo de 1992. Decreto 72/1992 de 5 de mayo por el que se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte en Andalucía.
3. Gur E, Barnea Y, Leshem D, Zaretski A, Amir A, Weiss J, et al. Walk-trough injuries: Glass door facial injuries. Ann Plast Surg 2001;46:613-6.