

2. Campañas preventivas que han rebajado la incidencia de la muerte súbita del lactante

J.E. Olivera Olmedo¹, E. Aznal Sainz², M. Labayru Echevarría³

¹Jefe Servicio de Pediatría. ²Médico Adjunto. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino, Pamplona. ³Médico Adjunto. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Cruces. Bilbao

El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL) ha sido, hasta hace pocos años, la primera causa de mortalidad infantil postneonatal, en muchos países occidentales. Las notables diferencias en su incidencia, entre distintos países, podrían deberse a incorrectos registros de mortalidad, o a una falta de uniformidad de criterios en cuanto al diagnóstico de muerte súbita del lactante. En la actualidad se conoce que estas diferencias de incidencia, son reales, y pueden estar en relación con distintos hábitos sociales y de cuidados del entorno próximo del niño.

En la muerte súbita el pediatra siempre llega tarde. Asistimos a una tragedia y a un fracaso. Por lo tanto, nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a la investigación de los mecanismos etiopatogénicos y al estudio de su epidemiología, para su posible prevención.

La identificación de los factores de riesgo; lo que equivale a preguntar: ¿qué niños son los más expuestos a padecer una muerte súbita?, es algo primordial respecto a su prevención.

En 1975, se estableció por primera vez una puntuación, la de Scheffield⁽¹⁾, que valoraba datos referentes al embarazo, al par-

to y al período neonatal. Posteriormente se añadieron otras variables relacionadas con el primer año de vida del niño. Desde entonces, se conoce el mayor riesgo relativo para el bajo peso al nacimiento, la existencia de patología respiratoria neonatal, el bajo nivel socioeconómico de la madre, la gemelaridad, o el antecedente de un hermano fallecido previamente por muerte súbita. Sobre estos factores de riesgo la capacidad de intervención por parte del pediatra, e incluso de las autoridades sanitarias, es muy limitada.

A finales de la década 1980-90, se publicaron diversos artículos –procedentes sobre todo de países en los que la muerte súbita representaba, por su alta incidencia, un problema de salud pública– en los que se relacionaba, de una manera clara, la muerte súbita, con una serie de circunstancias que afectaban al entorno del niño y que se identificaron como «nuevos factores de riesgo».

Éstos eran, fundamentalmente: la postura en decúbito prono, durante el sueño; el sobrecalentamiento por exceso de ropa o calor ambiental y el tabaquismo materno, antes y después del parto. En menor medida, pero también como factores de riesgo: el compartir la cama con el niño,

TABLA I.

	Australia	Austria	Canadá	Dinamarca	Inglaterra	Finlandia	Alemania	Irlanda
1987								
1988				1,83‰		0,56‰	1,66‰	2,00‰
1989	2,19%			*****	2,08‰	*****		
1990								
1991	*****	1,83‰			*****		*****	*****
1992			0,85‰					
1993						0,45‰		
1994		*****		0,93‰				0,81‰
1995	1,09‰		*****		0,68‰		1,02‰	
1996		0,60‰						
1997			¿?					

Tasa media anual. Mortalidad antes de la campaña Tasa media anual. Mortalidad después de la campaña
 ***** Año en que se inició la campaña

(Adaptada de A. Jenik)

el uso de colchones blandos y la ausencia de lactancia materna.

Sobre todo ellos es teóricamente fácil la intervención pública, probablemente a un coste muy bajo, para tratar de evitarlos.

La profusión de trabajos, sobre estos «nuevos factores de riesgo», en los años 1990-94 fue sorprendente, pero todavía lo fue más, la rara unanimidad en los resultados obtenidos. La postura en prono, el exceso de calor y el que la embarazada fumara, favorecían la aparición de una muerte súbita. Por el contrario, el evitarlos, disminuía su incidencia⁽²⁻⁵⁾.

El trabajo de Beal y Finch⁽⁶⁾ y sobre todo, el trabajo de revisión de todo lo publicado hasta entonces sobre la postura en decúbito prono, de Guntheroth y Spiers⁽⁷⁾ en 1992, terminó de clarificar la situación y convencer a los todavía incrédulos o escépticos. Este artículo hacía referencia a trabajos realizados en siete países, estando representados cuatro continentes y tres razas distintas. La probabilidad de pade-

cer una muerte súbita era, durmiendo en prono, entre 3,5 y 9,3 veces superior que durmiendo en cualquier otra postura. La disminución de la prevalencia del decúbito prono se acompañaba de una disminución de la incidencia de muerte súbita, que oscilaba entre el 20% y el 67%. En opinión de los autores el abandono del decúbito prono supondría una disminución del número de fallecimientos por muerte súbita de un 50%.

CAMPAÑAS INTERNACIONALES

Ante esta evidencia epidemiológica fueron muchos los países que pusieron en marcha campañas de intervención para evitar estos factores de riesgo. La iniciativa de estas campañas partió de sociedades científicas, organismos sanitarios locales, o instituciones de salud pública nacionales, pero también de la preocupación y el esfuerzo de muchos pediatras sensibilizados con el problema de la muerte súbita.

TABLA II.

	Holanda	N. Zelanda	Noruega	Escocia	Suecia	Suiza	Francia	USA
1987	0,91‰ *****							
1988		4,26‰	2,13‰		0,8‰			
1989		*****	*****	1,86‰	*****	1,03‰	1,79‰	1,32‰
1990								
1991				*****				
1992						*****		*****
1993							*****	
1994	0,40‰	1,94‰	0,91‰	0,81‰	0,75‰	0,71‰	0,77‰	0,90‰
1995								
1996								
1997								

Tasa media anual. Mortalidad antes de la campaña Tasa media anual. Mortalidad después de la campaña
 ***** Año en que se inició la campaña

(Adaptada de A. Jenik)

La metodología usada también ha sido muy dispar. Mayoritariamente se han utilizado los medios de comunicación para hacer llegar la información a la sociedad. En otras ocasiones, las madres han sido informadas sobre la campaña en las maternidades, cuando han tenido un hijo, y en otros casos, la campaña ha sido dirigida específicamente a los médicos, con el fin de que fueran ellos los divulgadores de la información.

Respecto al contenido o mensaje de las campañas, el abandono de la postura en prono durante el sueño ha estado siempre presente, bien de forma exclusiva, o acompañado en muchas ocasiones con la recomendación de no fumar durante el embarazo y no abrigar al niño demasiado. Mucho menos frecuentes han sido las recomendaciones sobre no compartir la cama con el niño, no usar colchones blandos y evitar la lactancia artificial.

En las tablas I y II se expone el resumen de la revisión científica realizada por A. Jenik, S. Cowan y D. Vilar de Sarácha-ga⁽⁸⁾, en Argentina, sobre la evolución de las tasas de mortalidad por muerte súbita en el período 1987-1997, en distintos países, y la repercusión que sobre estas tasas han tenido las campañas de prevención, realizadas en cada uno de ellos.

La disminución de la mortalidad por muerte súbita ha sido una constante y una venturosa realidad, en todos los países en los que se han realizado campañas de prevención. Las diferencias, entre países, pueden explicarse por la distinta metodología y duración de la campaña y por el mayor o menor grado de impacto logrado, en cuanto a la evitación de los factores de riesgo.

Es importante señalar que los países que lo han investigado, han comprobado, que la disminución de la mortalidad por muerte súbita se ha acompañado de una disminución de la tasa de mortalidad in-

fantil global. Esto significa que han muerto menos niños por muerte súbita, pero no ha aumentado el número de niños muertos por otras causas, que teóricamente podrían haber estado relacionadas con los cambios efectuados. En concreto, con la colocación de los recién nacidos y lactantes en decúbito supino o lateral.

En la historia de la humanidad, los lactantes han dormido mayoritariamente en decúbito supino. Desde U.S.A., a mediados del siglo pasado, se promocionó y aconsejó el cambio de postura a decúbito prono, sin medir adecuadamente las consecuencias. Inicialmente, en este país, existieron bastantes reticencias sobre el peligro del decúbito prono. Sin embargo, la Academia Americana de Pediatría, publicó en *Pediatrics*⁽⁹⁾ en 1992 unas concretas recomendaciones sobre, «dormir sobre la espalda». En los años siguientes han sido varios los informes⁽¹⁰⁻¹²⁾ señalando el descenso de la mortalidad por muerte súbita, que 7-8 años después de la recomendación inicial de la A.A.P., se estima en un 40%.

CAMPAÑAS EN ESPAÑA

Las primeras actuaciones de tipo preventivo, en relación con la muerte súbita, se produjeron en 1993, promovidos por la iniciativa de un grupo de pediatras del País Vasco y de Navarra. Básicamente estas medidas consistieron en:

- La divulgación, a través de los medios de comunicación locales, de la realidad social de la muerte súbita y de los factores de riesgo que podrían ser evitados: decúbito prono, tabaco y excesivo calor.
- De forma casi simultánea en dos hospitales públicos: Cruces (Bilbao) y Virgen del Camino (Pamplona) donde se producen el 30-35% y el 70-75%, de

los nacimientos del País Vasco y de Navarra respectivamente, se tomó la decisión de poner a todos los recién nacidos sanos, en decúbito supino. Se informó a los padres del porqué de este cambio y se les recomendó que permanecieran en esta postura, durante el sueño, hasta los 6 meses.

- Se investigó la prevalencia del decúbito prono antes de la campaña (1992) y después de la campaña (1994).

Los resultados se exponen por separado en las tablas III y IV para Navarra y en las tablas V y VI para el País Vasco.

El limitado tamaño de ambas comunidades y su autonomía en materia sanitaria facilitó la puesta en marcha de las campañas. La información en los hospitales donde nacen los niños, sobre el cambio de postura, parece ser una medida muy eficaz para el abandono del decúbito prono, como ya había demostrado Markestad en Noruega⁽¹³⁾.

No se controló la modificación en las variables tabaco y calor, pero el descenso en la prevalencia del decúbito prono fue evidente, lo mismo que la esperada disminución de la tasa de mortalidad por muerte súbita: en Navarra el 75% y en el País Vasco el 50%.

Será difícil encontrar una intervención pública que con tan bajo, o nulo coste, haya obtenido unos resultados parecidos: el evitar la muerte de 4 o 5 niños, cada año, en cada una de las dos comunidades.

La verdadera incidencia de la muerte súbita, en el conjunto de España, no está bien establecida. La tasa de mortalidad publicada por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) entre 1985 y 1995 era del 0,3‰-0,4‰. Es muy probable que haya existido una infradeclaración por un inadecuado registro de la causalidad del fa-

llecimiento, en los lactante. En Navarra, debido a un cluster de muerte súbita sufrida en Enero de 1990⁽¹⁴⁾, se estableció un protocolo prospectivo de investigación de las causas del fallecimiento de todos los lactantes. La tasa de mortalidad por muerte súbita infantil, en los años siguientes, fue la esperada, 1,3‰ –1,4 ‰, similar a la de varios países de Europa.

En el mes de octubre de 2000, por iniciativa de la Asociación Española de Pediatría y en colaboración con el Ministerio de Sanidad, se puso en marcha en toda España una campaña de prevención, que consistió en las siguientes actuaciones:

- Celebración de una rueda de prensa, de forma simultánea en Madrid y Barcelona, como lanzamiento de la campaña.
- Edición de folletos, dípticos, informativos sobre el SMSL, sus factores de riesgo, y la forma de evitarlos.
- Comunicación oficial a las Consejerías de Sanidad de todas las comunidades autónomas, con la solicitud de que se encargasen de distribuir los folletos en la red sanitaria pública (centros de salud y ambulatorios) y en los hospitales públicos y privados que tuvieran maternidad. Se debía entregar un folleto a todas las madres que tuvieran un hijo en el año 2.001.
- Difusión de la campaña en los medios de comunicación autonómicos, por parte de pediatras y autoridades sanitarias locales.
- Distribución de folletos en las oficinas de farmacia, a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos.
- Publicación en el Boletín Informativo de la Asociación Española de Pediatría, que se distribuye a 8.000 pedia-

tras, de un editorial sobre la campaña.

El diseño de la campaña fue muy completo, y la repercusión en los medios de comunicación de toda España muy importante, pero limitada en el tiempo de duración.

En el último trimestre de 2001 se realizó una valoración de la campaña, mediante una encuesta sobre a una pequeña muestra de 256 pediatras y 181 familias.

Los folletos informativos, según la encuesta, habían sido expuestos en un 60% de los lugares de trabajo y solo se entregaron a un 48% de las madres que habían tenido un hijo meses antes. El 40% de las familias recordaban el slogan y los mensajes de la campaña. Solamente el 9,3% de los niños dormían en prono; el 22% de los padres consideraban que los niños debían estar muy abrigados y el 36% habían fumado en el embarazo o permitían que se fumara delante del niño.

El grado de cumplimiento de los objetivos propuestos en la campaña ha sido, en general, aceptable, pero de ejecución muy irregular en unas comunidades con respecto a otras.

El I.N.E. no ha facilitado todavía los datos sobre las tasas de mortalidad infantil por muerte súbita del año 2002, y las de 2001, son todavía provisionales. Aunque no se pueda valorar, todavía, de forma objetiva, el resultado de la campaña, lo ocurrido en Navarra y en el País Vasco, debe ser lógicamente extrapolable al conjunto de España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenter RG, Gardner A, Mc Weeny. Multistage scoring system for identifying infants at risk of expected death. Arch Dis Child 1997; 52:600-612.

2. Wingfield R, Fleming PJ, Berry PJ, Rudd PT, Gulding J. Can the fall in Avons's sudden death rate explained by changes in sleeping position? *BMJ* 1992; 304:282-283.
3. Fleming PJ, Stewart AJ. Sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome. En: Report of the chief medical officer's expert working group on the sleeping position of infant and cot death. London: HMSO;1993. p. 45-48.
4. De Jonge JA, Burgmeijer RJ, Eugelberts AC, Hoogenboezem J, Kostense PJ, Sprig AJ. Sleeping position for infants and cot death in the Netherlands 1985-1991. *Arch Dis Child* 1993; 69: 660-663.
5. Hiley CN, Mudley DJ. Evaluation of government's campaign to reduce risk of cot death. *BMJ* 1994; 309:703-704.
6. Beal JM, Finen CF. An overview of retrospective case-control study investigating the relationship between prone sleeping position and SIDS. *J Paediatr Child Health* 1991; 27: 334-339.
7. Guntheroth Wg, Spiers PS. Sleeping prone and the risk of sudden infant death syndrome. *JAMA* 1992; 267:2359-2362.
8. Jemik A, Cowan E, Vilar de Saráchaga D. SIDS Argentina. Síndrome de Muerte Súbita del lactante. www.sids.org.ar.
9. American Academy of Pediatrics. Task force on infant positioning and SIDS *Pediatrics* 1992; 89:1120-6.
10. Willinger M, Hoffman HJ, Wu KT, et al. Factors associated with the transition to nonprone sleep position on infant in the United States: the national Infants sleep position Study. *JAMA* 1998; 280:329-35.
11. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Factors associated with caregivers choice of infant sleeping position 1994-1998: the national infant sleep position study. *JAMA* 2000; 283: 2135-42.
12. Center for Disease Control and Prevention. Progress in reducing risky infant sleeping position 13 states 1996-1997. *MMWR Morb Mortal WKly Rep* 1999; 48: 878-82.
13. Markestad T. Sleeping position and crib death in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992; 112(11): 1427-1429.
14. Moreno C, Ardanaz E, Olivera JE, Castilla J, De Pedro J. A temporal-spatial cluster of sudden infant death syndrome. Spain. *Eur J Epidemiol* 1994; 10: 129-134.