



**Rev Mex Med Forense, 2021, 6(1):23-35**  
**DOI: <https://doi.org/10.25009/revmedforense.v6i1.2883>**  
**ISSN: 2448-8011**

## **Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SMSI) desde una óptica patólogo-forense**

**Artículo Original**

Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) from a  
pathologist-forensic perspective

**Pérez-Álvarez, Halina <sup>1</sup>; Ferrer-Marrero, Daisy <sup>2</sup>; Solís González, Maybelkis <sup>1</sup>; Sirgo-  
Patiño, Irene <sup>1</sup>; Rodríguez-Jorge, Ricardo <sup>1</sup>**

Recibido: 20 julio 2020; aceptado: 14 octubre 2020; Publicado: 15 Enero 2021

1. Instituto de Medicina Legal, La Habana, Cuba.
  2. Hospital Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”, La Habana, Cuba.
- Corresponding author: [Ricardo Rodríguez Jorge, ricardoromel67@gmail.com](mailto:ricardoromel67@gmail.com)

**Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud.**  
**Editorial Universidad Veracruzana**  
**Periodo enero-junio 2021**

## RESUMEN

*Existen numerosas definiciones del síndrome de muerte súbita infantil, relacionándose algunas de ellas con la medicina legal por la posible sospecha de criminalidad. Objetivo: actualizar los conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita infantil para contribuir a un mejor manejo de aquellos casos que se presenten en la ciudad y mejorar la calidad del diagnóstico así como la conducta a seguir; se realizó una revisión de la literatura y revisión documental relacionada con el tema; se analizaron los expedientes tanatológicos de algunas de las autopsias realizadas en el Instituto de Medicina Legal en el período comprendido 2016-2017 que pudieran corresponderse con este síndrome; igualmente, se recopiló una serie de aspectos en cuanto a las definiciones del síndrome, la epidemiología y la metodología que se debe seguir en las necropsias médico legales de estos casos; se concluyó que el diagnóstico de este síndrome y el cumplimiento de la metodología para la realización de la necropsia médico legal y la diligencia de levantamiento de cadáver contribuyen al auxilio de la administración de justicia en aquellos casos donde se demuestre la existencia del síndrome como causa de muerte y la ausencia de responsabilidad penal. Palabras claves: muerte súbita del lactante, muerte súbita infantil, medicina legal; epidemiología, metodología.*

## SUMMARY

*There are numerous definitions of sudden infant death syndrome, some of them being related to legal medicine due to the possible suspicion of criminality. Objective: to update the knowledge about sudden infant death syndrome to contribute to a better management of those cases that occur in the city and to improve the quality of the diagnosis as well as the behavior to be followed; a review of the literature review related to the subject was carried out; the thanatological files of some of the autopsies performed at the Institute of Legal Medicine in the period 2016-2017 that could correspond to this syndrome were analyzed; likewise, a series of aspects were compiled regarding the definitions of the syndrome, the epidemiology and the methodology to be followed in the medicolegal autopsies of these cases; it was concluded that the diagnosis of this syndrome and compliance with the methodology for carrying out the medical-legal necropsy and the removal of the corpse contribute to the aid of the administration of justice in those cases where the existence of the syndrome is demonstrated as a cause of death and the absence of criminal responsibility. Keywords: sudden infant death, sudden infant death, legal medicine; epidemiology, methodology.*

## INTRODUCCIÓN

La muerte súbita constituye un problema desde la óptica forense entre otras razones por la forma en que se produce, convirtiéndose en muchas ocasiones en una muerte sospechosa de criminalidad; es más probable cuando ocurre en lactantes o niños pequeños; la llamada muerte en la cuna o muerte súbita del lactante, es inesperada por la historia, y en la cual un estudio postmortem completo es incapaz de demostrar una causa que explique la muerte; por las características de este hecho intervienen los especialistas con mayor competencia profesional demostrada, además de discusiones en equipo aplicando la interdisciplinariedad como sistema (Beckwith, 1973).

En términos de conceptos, diversos autores la enfocan como la muerte súbita de un niño menor de un año para la que no se encuentra explicación después de una detallada investigación del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, el examen del lugar de la muerte y la revisión de la historia clínica, estudio histológico, toxicológicos, virológicos, bacteriológicos y por ende una rigurosa investigación criminal (Willinger, 1991).

El síndrome de muerte súbita del lactante es la muerte sin causa aparente, que, por lo general, sucede durante el sueño de un bebé aparentemente saludable o que tiene síntomas respiratorios, digestivos no alarmantes, que no justifican el desenlace fatal, cuya edad es menor de un año de edad (Takatsu, 2007).

EL Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SMSI) constituye la primera causa de muerte post neonatal (entre el primer mes y el año de vida) en los países desarrollados, suponiendo el 40-50% de dicha mortalidad. Su frecuencia varía geográficamente, quedando excluido de la definición y de los mecanismos fisiopatológicos el síndrome de muerte súbita neonatal, que se refiere al periodo neonatal temprano (siete primeros días de vida) (American Academy of Pediatrics, 2017).

La técnica de necropsia debe ser minuciosa pues de ello depende en gran medida que se descarten patologías o mecanismos que provocaron la muerte ya que para clasificar este tipo de muerte se impone considerar todo un diagnóstico diferencial todas las especialidades que intervienen en la investigación, o sea, es un diagnóstico categórico, de lo contrario se puede enmarcar un SMSI sin serlo (American Academy of Pediatrics, 2017)

Epidemiológicamente en este síndrome, se ha estudiado que la mayoría de las muertes ocurren entre los 2 y 4 meses de edad, predominando en el sexo masculino; tiene mayor incidencia en los meses de invierno, se presenta con mayor riesgo en los niños prematuros y puede ocurrir en cualquier momento del día, pero la mayor incidencia es entre la medianoche y las primeras horas de la mañana.

En muchos casos se recoge el antecedente de enfermedad respiratoria o gastrointestinal leve en días previos a la muerte; la posición durante el sueño es otro de los factores que puede guardar relación con la muerte. El fallecimiento puede ocurrir en cualquier lugar, cunas, camas, coches, en los brazos de un adulto.

Entre los factores maternos que influyen o aparecen se encuentran el bajo estatus socio-económico, la edad inferior a 20 años en la madre en el momento del primer embarazo, el hábito de fumar y el uso de drogas ilegales (Sánchez, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que este término se aplica cuando un niño menor de un año muere repentinamente y no se puede determinar la causa exacta de su muerte, siendo necesario realizar una investigación médico y legal exhaustiva, incluyendo una autopsia con todos los estudios que se aplican. (Sánchez, 2016; Izquierdo, 2006).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Los autores del trabajo realizaron una revisión de corte retrospectivo de la literatura especializada y documental relacionada con el tema, así como de los expedientes tanatológico en un muestreo aleatorio de algunos de los fallecidos necropsiados en el Instituto de Medicina Legal en el período comprendido entre los años 2016-2017 que pudieran corresponderse con este síndrome; se analizaron una serie de aspectos en cuanto a las definiciones del síndrome, la epidemiología y los procedimientos que se debe seguir en los levantamientos de cadáver o inspecciones oculares del Lugar del Hecho, en las necropsias médico legales de estos casos y se exponen algunos de los resultados y valoraciones de las investigaciones.

## RESULTADOS

En casos trabajados por las autoras en el Instituto de Medicina Legal se obtuvieron los siguientes resultados:

## Caso No. 1

Antecedentes: Madre adolescente, primigesta; la que resultó fallecida era una lactante de 5 meses, del sexo femenino, con antecedentes de cuadros respiratorios a repetición con ingresos; 4 o 5 días antes del fallecimiento tenía manifestaciones gripales, con tos y secreción nasal, temperatura febrícula menos de 37,5 grado Celsius. El día del fallecimiento después de tomar la leche comienza a sangrar por la nariz y llega fallecida al centro asistencial. En la necropsia se observaron los siguientes hallazgos macroscópicos: timo grande, edema y congestión encefálica, condensación pulmonar, manchas de Tardieu, ganglio paraaórtico aumentado de tamaño y congestión visceral generalizada. En el estudio histopatológico se encontró: daño alveolar difuso secundario a bronquiolitis alveolar de probable origen viral, microhemorragias intersticiales, edema encefálico moderado, hiperplasia linfocítica reactiva, esplenitis aguda reactiva, Hepatitis reactiva inespecífica, nefrosis osmótica y edema intersticial miocárdico.

Al obtener tales resultados se plantearon como causas de muerte:

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Neumopatía inflamatoria de posible causa viral.

## Caso No. 2

Antecedentes: Padres VIH positivos, familia disfuncional; el que resultó fallecido era un lactante de 4 meses, del sexo masculino, con antecedentes de cuadros diarreicos y respiratorios a repetición con ingresos; se encontraba ingresado en un centro hospitalario; el día del fallecimiento sobre las 6 de la mañana estaba muy irritable; la enfermera lo examina una vez más y en los brazos de ésta se le desvanece y al examinarlo se constató el fallecimiento. En la necropsia se observaron los siguientes hallazgos macroscópicos: Edema y congestión encefálicos, Pulmones aumentados de tamaño y consistencia, con edema y congestión, condensación pulmonar, Secreción flemosa en árbol laringotraqueobronquial y Congestión visceral generalizada. En el estudio histopatológico se encontró: lesión alveolar difusa con ruptura de tabiques alveolares asociada a bronconeumonía bacteriana abscedada, esplenitis aguda séptica reactiva, hepatitis aguda inespecífica, nefritis osmótica.

Al obtener tales resultados se plantearon como causas de muerte:

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Bronconeumonía bacteriana abscedada.

### Caso No. 3

Antecedentes: Madre fumadora, captación tardía, parto por cesárea; la que resultó fallecida era una recién nacida de 12 días, del sexo femenino, sobre las 6 de la mañana la ven muy flácida, la trasladan al hospital y llega fallecida.

En la necropsia se observaron los siguientes hallazgos macroscópicos: cianosis subungueal y facial, pulmones de aspecto séptico, consolidados, manchas de Tardieu y congestión visceral generalizada. En el estudio histopatológico se encontró: neumonitis intersticial de la infancia, variedad descamativa, linfadenitis aguda inespecífica, edema intersticial miocárdico, esplenitis aguda inespecífica, hepatitis reactiva y enteritis segmentaria.

Al obtener tales resultados se plantearon como causas de muerte:

- Neumonitis intersticial de la infancia.

### Caso No. 4

Antecedentes: Madre alcohólica, captación tardía, multípara, malas condiciones constructivas de la vivienda, familia disfuncional; la que resultó fallecida era una lactante de 3 meses, del sexo femenino, con lactancia artificial, última toma sobre las 12 de la noche y a las 5 de la mañana al tocarla está flácida, dormía en una cama pequeña con otra hermanita de 2 años, la examinó el médico del área y diagnosticó el fallecimiento. En la necropsia se observaron los siguientes hallazgos macroscópicos: cianosis subungueal y facial, pulmones de aspecto jaspeado, congestivos, con manchas de Tardieu, no evidencias de leche en bronquios, edema y congestión encefálica y congestión visceral generalizada. En el estudio histopatológico se encontró: neumonitis intersticial de posible origen viral, linfadenitis aguda inespecífica, edema intersticial miocárdico, esplenitis aguda inespecífica, hepatitis reactiva. Inicialmente se valoró la posibilidad de una muerte violenta por broncoaspiración de leche, pero luego de la práctica de la autopsia y el resultado del estudio histopatológico se concluyó como una muerte natural de causa respiratoria, compatible con una neumonitis intersticial de posible origen viral.

## DISCUSIÓN

Como hemos podido constatar existe una tendencia por los antecedentes de familias disfuncionales en los casos de SMSI, por lo que inducimos que la muerte puede estar en relación con inobservancia de signos que para este tipo de ambiente pasa por desapercibido, la dejación, la subcultura, el abandono y la imprudencia son algunas de las características que media, por esa razón es imprescindible que, aún en casos que aparentemente no existen sospechas de delito exista una intervención policial que despeje incógnitas de manera preliminar.

Para mejor comprensión debemos recordar una de las circunstancias que median de manera desfavorable antes del nacimiento de un niño, que se acentúa más en las familias disfuncionales; nos referimos a la disimulación del embarazo; este término hace referencia a mujeres que por algunas razones no desean estar en ese estado y por lo tanto es obvio que luego del parto esa recién nacido no va a tener las atenciones mínimas que necesita para un desarrollo con calidad de vida, en otras ocasiones el desenlace es más violento porque termina con un aborto criminal.

El equipo de investigación forense debe tener en cuenta varios elementos que le pueden esclarecer las circunstancias que mediaron en la muerte; por ejemplo, es obligado acudir al domicilio donde residía la madre o cuidador con el infante, inspeccionar el cuarto, los alimentos, la cama, entre otros; aquí en este aspecto es importante precisar la higiene, conservación de los alimentos, conservación del vestuario, juguetes, etc. A la vez los investigadores criminales deben entrevistar a familiares, vecinos, amistades en busca de información relevante tanto de su embarazo como después del parto.

Los legistas deben proceder con toda la información bien recopilada para orientar su trabajo, deben hacer una revisión de la historia clínica si la tiene o del resumen médico si fallece bajo algún tipo de atención médica por llegar con vida antes del desenlace final, por ejemplo, puestos médicos, policlínicos u otro centro asistencial.

Durante la revisión de la literatura especializada los autores consideran tener en cuenta la clasificación etiológica de la Clínica Mayo de Nueva York que presentamos a continuación (Clínica Mayo, 2009):

### Factores físicos

Los factores físicos relacionados con el síndrome de muerte súbita del lactante comprenden los siguientes:

- Defectos cerebrales. Algunos lactantes nacen con problemas que los hacen más propensos a morir a causa del síndrome de muerte súbita del lactante. En el caso de muchos de estos bebés, la parte del cerebro que controla la respiración y el despertar del sueño no madura lo suficiente como para funcionar de manera correcta.
- Bajo peso al nacer. El nacimiento prematuro o el haber sido parte de un parto múltiple incrementan las posibilidades de que el cerebro del bebé no haya madurado por completo, por lo que tiene menos control sobre procesos automáticos, tales como la respiración y la frecuencia cardíaca.
- Infección respiratoria. Muchos bebés que murieron a causa del síndrome de muerte súbita del lactante habían tenido un resfrío hace poco, o cursan un estado gripal en ocasiones son signos no relevantes lo que podría provocar problemas respiratorios, pero con lactantes que deben cursar con inmunodepresión, la mayor parte de los casos no estudiados.

### Factores ambientales del sueño

Los objetos que se encuentran en la cuna del bebé y su posición para dormir se pueden combinar con sus problemas físicos e incrementar el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante. Por ejemplo:

- Dormir boca abajo o de costado. Los bebés que se colocan en estas posiciones para dormir pueden tener más dificultad para respirar que aquellos bebés que se colocan boca arriba.
- Dormir sobre una superficie blanda. Estar acostado boca abajo sobre una manta mullida, un colchón blando o una cama de agua puede bloquear las vías respiratorias del bebé.
- Compartir la cama. Si bien el riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante se reduce cuando el bebé duerme en la misma habitación que sus padres, el riesgo incrementa si duerme en la misma cama que los padres, los hermanos o las mascotas.
- Temperaturas excesivas. Estar demasiado abrigado mientras duerme puede aumentar el riesgo del bebé de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante o exposición a temperaturas extremas sin protección.

### Factores de riesgo

Aunque el síndrome de muerte súbita del lactante puede atacar a cualquier niño, los investigadores identificaron varios factores que pueden aumentar el riesgo en los bebés. Algunos de ellos son:

- Sexo. Los varones son un poco más propensos a fallecer a causa del síndrome de muerte súbita del lactante.



- Edad. Los bebés son más vulnerables entre el segundo y el cuarto mes de vida.
- Raza. Por razones que no se comprenden bien, los bebés de grupos étnicos diferentes a la raza blanca son más propensos a padecer el síndrome de muerte súbita del lactante.
- Antecedentes familiares. Los bebés que tienen hermanos o primos que fallecieron por síndrome de muerte súbita del lactante tienen un mayor riesgo de padecerlo, aunque los estudios no son categóricos en las razones que sustentan ese planteamiento.
- Fumador pasivo. Los bebés que viven con fumadores tienen un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.
- Ser prematuro. Si tu bebé es prematuro y nace con bajo peso, hay mayores posibilidades de que sufra el síndrome de muerte súbita del lactante.

### Factores de riesgo maternos o familiares

Durante el embarazo, el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante también depende de la madre, especialmente si ella:

- Es menor de 20
- Fuma
- Consume drogas o bebe alcohol
- Recibe cuidados prenatales inadecuados
- Hogares disfuncionales

Teniendo en cuenta lo descrito y los resultados obtenidos los autores consideran la obligatoriedad de la realización de la autopsia, preferiblemente médico legal, teniendo en cuenta los antecedentes aportados y el hecho de que el menor muchas veces fallece en domicilio o en circunstancias no precisadas donde lo patológico y la imprudencia transitan por una línea muy fina, lo convierten en una muerte sospechosa.

Por lo anterior los autores tienen el criterio de la necesidad de seguir un protocolo procedimental que homogenice la práctica pericial ante este tipo de tipo de muerte comenzando por la obtención de antecedentes policológicos y examen del lugar donde ocurrió la muerte, edad del niño, antecedentes patológicos familiares, sobre todo de la madre, como el tabaquismo, factor que se asocia como factor independiente, al SMSL (OR ajustada de 2,92), como en el caso No. 3, coincidiendo con Schoendorf o el consumo de alcohol, como en el caso No. 4, existiendo diversos estudios que relacionan el consumo de alcohol o drogas, tanto durante el periodo periconcepcional como durante la gestación, con un riesgo elevado de SMSL. (Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante, 2015; Beckwith, 2014).

Los factores personales, como la existencia de alguna enfermedad previa, por banal que parezca, como en los casos 1 y 2, que presentaban un cuadro respiratorio y/o diarreico aparentemente banal, factor este que se describe en otros estudios como el del Grupo de Trabajo de Patología Perinatal e Infantil de la Sociedad Española de Patología Forense (SEPAF) en el capítulo 6. (Schoendorf, 1992; Taylor, 1995), los antecedentes del embarazo, parto y puerperio, la última vez que fue visto con vida y momento en que fue encontrado muerto o sin respuesta a estímulos, la última vez que fue alimentado, por quién, cantidad y tipo de comida, invocándose por diferentes autores la importancia de la lactancia materna como un factor protector del SMSL, recomendándose que debe prolongarse al menos hasta los seis meses de edad, ya que la gran mayoría de muertes súbitas ocurren en este periodo, (Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil, 2013; Sánchez, 2009), cómo fue dejado el niño, posición y ropa de cama, y cómo fue encontrado, si el niño dormía solo o no, elemento este que se correspondería con el posible colecho y que lleva a plantearse la posibilidad de una muerte violenta y aumentar el riesgo de muerte súbita, como se ha demostrado en otros estudios y con los cuales coinciden los autores. (Venneman, 2014)

Los hallazgos macro y microscópicos obtenidos en las necropsias médico legales de los casos presentados coinciden con el estudio de Ferrer Marrero y otros. (Ferrer, 2014)

Finalmente reiteran los autores que debe ser practicada la necropsia médico legal , como complemento de la diligencia de levantamiento de cadáver en los casos que lo requiera o la inspección del Lugar del Hecho diligencia que ante la ausencia del cadáver generalmente no asiste el legista, error muy común en las practicas investigativas ya q este aporta entre el 60 y el 70% de los elementos útiles para arribar a conclusiones y posteriormente la insustituible necropsia médico legal con los siguientes requisitos: examen del vestuario, examen del exterior y el interior del cadáver, incluyendo todas las cavidades, y si es necesario ante la duda realizar la exploración musculo esquelética en los casos que lo requieran, toma de muestras para estudios virológicos, bacteriológicos, toxicológicos e histopatológicos, siendo necesario en ocasiones y si es posible tomar muestras para estudio genético, con el objetivo fundamental de poder determinar las causas y circunstancias de la muerte, cumpliendo los protocolos recogidos en el Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. (Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil, 2013).

En la necropsia médico legal resulta de vital importancia preservar todo el contenido del interior de la tráquea, un error que se repite es al realizar la extracción del bloque del toracico pequeñas cantidades de leche, jugos, pastas, secreciones gástrica pueden salir sin ser detectadas, esto anula las posibilidades del diagnóstico de la sofocación con independencia de la existencia de otros signos que indiquen hipoxia pero que por si solos no son categóricos como manchas de Tardieu, congestión visceral generalizada, edema pulmonar, cianosis subungeal, peribucal, etc ; ya que se pueden manifestar en otras entidades como las muertes de origen cardiovascular, vasos espasmos, crisis de epilepsias, entre otras.

Los autores consideran prudente recordar que existe la muerte indeterminada o necropsia en blanco, este tipo de resultado se puede observar con mayor frecuencia en este tipo de muerte, pero siempre aclaramos que es un diagnóstico exclusivo que se arriba por descarte de todo tipo, para el que se realizaron previamente estudios histológicos completos, toxicológicos, bacteriológicos y virológicos.

Los resultados y criterios emitidos por estos autores no difieren de los obtenidos por otros estudiosos del tema como Monzó Blasco y colaboradores, proponiéndose además realizar un estudio posterior cualicuantitativo en el Instituto de Medicina Legal que abarque al menos 10 años (Monzó, 2017).

EL SMSL constituye la primera causa de muerte posneonatal (entre el primer mes y el año de vida) en los países desarrollados, suponiendo el 40-50% de dicha mortalidad. Su frecuencia varía geográficamente. Entre los países con tasa alta (de 3 a 7 por 1000 nacidos vivos) se encuentran Australia (especialmente Tasmania), Nueva Zelanda e Irlanda del Norte. Los países occidentales tienen, en general, una tasa intermedia (de 1 a 3 por 1000 nacidos vivos), mientras que Hong Kong, Japón y Suecia presentan una tasa baja (de 0,05 a 1 por 1000 nacidos vivos) (Sánchez, 2013).

Consideramos que la muerte súbita del lactante es de causa multifactorial, donde interactúan una serie de mecanismos vinculados a la maduración y constitucionales que condicionarían alteraciones en sus funciones vitales y en el control cardiorrespiratorio, resaltando que los trastornos de centros específicos como el respiratorio u otros hacen que el diagnóstico anatomopatológico sea bien difícil y en ocasiones son causas de necropsias denominadas en blanco, en nuestra práctica los signos patológicos generales como el edema, congestión u otros inespecíficos nos orientan de manera un posible diagnóstico pero no es categórico, o sea, es imprescindible encontrar la causa que genera esos signos.

Cada vez adquieren mayor importancia como causa los trastornos de la regulación de la respiración durante el sueño. Exámenes de los troncos cerebrales de niños que murieron con diagnóstico de SMSL han revelado hipoplasia o disminución del sistema de neurotransmisores del núcleo arcuato, una región involucrada en la respuesta ventilatoria a la hipercapnia, quimiosensibilidad y respuesta a la presión arterial.

La hipótesis plantea que ciertos niños, por razones todavía no determinadas pueden tener un mal desarrollo o retraso de la maduración en esta región, que afectaría sus funciones o conexiones a regiones que regulan el despertar. Cuando la estabilidad fisiológica de estos niños está comprometida durante su sueño, ellos estarían incapacitados de despertarse para poder evitar la condición fatal de la anoxia (Kahn, 2002).

Se plantea entonces como teoría que la inhalación del aire exhalado y la consiguiente hipoxia e hipercapnia, constituye el principal peligro, mientras que otra propone la hipertermia, quizás en combinación con la asfixia como inicio de la cascada que lleva al desenlace fatal.

## Conclusión

El SMSI constituye un problema médico legal al comportarse como una muerte sospechosa de criminalidad, es un diagnóstico de exclusión y no puede, por lo tanto, realizarse sin una autopsia completa, que incluya los antecedentes, el examen del lugar, del vestuario y los estudios microscópicos, bacteriológicos, virológicos, toxicológicos y genéticos si es posible, los que revelan la causa de muerte en aproximadamente, el 15 % de los casos con un diagnóstico de presunción de SMSI y como resultado al conocerse la causa de la muerte ya deja de aparecer como síndrome de muerte súbita infantil.

Los estudios científicos y rigurosos constituyen la única alternativa para concretar los estudios y de esa manera arribar a conclusiones reales, las que no solo tienen su importancia para evaluar los comportamientos y seguimientos a embarazadas y lactantes, sino para que los registros y estadísticas médicas tengan el nivel de confiabilidad necesario, evitando los sub registros.

## REFERENCIAS

1. Beckwith, J.B. (1973). The sudden infant death syndrome. *Curr Prob Ped* 3:1-36.
2. Willinger, M.; James, L.S.; Catz, C. (1991). Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and human Development. *Ped Path*; 11:677-684.
3. Takatsu, A.; Shige, A.; Sakai, K.; Abe, S. (2007). Risk factors, diagnosis and prevention of sudden unexpected infant death *Leg Med (Tokyo)*. 9(2):76-82.
4. American Academy of Pediatrics (2017). Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *Pediatrics*. 11:914-7.
5. Sánchez, J (2016). Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [en línea]. Actualizado enero de 2016. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm>
6. Izquierdo, M.; Cohen, M.; De la Cruz, J.; Martínez, C.; Diago, V.; Fernández, B. (2003). *Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil*. 3ª ed. España. Editorial ErgonCreación, S.A. 3:37-119.
7. Clínica Mayo (2019). Síndrome de muerte súbita en el lactante. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sudden-infant-death-syndrome/symptoms-causes/syc-20352800>
8. Grupo de trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del lactante (2015). Sociedad Argentina de Pediatría. Considerations about the infant safe sleep: Executive summary. *Arch Argent Pediatr*. 113 (3):285-7.
9. Beckwith, J (2014). Defining the sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157:286-90.
10. Schoendorf, K.C.; Kiely, J.L. (1992). Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics*. 90(6):905-8,

11. Taylor, J.A.; Sanderson, M.A. (1995). Reexamination of the risk factors for the sudden infant death syndrome. *J Pediatr*. 126(6):887-91.
12. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil (2013). Grupo de Trabajo de Patología Perinatal e Infantil de la Sociedad Española de Patología Forense (SEPAF), Capítulo 6: Causas de muerte súbita infantil en España tras el estudio autóptico forense, 3ª edición.
13. Sánchez, J (2009) Lactancia materna y reducción del riesgo de SMSL. Disponible en: <http://perlinfad.wordpress.com/>
14. Venneman, M.M.; Hense, H.W.; Bajanowski T (2012). Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we solve the debate? *J Pediatr*. 160:44-8.
15. Ferrer, D.; Sánchez, Y.; Alfonso, G. (2014). Aspectos epidemiológicos y diagnósticos del síndrome de muerte súbita infantil. *AMC*, 18 (3): 328-341. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552014000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000300008&lng=es).
16. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil (2013). Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil, 3ª edición
17. Monzó, B. (2017). Estudio y prevención de la muerte súbita infantil: Experiencia en la comunidad valenciana. *CorSalud*, 9(3):137-142.
18. Sánchez, J.; Ortiz, L.C. (2013). Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1). Factores de riesgo. *Rev Pediatr Aten Primaria* 15(60).
19. Kahn, A; Sawaguchi, A; Groswasser, J; Franco, P; (2002). Sudden infant deaths: from epidemiology to physiology. *Forensic Science International* 130(14).



**Revista Mexicana de Medicina Forense  
y Ciencias de la Salud**