

Muerte súbita del lactante. Qué hacemos y qué debemos hacer para prevenirla

Dr. Mario Alberto Martínez Alcázar,* Dr. Darío Rubén Matías Martínez,** Dr. Romeo S. Rodríguez Suárez***

RESUMEN

En países desarrollados el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es la causa principal de muerte infantil entre los 30 días y los 12 meses de vida. Existen recomendaciones sencillas y de bajo costo, que permiten disminuir su frecuencia hasta 50%. En México se desconoce la frecuencia real del SMSL y no hay lineamientos para disminuir su riesgo.

Objetivo: Determinar qué recomiendan en México los médicos, para disminuir el riesgo de SMSL.

Material y métodos: En el XXIV Congreso Mundial de Pediatría, se hizo una encuesta sobre las recomendaciones de médicos para disminuir el riesgo del SMSL.

Resultados: De 294 encuestas analizadas, 62% no proporciona ninguna recomendación para disminuir el riesgo de SMSL. Sólo 25% recomiendan la posición del lactante boca arriba para dormir.

Conclusiones: Es necesario difundir a toda la población de México las recomendaciones para disminuir el riesgo del SMSL, empezando por el personal de salud.

Palabras clave: Muerte súbita, lactante, posición al dormir, riesgo.

ABSTRACT

In developed countries, sudden infant death syndrome (SIDS) is the most common cause of death between 30 days and 12 months of life. There are simple and of low-cost recommendations to diminish the incidence of SIDS by almost 50%. In Mexico the real incidence of SIDS is unknown and there are no guides to diminish its risk.

Aim: To determine what doctors recommend in Mexico, to reduce the risk of SIDS.

Material and methods: In the XXIV World Congress of Pediatrics, a survey took place regarding doctors' recommendations to reduce the risk of SIDS.

Results: Of 294 analyzed surveys, 62% do not provide any recommendations to diminish the risk of SIDS. Only 25% recommend the supine position of infants to sleep.

Conclusions: In Mexico it is necessary to divulge the recommendations to reduce the risk of SIDS, among the health personnel as well as among the entire population.

Key words: Sudden infant death, sleeping position, risk.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), es el fallecimiento inesperado de niños menores de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño; su causa no tiene explicación incluso luego de una investigación

cuando se realiza una autopsia, se examina el sitio en que ocurrió el fallecimiento y el análisis de la historia clínica^{1,2}.

En países desarrollados es la causa más frecuente de mortalidad infantil entre los 30 días y los 12 meses de edad. En EE.UU. es la tercera causa de fallecimiento en niños menores de un año de edad. Entre 1983 y 1992 fallecían por esta causa de 5 mil a 6 mil lactantes por año; esta cifra disminuyó a 2,234 en el 2001, lo que representa el 8.1% de la mortalidad infantil en ese país³. Sin embargo, en la mayoría de los países del mundo, el SMSL no es considerado como un problema de salud pública, lo cual puede ser debido a que existe un subregistro en el número de casos.

De 1998 al 2002, en México hubo un promedio de 245 casos de SMSL por año, una tasa de 0.09/1000 nacidos vivos.⁴

* Pediatra-Neonatólogo.
** Pediatra-Neonatólogo.
*** Director General
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSA).
Secretaría de Salud

Cualquier niño puede ser candidato a presentar SMSL, ya que no tiene relación con razas ni estratos sociales. Cerca del 80% de los casos ocurre entre el primero y el sexto mes de vida, con un máximo de presentación entre los dos y cuatro meses. Es raro antes del primer mes y excepcional después del año de edad. Los productos de embarazos gemelares tienen mayor riesgo de presentar SMSL, lo cual puede atribuirse a la mayor frecuencia de bajo peso al nacer en estos niños⁵. La frecuencia se duplica en los meses de otoño e invierno, en contraste a los meses cálidos y secos. La temporalidad podría obedecer a un incremento en la exposición a infecciones virales, así como a la modificación de la temperatura interior de los hogares (uso de calefacción) y de los hábitos en el vestido de los bebés, por ejemplo, abrigo excesivo⁶.

Aunque se desconoce la causa de este problema, hay factores que elevan el riesgo del SMSL tales como colocar al bebé en posición prona durante el sueño (dormir boca abajo); exponer al bebé al humo del tabaco (prenatal o postnatal); abrigarlos en exceso (sobrecalentamiento); tenerlos en cuna inadecuada de superficie blanda, almohadas, peluches, juguetes en la cuna; dormir en una cama compartida.

En la última década diversos estudios epidemiológicos han identificado a la posición prona para dormir como el principal factor de riesgo para el SMSL, con una razón de momios que varía de 1.7 a 12.9⁷⁻¹².

Su etiopatogenia se considera un proceso multifactorial, que durante el sueño trastorna la respiración, afecta el control cardiovascular y disminuye los reflejos protectores de la vía aérea. Esto ocasiona que el bebé víctima del SMSL sea incapaz de despertar ante situaciones de peligro^{13,14}.

Para realizar el diagnóstico es necesario descartar otras causas. Se requiere una autopsia completa, investigar el lugar del fallecimiento y la revisión de la historia clínica¹⁵.

El SMSL no se puede prevenir por completo; sin embargo, existen recomendaciones de las principales asociaciones de pediatría a nivel internacional, que han sido valiosas para reducir el riesgo del SMSL. Estas recomendaciones se basan en estudios epidemiológicos bien diseñados; son de fácil aplicación y no requieren costos adicionales:

1) Acostar al bebé en posición supina durante el sueño (boca arriba)^{8,10,11,16-23}.

2) Evitar la exposición al humo del tabaco (prenatal y postnatal)²⁴⁻²⁶.

3) Evitar el abrigo excesivo²⁷

4) Cuna adecuada: Colchón firme; evitar superficies blandas, juguetes, almohadas u otros objetos dentro de la cuna²⁸⁻³⁴.

5) Evitar que el bebé duerma en cama compartida^{22,35-37}.

6) Alimentación al seno materno^{38,39}.

Diversos países han implementado campañas que promueven la posición boca arriba para dormir y han logrado disminuir hasta en 50% la frecuencia del SMSL^{18,40}.

Desafortunadamente al igual que en muchos países del mundo, en México no hay estadísticas que permitan saber la frecuencia real del SMSL, ya sea por subregistro o por mal diagnóstico. En consecuencia, a este problema no se le ha dado la importancia debida y por ello hasta el momento no se han implementado las medidas necesarias para combatirlo. En México tampoco existen lineamientos o normas para reducir el riesgo del SMSL, por lo que las recomendaciones que se dan a los padres, varían de un médico a otro. Estas recomendaciones, dependen exclusivamente del conocimiento individual del tema que tiene cada médico.

El objetivo de este trabajo es determinar cuál es la posición que más recomiendan los médicos en México, para acostar a dormir a los niños menores de un año de edad; así como determinar cuántas y cuáles son las recomendaciones que se dan para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo, transversal, realizado del 16 al 20 de agosto del 2004 en Cancún, Quintana Roo, México. Se aplicó una encuesta a médicos mexicanos asistentes al XXIV Congreso Mundial de Pediatría, con preguntas encaminadas a explorar las recomendaciones que dan a los padres para reducir el riesgo del SMSL. Se hizo énfasis en la posición que recomiendan para dormir a los niños menores de un año de edad. La encuesta fue validada mediante

prueba piloto. El tamaño de la muestra se determinó por conveniencia.

Criterios de inclusión: Médicos encargados de la atención de niños menores de 1 año de edad en la República Mexicana, que asistieron al XXIV Congreso Mundial de Pediatría, Cancún 2004 e interesados en responder la encuesta. Criterios de exclusión: Encuestas incompletas o con respuestas ilegibles. Encuestas con respuestas de médicos extranjeros o por médicos mexicanos que no trabajan en México.

Se realizó análisis de frecuencias simples mediante el programa estadístico SPSS versión 11.0.

RESULTADOS

Se aplicaron 403 encuestas, de las cuales 294 cumplieron con los criterios de inclusión. Se excluyeron 109 que fueron respondidas por médicos extranjeros. El 96% de los encuestados era médico pediatra, el 30% de los cuales contaba con una subespecialidad. El 4% restante correspondió a médicos generales u otros especialistas.

Del total de médicos encuestados, 38% ejerce su práctica médica sólo en forma privada, 15% labora en instituciones públicas y 47% combina la práctica privada con la práctica institucional.

El 62% de los médicos encuestados, no proporciona a los padres ninguna de las seis recomendaciones emitidas a nivel internacional para disminuir el riesgo del SMSL; sólo 8% da tres o más de estas recomendaciones (Figura 1).

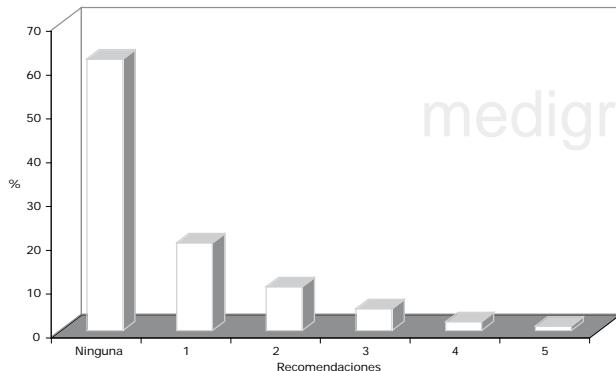


Figura 1. Número de recomendaciones que proporcionan los médicos en México para reducir el riesgo de SMSL.

La figura 2 muestra cuáles de las recomendaciones internacionales para disminuir el riesgo del SMSL, son las que más proporcionan los médicos en México. Se observa que las que se proporcionan con mayor frecuencia son las referentes a la posición en que debe dormir el niño (boca arriba) y sobre las características de la cuna; sin embargo, ambas son emitidas solamente por alrededor del 20% de los médicos encuestados.

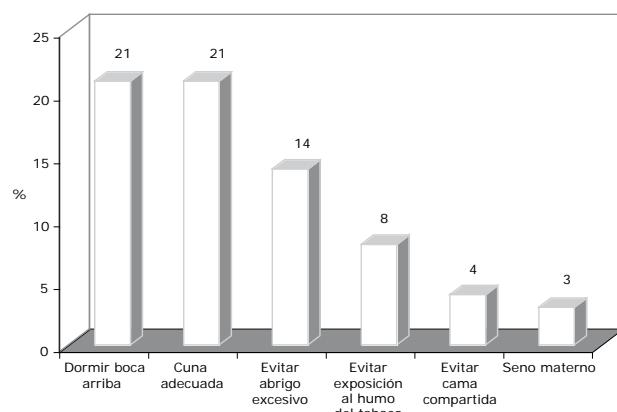


Figura 2. Principales recomendaciones que proporcionan los médicos en México para reducir el riesgo de SMSL.

La figura 3 muestra los resultados referentes a la posición que recomiendan los médicos para dormir a los niños; únicamente el 25% sugiere la posición boca arriba.

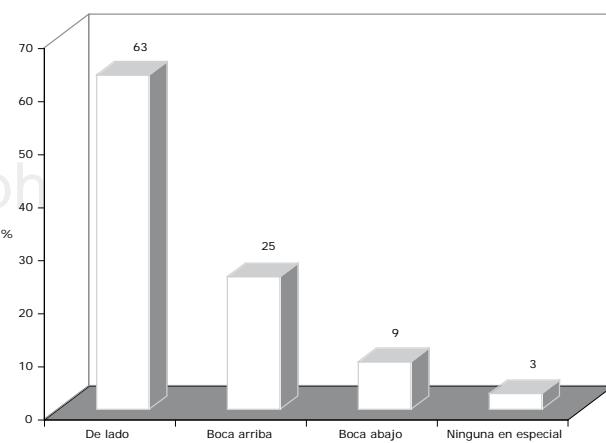


Figura 3. Posición que recomiendan los médicos en México para dormir a los niños menores de 1 año de edad.

DISCUSIÓN

Como resultado de la transición epidemiológica derivada del desarrollo de estrategias de salud pública para el control de enfermedades previsibles por vacunación y de la disminución de enfermedades respiratorias y diarreicas, el SMSL es una de las principales causas de mortalidad infantil en los países desarrollados desde hace varios años. Entre 1983 y 1992 fallecieron en EE.UU. entre 5 mil y 6 mil lactantes por año a causa del SMSL; 1997 fue el primer año en que disminuyeron estas cifras por debajo de 3,000. Durante el año 2000 todavía fallecieron 2,523 niños sanos debido al SMSL³. Consideramos que los 245 casos de SMSL que se mencionan cada año en México representan una cifra muy por debajo de la realidad, ya que si se toma en cuenta la frecuencia del problema en los países desarrollados que va desde 0.4 hasta 1.5/1000 nacidos vivos, cada año morirían en México al menos 1000 niños sanos por esta causa⁴.

Desconocer la frecuencia real del SMSL es causa de que no se le dé la importancia que tiene este problema. El resultado es que hasta el momento en México, no se hayan emitido los lineamientos y recomendaciones que existen en otros países para reducir el riesgo del SMSL^{16,18}.

Los países que conocen la magnitud real del SMSL desde hace varios años, se han preocupado por difundir información sobre los factores que aumentan el riesgo del SMSL; al mismo tiempo han implementado estrategias para combatirlos. Han desarrollado campañas que promueven la posición boca arriba para acostar a los niños a dormir, considerada como la más segura. En los EE.UU. se lanzó una campaña llamada "Dormir boca arriba" ("Back to Sleep Campaign") en 1994; se logró disminuir el porcentaje de niños que eran colocados boca abajo para dormir en 70% en 1992; a 17% en 1998¹⁶. En 1992, en el 32% de los servicios de enfermería de Missouri EE.UU. se acostaba a los niños boca abajo; esta cifra disminuyó a 0% en 1999 como resultado de esta campaña⁴¹. En el mismo periodo se redujo en más de 40% la frecuencia del SMSL en ese país^{18,19}.

En nuestro estudio, se vio que la posición que más recomiendan los médicos para acostar a los menores de seis meses es de lado y sólo el 25% recomienda

la posición considerada más segura (boca arriba). Inicialmente se había considerado que cualquier posición que no fuera boca abajo (de lado o boca arriba), era óptima para reducir el riesgo del SMSL¹⁶. Sin embargo, estudios posteriores en Inglaterra y Nueva Zelanda demostraron que aunque la posición de lado es menos peligrosa que la posición boca abajo, sigue siendo más peligrosa que la posición boca arriba para que se presente el SMSL. Este mayor riesgo se debe a la relativa inestabilidad de la posición de lado. Aunque los niños colocados sobre su costado habitualmente ruedan hacia su espalda, el riesgo de que rueden hacia el frente es mucho mayor si se compara con el riesgo de que rueden de la posición boca arriba a la posición boca abajo^{17,42,43}.

Los resultados de nuestro estudio indican que en México, las recomendaciones que se dan a los padres para prevenir el SMSL varían de un médico a otro y dependen del conocimiento individual que cada médico tiene del tema. Llama la atención que aún cuando el 96% de los que participaron en el estudio era pediatra; el 62% de éstos no proporciona ninguna de las recomendaciones que han demostrado ser útiles para disminuir el riesgo del SMSL.

Por otro lado, nuestro estudio puede tener un sesgo importante de selección de la población a la cual se aplicó la encuesta. Aun cuando esta población no fue seleccionada en forma aleatoria del total de pediatras de la República Mexicana, representa a los médicos pediatras que tienen interés en actualizarse y participar en un congreso internacional. Por lo anterior, el 25% de los médicos que recomienda la posición boca arriba de los niños para dormir podría ser menor si se considera a la población de médicos en toda la República Mexicana.

CONCLUSIONES

Este problema casi seguramente es más frecuente de lo que pensamos y puede afectar a cualquier niño. Existen recomendaciones sencillas y de bajo costo, que permiten disminuir su frecuencia hasta en un 50%; sin embargo, la mayoría de los médicos las desconoce. La posición al dormir es el factor de riesgo más importante asociado al SMSL. La posición boca arriba es la más segura y es la que se recomienda para disminuir

el riesgo del SMSL. Nuestros resultados indican que la mayoría de los médicos recomienda dormir a los niños en posiciones que no son las más seguras. Por lo anterior, a finales de este año (2005), el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, pondrá en marcha un programa a nivel nacional para difundir a toda la población y al personal de salud encargado del cuidado de niños menores de un año, recomendaciones precisas que permiten disminuir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante. Estas recomendaciones son esencialmente:

1. Todos los niños deben acostarse a dormir **boca arriba**.
2. Evitar la exposición (prenatal y postnatal) al humo del cigarro.
3. Cuna libre de objetos, con colchón firme.
4. El bebé debe dormir solo, en su propia cuna.
5. Evitar el abrigo excesivo.
6. Alimentación con leche materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004;114:234–8.
2. Willinger M, James LS, Catz C. *Pediatric Pathology*. 1991;11(5):677-84.
3. Arias E, MacDorman MF, Strobino DM, Guyer B. Annual Summary of Vital Statistics 2002. *Pediatrics* 2003;112(6):1215-30.
4. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Causas de Mortalidad 1998-2002, Dirección General de Información en Salud 2004, Secretaría de Salud México.
5. Platt MJ, Pharoah PO. The epidemiology of sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child* 2003;88:27-9.
6. Hoffman HJ, Hillman LS. Epidemiology of the sudden infant death syndrome: maternal, neonatal, and postneonatal risk factors. *Clin Perinatol* 1992;19:717–37.
7. Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons LE, Cochrane JA, Wang Y-G. Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with prone position. *N Engl J Med* 1993;329:377–82.
8. Platt MJ, Pharoah POD. Child health statistical review, 1996. *Arch Dis Child* 1996;75:527–33.
9. Dwyer T, Ponsonby A-L, Newman NM, Gibbons LE. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *Lancet* 1991;337:1244–7.
10. Mitchell EA, Scragg RK, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991;104:71–6.
11. Irgens LM, Markestad T, Baste V, Schreuder P, Skjaerven R, Oyen N. Sleeping position and sudden infant death syndrome in Norway 1967–91. *Arch Dis Child* 1995;72:478–82.
12. Taylor JA, Drieger JW, Reay DT, et al. Prone sleep position and the sudden infant death syndrome in King County Washington: a case-control study. *J Pediatr* 1996;128:626–30.
13. Kinney HC, Filiano JJ, Sleeper LA, Mandell F, Valdes-Dapena M, White WF. Decreased muscarinic receptor binding in the arcuate nucleus in sudden infant death syndrome. *Science* 1995;269:1446–50
14. Panigrahy A, Filiano JJ, Sleeper LA, et al. Decreased kainate binding in the arcuate nucleus of the sudden infant death syndrome. *J Neuropathol Exp Neurol* 1997;56:1253–61.
15. Centres for Disease Control and Prevention: Guidelines for Death Scene Investigation of Sudden, Unexplained Deaths: Recommendations of the Interagency Panel on Sudden Infant Death Syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1996;45.
16. Kattwinkel J, Brooks J, Myerberg D. Positioning and SIDS. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992;89:1120–6.
17. Willinger M, Hoffman HJ, Wu K-T, et al. Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States: the National Infant Sleep Position Study. *JAMA* 1998;280:329–35.
18. American Academy of Pediatrics-Task force on Infant Positioning and SIDS, 1998-1999. Changing concepts of sudden infant death syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics* 2000;105(3):650-6.
19. Markestad T, Skadberg B, Hordvik E, Morild I, Irgens L. Sleeping position and sudden infant death syndrome (SIDS): effect of an intervention programme to avoid prone sleeping. *Acta Paediatr* 1995;84:375–8.
20. Brooke H, Gibson A, Tappin D, Brown H. Case-control study of sudden infant death syndrome in Scotland, 1992–5. *Br Med J* 1997;314:1516–20.
21. Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y, et al. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population based case-control study. *Br Med J* 1990;301:85–9.
22. Scragg RK, Mitchell EA. Side sleeping position and bed sharing in the sudden infant death syndrome. *Ann Med* 1998;30:345–9.
23. Paris CA, Remler R, Daling JR. Risk factors for sudden infant death syndrome: changes associated with sleep position recommendations. *J Pediatr* 2001;139:771-7.
24. Haglund B, Chattingius S. Cigarette smoking as a risk factor for sudden infant death syndrome: a population-based study. *Am J Public Health* 1990;80:29-32.
25. Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, Srinivasan IP, Kaege D, Chang JC, et al. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA* 1995;273:795-8.
26. McMartin KI, Platt MS, Hackman R, Klein J. Lung tissue concentrations of nicotine in sudden infant death syndrome (SIDS). *J Pediatr* 2002;140(2):205-9.
27. Ponsonby A-L, Dwyer T, Gibbons L, Cochrane JA, Jones ME, McCall MJ. Thermal environment and SIDS: case-control study. *Br Med J* 1992;304:277–82
28. Kemp JS, Thach BT. Sudden death in infants sleeping on polystyrene-filled cushions. *N Engl J Med* 1991;324:1858–64.
29. L'Hoir MP, Engleberts AC, van Well GTJ, et al. Risk and preventive factors for cot death in the Netherlands, a low incidence country. *Eur J Pediatr* 1998;157:681–8.
30. Ponsonby A-L, Dwyer T, Couper D, Cochrane J. Association between use of a quilt and sudden infant death syndrome: case-control study. *Br Med J* 1998;316:195–6.

31. Wilson CA, Taylor BJ, Laing RM, Williams SM, Mitchell EA. New Zealand Cot Death Study Group. Clothing and bedding and its relevance to sudden infant death syndrome: further results from the New Zealand Cot Death Study. *J Paediatr Child Health* 1994;30:506–12.
32. Williams SM, Taylor BJ, Mitchell EA. Sudden infant death syndrome: insulation from bedding and clothing and its effect modifiers. *Int J Epidemiol* 1996;25:366–75.
33. Arnestad M, Andersen M, Rognum TO. Is the use of a dummy or carry-cot of importance for sudden infant death? *Eur J Paediatr* 1997;156:968–70.
34. Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RPK, et al. Dummies and the sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child* 1993;68:501–4.
35. Hauck FR, Kemp JS. Bedsharing promotes breastfeeding and AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1998;102:662–3. Letter
36. Klonoff-Cohen H, Edelstein S. Bed sharing and the sudden infant death syndrome. *Br Med J* 1995;311:1269–72.
37. Scragg RK, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. *Br Med J* 1993;307:1312–8.
38. Hoffman HJ, Damus K, Hillman L, Krongrad E. Risk factors for SIDS: results of the National Institute of Child Health and Human Development SIDS Cooperative Epidemiological Study. *Ann N Y Acad Sci* 1988;533:13–30.
39. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22:366–75.
40. Jeffery HE, Egevand A, Hons MD. Why the prone position is a risk factor for sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1999;104(2):263–9.
41. Delzell JE, Phillips RL, Schnitzer PG, Ewigman B. Sleeping position: Change in practice, advice, and opinion in the newborn nursery. *J Fam Pract* 2001;50(5):448.
42. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993–5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *Br Med J* 1996;313:191–5.
43. Waters KA, Gonzalez A, Jean C, Morielli A, Brouillette RT. Face-straight-down and face-near-straight-down positions in healthy, prone-sleeping infants. *J Pediatr* 1996;128:616–25.
44. Martínez-Alcázar MA, Matías-Martínez DR, Rodríguez-Suárez RS. Síndrome de muerte súbita en el lactante. Vacunación hoy. *Rev Mex Puer Pediatr* 2005;12(71):121–32.