

Recibido: 9 de septiembre de 2005
 Versión definitiva: 16 de marzo de 2006
 Aceptado: 23 de marzo de 2006

Síndrome de muerte súbita del lactante.

Prevención en la práctica hospitalaria

RESUMEN

Objetivo: describir las prácticas hospitalarias relacionadas con el cuidado de los recién nacidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y las recomendaciones que se dan a la madre al egreso para prevenir en el hogar la muerte súbita del lactante.

Material y métodos: encuesta en 28 hospitales IMSS-Solidaridad y del régimen obligatorio del IMSS, seleccionados por muestreo aleatorio de las cuatro regiones del país, estratificados según número de nacimientos por año. Un profesional ajeno al hospital obtuvo la información con el cuestionario del *Maternity Advice Study* y visitando las áreas de alojamiento conjunto y cuneros.

Resultados: tanto en los hospitales del régimen obligatorio y de IMSS-Solidaridad, los recién nacidos fueron predominantemente acostados de lado para dormir. En las áreas de alojamiento conjunto del régimen obligatorio, la frecuencia de esta posición fue de 84.6 % y en IMSS-Solidaridad, de 81.1 %. Dicha posición también fue la más común en los cuneros: 67.1 % en el régimen obligatorio y 68.1 % en IMSS-Solidaridad. Respecto a la cuna, se observó con más frecuencia colchón de dureza intermedia y cabecera elevada. La parte del cuerpo más frecuentemente arropada fue del cuello hacia abajo, con una firmeza que impedía el libre movimiento de las extremidades. La información a las madres se dio fragmentada y 21 % no la recibió.

Conclusiones: no se observaron prácticas específicas para contender con la muerte súbita del lactante en los hospitales. Se requiere implementarlas y promover su continuidad en el hogar.

SUMMARY

Objective: to describe hospital care for newborns in the *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), as well as all the recommendations given to parents to prevent sudden infant death syndrome (SIDS) at home.

Material and methods: there were twenty-eight IMSS hospitals randomly selected from four geographical areas of the country, under a stratified sampling method according to the number of births per year. The method used was newborns direct observation in the neonatal care areas, and to fill out a questionnaire applied by trained observers. This questionnaire was adapted from the *Maternity Advice Study* that includes hospital care for newborns and all the recommendations that parents have to do for newborns at home.

Results: the newborns in neonatal areas used to sleep in lateral position (80 and 67 %). Baby cradles with medium firmness and elevated head-rest were predominant in the areas surveyed. Babies were generally wrapped-up from the neck to down, tightly enough that it prevented arm and leg movement. Parents received information on how to prevent SIDS at home, and up to 21 % of them received no information at all. Conclusions: there were no specific practices at all the hospitals in this survey to diminish SIDS. It is necessary to organize specific health actions to diminish the risk of SIDS at home.

Introducción

El síndrome de muerte súbita del lactante —“todo fallecimiento repentino e inesperado de un niño menor de un año aparentemente sano que no se explica por los antecedentes, la revisión del escenario en que ocurrió la muerte ni por los estudios *post mortem*”^{1,2} — sigue ocupando uno de los primeros lugares como causa de muerte

durante el primer año de vida, con un pico entre los dos y tres meses de edad.³ En países desarrollados se ha estimado que hasta 55 % de las muertes en niños menores de un año se debe a este síndrome.⁴ En Estados Unidos de Norteamérica ocupa el tercer lugar como causa de muerte, después de las malformaciones congénitas y el peso bajo al nacer asociado con la gestación corta,⁵ con una tasa de 0.57 muertes por mil nacidos

Samuel
 Flores-Huerta,¹
 Rosa Isela
 Ramos-Hernández,²
 Sergio
 Flores-Hernández,²
 Sofía
 Villa-Contreras,³
 Homero
 Martínez-Salgado⁴

¹Jefe del Departamento de Salud Comunitaria, Hospital Infantil de México “Federico Gómez”

²Unidad de Investigación en Epidemiología Nutricional

³División del Área Médica, Coordinación Norte, Unidad de Evaluación de Delegaciones

⁴Unidad de Investigación en Epidemiología Nutricional

Autores 2 a 4 adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:
 Samuel Flores-Huerta.

Tel.: 5228 9917,
 extensión 1192.

Dirección electrónica:
 floreshuertam@yahoo.com

Palabras clave

- ✓ síndrome de muerte súbita del lactante
- ✓ lactancia materna
- ✓ recién nacido

Kew words

- ✓ sudden infant death syndrome
- ✓ breast-feeding
- ✓ newborn

vivos en 2002, después de una reducción de 53 % en 10 años.³ En Latinoamérica, la tasa varía entre 0.1 y 5.4;⁶ en el año 2000 en México, la tasa se estimó en 0.6.⁷

Cuadro I
Nacimientos por año en 28 hospitales seleccionados del IMSS,
por régimen y por región de México

	2000 Nacimientos por año
Régimen obligatorio	
Región Norte	
Baja California, SL Río Colorado, HGSZ 12	1209
Baja California Sur, La Paz, HGZMF 1	1733
Chihuahua, Ciudad Juárez, HGZ 35	5865
Durango, Chapala, HGZ 5	2979
Nuevo León, Monterrey, HRE 33	26052
Región Centro	
Guanajuato, Celaya, HGZ 4	5660
Michoacán, Lázaro Cárdenas, HGZMF 12	2112
Querétaro, Querétaro, HGR 1	11420
San Luis Potosí, Ciudad Valles, HGZ 6	2082
Región Sur	
Hidalgo, Tulancingo, HGZ 2	1234
Puebla, Metepec, HGZ 5	812
Tlaxcala, Tlaxcala, HGOMF 8	3670
Veracruz Norte, Poza Rica, HGZMF 24	2192
Veracruz Sur, Minatitlán, HGZ 32	1634
Yucatán, Tizimín, HGZMF 5	682
Región Ciudad de México y área conurbada	
Estado de México, México Oriente, HGR 72	5320
Ciudad de México, D. F. 1, HGO 3	6789
Ciudad de México, D. F. 3, HGZMF 26	837
Ciudad de México, D. F. 4, HGZMF 47	6397
IMSS-Solidaridad	
Región Norte	
Coahuila, San Buenaventura	1564
Coahuila, Ramos Arizpe	1118
Chihuahua, San Juanito	1220
Durango, Guadalupe Victoria	1825
Región Centro	
Zacatecas, Concepción del Oro	1701
Michoacán, Paracho de Verduzco	1830
Región Sur	
Puebla, San Salvador el Seco	1419
Veracruz, Chicantepec	1403
Hidalgo, Huejutla	2149

HGSZ = Hospital General de Subzona
 Zona con Unidad de Medicina Familiar
 HGZ = Hospital General de Zona
 HRE = Hospital Regional de Especialidades
 HGO = Hospital de Ginecoobstetricia

HGZMF = Hospital General de
 Zona con Unidad de Medicina Familiar

Hasta el momento no se conoce la causa ni el mecanismo de cómo se produce la muerte en este síndrome, sin embargo, se han identificado factores de riesgo relacionados con la madre, el niño y las condiciones en las que duerme el niño:⁸⁻¹¹ posición boca abajo al dormir, que la madre fume durante el embarazo,^{2,12-17} que el niño al dormir comparta la cama con un adulto (padre o madre),⁸ que la cuna tenga colchón y almohada suaves, y que el niño esté excesivamente arropado mientras duerme.^{8,18,19}

La modificación de la posición para dormir, de boca abajo a boca arriba, es una práctica que se ha asociado con 53 % de reducción de la mortalidad.^{3,20,21}

La Academia Americana de Pediatría recomienda que los hospitales que atienden nacimientos pongan en práctica los cuidados que han mostrado impacto favorable en la disminución del riesgo para que se presente el síndrome,²² porque son el ámbito donde puede implementarse tempranamente estas recomendaciones.

En un estudio latinoamericano realizado en 16 países, en el que participó México, se encontró que la posición en que predominantemente duermen los niños es de costado con 48.8 %, mientras que sólo 25.2 % duerme en posición boca arriba.²³ En los hospitales de México incluidos en este estudio, todos de la Secretaría de Salud, la posición predominante también fue de costado con 68.9 %, mientras que la posición boca arriba representó 22.2 %. En otro estudio en países europeos, las prevalencias fueron similares a las de México: 65 % para la posición de costado y 26 % para boca arriba.²⁴

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene la mayor cobertura de servicios de salud en México: en el año 2000 atendía 50.5 millones de individuos, 39.5 millones pertenecientes al régimen obligatorio y 11 millones amparados por el Programa IMSS-Solidaridad.²⁵ En ese año nacieron en los hospitales de esta institución 736 422 niños, es decir, 26.3 % del total de los nacimientos en el país y la mortalidad infantil fue de 12.4 por mil nacidos vivos.²⁶ En la institución no se tiene registro de la magnitud de los fallecimientos por síndrome de muerte súbita del lactante.

Debido a que no se conocen las actividades realizadas en esta institución para contender con la disminución del síndrome, el objetivo de este estudio fue describir las prácticas de los hospi-

tales en relación con la posición para dormir a los recién nacidos, características de la cuna, arropamiento de los niños y las recomendaciones verbales a la madre cuando egresa del hospital.

Material y métodos

De mayo de 2000 a agosto de 2001, se realizó un estudio transversal en el que se seleccionaron 28 de 189 hospitales donde se atienden nacimientos. Para la selección se consideraron las regiones norte, centro, sur y ciudad de México con el área conurbada; así como la pertenencia al régimen, obligatorio o a IMSS-Solidaridad, y número de nacimientos por año. Con estas variables se establecieron tres estratos por región y régimen:

1. Hospitales con < 2000 nacimientos.
2. Hospitales con 2000 a < 10 mil nacimientos.
3. Hospitales con 10 mil o más nacimientos por año.

La muestra se ponderó usando la proporción inversa de las probabilidades de selección de cada uno de ellos, según las regiones y estratos descritos. Para obtener las prevalencias ponderadas y sus intervalos de confianza, se utilizó el paquete estadístico Stata 8.0 versión especial, que incor-

pora los pesos muestrales con el procedimiento *Surveymeans*.

El instrumento con el que se recabó la información fue el cuestionario del *Maternity Advice Study*,²⁴ con preguntas cerradas sobre los factores de riesgo para presentar síndrome de muerte súbita del lactante, agrupadas en las siguientes áreas:

1. Posición para dormir (boca arriba, boca abajo y de costado, acompañando cada pregunta con su respectivo dibujo).
2. Características de la cuna.
3. Arropamiento de los niños.
4. Recomendaciones dadas a la madre al egreso del hospital para prevenir la muerte súbita del lactante en el hogar.

En cuanto a la posición para dormir, la información se recabó en las áreas de alojamiento conjunto y cuneros, preguntando al personal responsable en qué posición colocaba a los recién nacidos sanos para dormir. Las respuestas esperadas no fueron excluyentes y para cada posición las opciones fueron siempre, comúnmente, a veces y nunca; las dos primeras se agruparon en comúnmente y las dos últimas en nunca.

En cuanto a las preguntas relacionadas con las características de la cuna, la información recabada fue si la cabecera se encontraba elevada, presen-

Samuel Flores-Huerta et al.
Prácticas
y recomendaciones
hospitalarias para prevenir
el SMSL

Cuadro II
Posición en la que comúnmente duermen los recién nacidos de 28 hospitales del régimen obligatorio y de IMSS-Solidaridad

Posición para dormir	Régimen obligatorio		IMSS-Solidaridad		% Total	IC 95 %
	%	IC 95 %	%	IC 95 %		
n	19		9		28	
N	190		68		258	
Alojamiento conjunto						
Boca arriba*	27.8	8.8-60.4	0.0	-	20.6	6.9-47.6
Boca abajo	11.7	2.3-42.5	18.8	1.7-75.3	13.6	3.6-39.4
De costado	84.6	48.7-96.9	81.1	24.6- 98.2	83.7	54.6-95.6
En cuneros						
Boca arriba*	40.2	16.8-69.1	13.0	1.33-62.4	33.2	15.2-57.9
Boca abajo	32.8	15.6-56.3	18.8	1.7-75.3	29.2	14.2-50.6
De costado	67.1	39.1-86.6	68.1	19.0-95.1	67.3	42.5-85.2

n = número de hospitales

N = muestra expandida

* Posición para dormir recomendada internacionalmente para prevenir el síndrome de muerte súbita

cia y características de la almohada, juguetes y dureza del colchón. En cuanto al arropamiento, se consideró la firmeza de éste, las capas de ropa, grosor de la tela y parte del cuerpo envuelta.

También se obtuvo información acerca de las recomendaciones verbales ofrecidas a la madre al egreso del hospital acerca de la mejor posición para que el niño durmiera en casa, así como sobre el amamantamiento, inmunizaciones, no fumar ni consumir drogas o alcohol.

Previa aprobación por la Comisión de Investigación del Instituto y consentimiento informado de las autoridades de cada hospital, un médico capacitado pero ajeno al hospital recabó la información solicitada en el cuestionario mediante observación directa en las áreas de cunero y alojamiento conjunto, sin alterar las actividades que se desarrollaban en el momento de la visita.²⁷

Resultados

El cuadro I muestra el total de hospitales seleccionados, agrupados por régimen y región del país, así como los nacimientos en cada uno de ellos en el año 2000.

El cuadro II muestra la posición en que comúnmente se colocaba a los niños en el área de alojamiento conjunto, en la que madre e hijo

comparten la misma cama, y cuando este último se encuentra en el área de cuneros de los hospitales de ambos regímenes. En el área de alojamiento conjunto del régimen obligatorio, 84.6 % de los recién nacidos dormía de costado; 27 %, boca arriba; 11.7 %, boca abajo. En los hospitales de IMSS-Solidaridad, 81.1 %, de los recién nacidos dormía de costado y 18.8 %, boca abajo; no se practicaba la posición boca arriba. En el área de cuneros del régimen obligatorio, 67.1 % de los recién nacidos dormía de costado; 40.2 %, boca arriba y 32.8 %, boca abajo. En los cuneros de IMSS-Solidaridad, 68.1 % dormía de costado; 18.8 %, boca abajo y 13 % boca arriba.

El cuadro III muestra las características de la cuna y el colchón en los que dormían los recién nacidos en el área de cuneros; 60.1 % de las cunas del régimen obligatorio se encontró con cabecera elevada y 36.2 % de IMSS-Solidaridad; 14.1 y 4.3 % de las cunas en el régimen obligatorio y de IMSS-Solidaridad, respectivamente, tenía almohada. No se observaron juguetes en las cunas de ninguno de los hospitales. En relación con el colchón de las cunas, en el régimen obligatorio se encontraron colchones firmes, blandos y con dureza intermedia en 39.2, 21.2 y 39.6 %, respectivamente. Con las características mencionadas, 26.1, 46.4 y 27.5 % en IMSS-Solidaridad.

Cuadro III

Características de la cuna en la que comúnmente duermen los recién nacidos de 28 hospitales del régimen obligatorio y de IMSS-Solidaridad

	Régimen obligatorio %	IC 95 %	IMSS-Solidaridad %	IC 95 %	Total %	IC 95 %
n	19		9		28	
N	190		68		258	
Características de la cuna						
Cabecera elevada*	60.1	35.3-80.5	36.2	9.3-75.7	53.9	33.7-72.8
Con almohada	14.1	3.8-40.3	4.3	0.5-28.8	11.6	3.6-31.6
Con juguetes	0.0	-	0.0	-	0.0	-
Características del colchón						
Firme*	39.2	20.7-61.2	26.1	26.0-26.0	35.7	21.8-52.6
Blando	21.2	7.8-46.1	46.4	14.3-81.7	27.7	13.6-48.2
Dureza intermedia	39.6	20.1-63.0	27.5	4.6-74.6	36.6	19.5-57.6

n = número de hospitales

N = muestra expandida

*Característica de la cuna y del colchón recomendadas internacionalmente para prevenir el síndrome de muerte súbita

El cuadro IV muestra las características del arropamiento de los recién nacidos durante su estancia en el hospital. Respecto a las capas de ropa que los recién nacidos tenían al momento de la visita, en ambos regímenes predominaron de dos o menos; 90.5 % en el régimen obligatorio y 100 % en IMSS-Solidaridad. En cuanto al grosor de la tela, en el régimen obligatorio los recién nacidos envueltos con tela gruesa fueron 57.9 % y en IMSS-Solidaridad, 39.2 %; con tela delgada, 37.6 y 42 % en régimen obligatorio e IMSS-Solidaridad, respectivamente. Sin envoltura, 4.5 y 18.8 % en régimen obligatorio e IMSS Solidaridad. La parte del cuerpo del recién nacido que predominó como la más frecuentemente envuelta fue del cuello para abajo: 90.5 % de los hospitales de régimen obligatorio y 57.9 % de los hospitales de IMSS-Solidaridad. La firmeza de la envoltura impedía el movimiento de los brazos en 67.1 % de los recién nacidos de los hospitales de régimen obligatorio y en 30.5 % de los niños de los hospitales de IMSS-Solidaridad.

En el cuadro V se muestran las recomendaciones verbales formuladas a la madre al egreso del hospital; el personal de salud no ofreció información integral sobre lo que la madre debía poner en práctica en el hogar para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante; la madre recibió información fragmentada sobre las diferentes medidas protectoras; en cuanto a la posición para dormir, el personal de salud recomendaba más la posición de costado que la posición boca arriba; 21.2 % de las madres egresaba sin información sobre este aspecto. Resaltan como medidas recomendadas, el amamantamiento e inmunizaciones, tanto en el régimen obligatorio como en IMSS-Solidaridad, con una mayor proporción en el último.

Samuel Flores-Huerta et al.
Prácticas
y recomendaciones
hospitalarias para prevenir
el SMSL

Discusión

La comunicación educativa del personal de salud de los hospitales donde se atiende nacimientos debe estar dirigida a promover acciones que dis-

Cuadro IV

Arropamiento del recién nacido durante su estancia en 28 hospitales del régimen obligatorio y de IMSS Solidaridad

Características	Régimen obligatorio %	IC 95 %	IMSS-Solidaridad %	IC 95 %	Total %	IC 95 %
n	19		9		28	
N	190		68		258	
Capas de ropa						
Dos o menos*	90.5	65.0-98.0	100.0	-	92.9	72.8-98.4
Tres o cuatro	9.5	1.9-35.0	0.0	-	7.1	1.5-27.1
Grosor de la tela con la que el niño está cubierto						
Fina	37.6	14.8-67.4	42.0	12.1-79.2	38.7	18.7-63.5
Gruesa	57.9	29.8-81.7	39.2	30.4-48.5	53.1	32.4-72.7
Sin envoltura	4.5	0.5-29.2	18.8	1.7-75.3	8.2	1.68-31.4
Parte del cuerpo del niño que está envuelta						
Todo el cuerpo excepto la cara	5.0	0.5-32.5	18.8	1.7-75.3	8.6	1.8-32.5
Del cuello para abajo*	90.5	65.0-98.0	57.9	20.7-87.9	82.1	62.6-92.6
De los brazos para abajo	0.0	0.0	4.4	0.5-28.8	1.2	0.1-8.6
Sin envoltura	4.5	0.5-29.2	18.9	1.7-75.3	8.1	1.6-31.4
Firmeza con la que el niño está envuelto						
Permite el movimiento de los brazos*	28.4	9.6-59.8	50.7	16.9-83.8	34.2	16.0-58.5
Impide el movimiento de los brazos	67.1	36.0-88.1	30.5	22.1-40.2	57.6	36.3-76.4
Sin envoltura	4.5	0.5-29.2	18.8	1.7-75.3	8.2	1.6-31.4

n = número de hospitales

N = muestra expandida

* Características del arropamiento recomendadas internacionalmente para prevenir el síndrome de muerte súbita

minuyen los riesgos asociados con las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el hogar.^{28,29}

En todos los hospitales estudiados se practican algunas medidas que protegen a los niños de morir por muerte súbita del lactante, pero que no están integradas como paquetes informativos para prevenir dicho síndrome. Así, por ejemplo, en todos los hospitales se promueve el amamantamiento como la manera de alimentar al recién nacido y se favorece el contacto de la madre y el niño dentro la primera hora después del nacimiento.³⁰ Sin embargo, no se incluye en los beneficios del amamantamiento el menor riesgo de morir por este síndrome.^{31,32} Aunque no se conocen los mecanismos de cómo el amamantamiento protege a los niños de morir, se ha propuesto que el mejor desarrollo de la faringe con una mejor coordinación de la succión y deglución de los niños amamantados, puede ser un factor de protección.³³

Dado que la muerte de los niños ocurre en la cuna, la posición en que duermen resulta de la mayor importancia. Sin embargo, los resultados de este estudio muestran que en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social no hay una política definida en cuanto a la posición en la cual debe colocarse a los niños para dormir. La posición de costado, la más observada, no parece que haya sido el resultado de una política dirigida

a prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante, toda vez que en la actualidad no se acepta que esta posición sea un equivalente de la posición boca arriba, debido a que desde la posición de costado los niños adoptan fácilmente la posición boca abajo, que se considera una posición de riesgo para los lactantes.^{12,34,35} En ambos regímenes se encontró que los niños son acostados en posición boca abajo y boca arriba sin el conocimiento de los beneficios o riesgos. Ante estos hallazgos, aparece como una gran oportunidad en el cuidado de la salud de los recién nacidos, que en las áreas de alojamiento conjunto y cuneros de los hospitales donde se atiendan nacimientos, los niños sean colocados sobre su espalda para dormir, con el objetivo de mostrar a la madre que esta posición es una medida de protección que deberá poner en práctica en su hogar. En Estados Unidos y otros países, esta sencilla medida ha resultado de mayor impacto en la disminución de la mortalidad por este síndrome,^{4,12,20,36} que la monitorización continua de la función cardiorrespiratoria de los niños en el hogar, cuyo costo es elevado.²² Para formar tempranamente el hábito de dormir en posición boca arriba, el personal de salud de los hospitales tiene que capacitarse para que los niños duerman sobre su espalda y no sobre su costado, como lo muestran los resultados de este estudio.

Cuadro V
Recomendaciones a los padres para prevenir el síndrome de muerte súbita, en el régimen obligatorio e IMSS Solidaridad

Recomendación	Régimen obligatorio %	Régimen obligatorio IC 95 %	IMSS-Solidaridad %	IMSS-Solidaridad IC 95 %	Total %	Total IC 95 %
n	19		9		28	
N	190		68		258	
Posición para dormir						
Boca arriba*	22.7	6.4-55.7	0.0	-	16.8	5.0-43.9
Boca abajo	10.9	1.8-44.5	18.9	1.7-75.3	13.0	3.2-40.1
De costado	45.2	26.0-65.8	81.1	24.6-98.2	54.5	36.0-71.7
Sin recomendación	21.2	6.5-50.3	0.0	-	15.7	5.0-39.1
Amamantamiento*						
Evitar fumar*	24.6	9.5-50.1	27.5	4.6-74.6	25.3	11.2-47.7
Inmunizaciones	48.5	21.8-76.0	91.3	73.6-97.5	59.5	36.5-79.0
Uso de drogas y alcohol	24.6	9.5-50.1	27.5	4.6-74.6	25.3	11.2-47.7

n = número de hospitales

N = muestra expandida

*Recomendación que la madre debería poner en práctica en su hogar para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante

Tampoco hay acciones de promoción a la salud para mantener un estándar sobre las características de las cunas y el arropamiento de los niños. Las cunas deben tener un colchón firme, sin utilizar objetos blandos para dormir como almohadas o edredones. Por su parte, el arropamiento debe permitir la movilidad de los brazos en lugar de impedirla, como se encontró en este estudio.¹⁹ Por otra parte, los responsables de las adquisiciones para el equipamiento de los cuneros deben recibir la asesoría de los trabajadores de la salud para adquirir el mobiliario apropiado.

En resumen, puede decirse que en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social no hay una promoción específica para contender con el síndrome de muerte súbita del lactante, como tampoco la hubo en los hospitales de la Secretaría de Salud que participaron en el estudio latinoamericano.²³ Las instituciones pueden aprovechar la presencia de la madre y del niño en el hospital para reorientar o implementar en los hospitales el paquete de acciones para disminuir los riesgos de presentar este síndrome en el hogar, centrándolo la promoción en las siguientes medidas:

- Recomendar a la madre que no fume durante el embarazo.
- Evitar el exceso de ropa en el niño y acostumbrarlo a dormir sobre la espalda, en una superficie firme y en una cuna sin objetos blandos, separada pero próxima a la madre.
- Fomentar el amamantamiento desde la primera hora del nacimiento del niño.^{3,37}
- En caso de que no se amamante, mantener un chupón en la boca del niño mientras duerme, medida que ha mostrado disminuir el riesgo de morir por el síndrome de muerte súbita del lactante.^{38,39}

La práctica de estas medidas en los hospitales y su promoción para continuarlas en el hogar fortalecería los programas gubernamentales de atención al recién nacido y tendría gran impacto en disminuir la mortalidad infantil.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social ya se ha dado un primer paso en la promoción para contender con este síndrome, al incluir en las *Guías para el cuidado de la salud de los niños*, información pertinente sobre la forma de prevenir la muerte súbita del lactante. Estas guías son documentos informativos que se entregan

de manera informada a la madre al momento de egresar del hospital, como parte de los *Programas Integrados de Salud* (PREVENIMSS) implementados para el cuidado integral de la salud de la población derechohabiente,^{40,41} y que podrían extenderse al cuidado de la salud del recién nacido en otras instituciones.

Finalmente, para evaluar el impacto de estas medidas es muy importante que en el sector salud se piense en este síndrome como causa de muerte (R95 de la Clasificación Internacional de Enfermedades) y se favorezca su registro.

Referencias

1. Willinger M, Jame L, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991;11:677-684.
2. Mitchell E, Engelberts A. Sleeping position and cot deaths. *Lancet* 1991;338:192.
3. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-1255.
4. Global Strategy Task Force. Report on SIDS mortality and total postneonatal mortality during the last decade in 17 selected countries. 1998.
5. Mathews TJ, Menacker F, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2000 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep* 2002;50:1-9.
6. Rocca-Rivarola M. Situación del síndrome de muerte súbita del lactante en Latinoamérica. En: Camarasa-Piquer F, editor. *Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL)*. Segunda edición. Madrid: GEMSI de la AEP; 2003. p. 21-33.
7. INEGI. Estadísticas de natalidad. Nacimientos registrados, 1990-2003. México: INEGI; 2004.
8. Thach B. Where should baby be put back to sleep? *J Pediatr* 2005;147(1):e6-e7.
9. Cardesa-García JJ, Galán- Gómez E, Hernández-Rastrillo R, Zarallo-Cortés L. Epidemiología del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). En: Camarasa-Piquer F, editor. *Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL)*. Segunda edición. Madrid: GEMSI de la AEP; 2003. p. 21-33.
10. Kahn A, Sawaguchi T, Sawaguchi A, Groswasser J, Franco P, Scaillet S, et al. Sudden infant deaths: from epidemiology to physiology. *Forensic Sci Int* 2002;130S:S8-S20.
11. Lagunas-Flores A, Lagunas-Jaimes GN. Síndrome de muerte súbita infantil. Aspectos epidemiológicos en Guerrero. *Rev Med IMSS* 2001;39(5):453-458.

12. Li DK, Petitti DB, Willinger M, McMahon R, Odouli R, Vu H, et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California 1997-200. *Am J Epidemiol* 2003;157: 446-455.
13. McGarvey C, McDonnell M, Chong A, O'Regan M, Matthews T. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child* 2003; 88:1058-1064.
14. Haslam RH. Smoking and sleep position are only pieces of the puzzle resulting in the sudden infant death syndrome. *Pediatr Res* 2000;48:715.
15. Lesko SM, Corwin MJ, Vezina RM, Hunt CE, Mandell F, McClain M, et al. Changes in sleep position during infancy. *JAMA* 1998;280:336-340.
16. Hoffman JH, 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 NY Acad Sci* 1998;533:13-30.
17. Ponsonby AL, Dwyer T, Couper D. Sleeping position, infant apnea, and cyanosis: a population-based study. *Pediatrics* 1997;99:1-7.
18. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr* 2005; 147(1):32-37.
19. Flick L, White DK, Vemulapalli C, Stulac BB, Kemp JS. Sleep position and the use of soft bedding during bed sharing among African American infants at increased risk for sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 2001;138:338-343.
20. Arnestad M, Andersen M, Vege A, Rognum TO. Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984-1998: implications for future prevention and research. *Arch Dis Child* 2001;85:108-115.
21. Malloy MH. Effectively delivering the message on infant sleep position. *JAMA* 1998;280:373-374.
22. Committee on fetus and newborn, American Academy of Pediatrics. Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *Pediatrics* 2003; 111:914-917.
23. Cafferata ML, Althabe F, Belizán JM, Cowan S, Nelson EAS. Posición al dormir en hospitales de América Latina y el Caribe para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. *An Esp Pediatr* 2002;57:558-564.
24. Nelson EAS, Serra A, Cowan S, Mangiaterra V, MAS Study Group for WHO EURO region. Maternity advice survey: sleeping position in Eastern Europe. *Arch Dis Child* 2000;83:304-306.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Información estadística de salud. México: Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera, IMSS; 2000.
26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Total de nacimientos. México: IMSS; 2000.
27. Villa-Contreras S, Flores S, Ramos RI, Duque-López X, Méndez-Ramírez I, Flores-Huerta S, et al. Metodología. En: Flores-Huerta S, Martínez-Salgado H, editores. *Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: IMSS; 2004. p. 17-31.
28. WHO. Integrated management of pregnancy and childbirth. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. Geneva: WHO; 2003.
29. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lineamiento técnico-médico para la atención del recién nacido en hospitales con ginecología. México: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; 2003.
30. Flores-Huerta S, Valverde-Garduño M, Islas-García SA, Martínez-Salgado H. Inicio de amamantamiento en el hospital y cuidados del recién nacido. En: Flores-Huerta S, Martínez-Salgado H, editores. *Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México*. México: IMSS; 2004. p. 61-72.
31. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la Asociación Española de Pediatría. *Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL), medidas preventivas y ambientales para evitar el SMSL*. *An Esp Pediatr* 2001;54:573-574.
32. American Academy of Pediatrics. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115: 496-506.
33. Pérez-González E, Hernández-Rodríguez MC, Marrero-García AR. Principales hipótesis y teorías patogénicas del SMSL. En: Camarasa-Piquer F, editor. *Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL)*. Madrid: GEMPSI de la AEP; 2000. p. 46-56.
34. Willinger M, Hoffman HJ, Wu KT, Hou JR, Kessler RC, Ward SL, et al. Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States. *JAMA* 1998;180:329-335.
35. Scragg RKR, Mitchell EA. Side sleeping position and bed sharing in the sudden infant death syndrome. *Ann Med* 1998;30:345-349.
36. Brenner R, Simons-Morton B, Bhaskar B, Mehta N, Melnick V, Revenis M. Prevalence and predictors of the prone sleep position among innercity infants. *JAMA* 1998;280:341-346.
37. Camarasa-Piquer F. *Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL)*. Segunda edición. Madrid: GEMPSI de la AEP; 2003.
38. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116: e716-e723.
39. Nelson EAS, Yu LM, Williams S, the International Child Care Practices Study Group Members. International child care practices study: breast-feeding and pacifier use. *J Hum Lact* 2005;21:289-295.
40. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guía técnica. Niños menores de 10 años. México: IMSS; 2003.
41. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Programa de Salud del Niño. Guía técnica. México: IMSS; 2003. 