

Anexo 1.7

Consenso para la reducción del riesgo en síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

Comité en Síndrome de muerte súbita del lactante de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE)

Ciudad de Florencia, Italia 2002



Esta propuesta está dirigida a todas aquellas personas involucradas en el cuidado de los niños y en sus hábitos de crianza, en particular a padres, médicos, enfermeros, educadores y ha sido realizada por el Comité en Muerte Súbita del Lactante de la Asociación Latinoamericana de Pediatría, el cual está integrado por miembros de diversos países como Argentina, Brasil, Chile, España, Italia, Portugal, Uruguay, entre otros.

Se define al síndrome de muerte súbita del lactante o síndrome de muerte súbita inexplicada del lactante como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año de edad, que permanece inexplicable luego de una profunda investigación, que incluye el estudio de la autopsia completa, la investigación de la escena de la muerte y la evaluación de la historia clínica del niño y su familia.

La tasa de mortalidad para SMSL en países latinoamericanos es variable según características demográficas, clima, niveles de educación, cumplimiento de las medidas preventivas, niveles socioeconómicos de la población evaluada y capacidad de estudios diagnósticos.

Las cifras que se cuentan en nuestros países son escasas y oscilan entre 0,2 a 0,8 por mil nacidos vivos, por lo cual, este síndrome debe constituir una preocupación para las autoridades sanitarias, sociedades científicas, médicos asistenciales y familias.

Es imprescindible que nuestros países trabajen a través de estudios protocolizados de autopsia completa según normas internacionales, para un correcto diagnóstico y obtención de cifras reales de las causas de mortalidad infantil y en una adecuada formación y recolección de datos epidemiológicos sobre los hábitos de crianza.

FACTORES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

La frecuencia es mayor entre los 2 y 4 meses de edad y en los meses más fríos del año, la etiología permanece desconocida; pero existen algunos factores que se asocian con mayor frecuencia a estos niños.

Factores sociales, maternos y perinatales

El riesgo de SMSL aumenta en los niños que provienen de hogares con menores recursos y niveles de educación bajos, hecho que a veces fomenta el hacinamiento.

Madres adolescentes, intervalos intergestacionales cortos, embarazos poco controlados y tabaquismo durante la gestación.

Factores propios del recién nacido como prematuridad, retardo o restricción del crecimiento intrauterino y peso al nacer menor de 2.500 g, también aumentan el riesgo.

Factores ambientales y hábitos de crianza

Estos factores son muy importantes pues ellos pueden ser modificados por la familia, lo cual los transforma en verdaderos pilares de prevención para disminuir el riesgo.

Posición de los bebés para dormir

Existen numerosos estudios que han revelado la estrecha asociación de dormir boca abajo (decúbito prono) con un incremento del SMSL. El análisis de la literatura médica publicada demuestra esta fuerte asociación entre la posición de prono y la mayor incidencia del SMSL.

Los bebés que duermen boca arriba tienen entre 12,5 a 17 veces menor riesgo de presentar un SMSL, por lo cual todo

niño debe ser colocado para dormir boca arriba (decúbito supino), salvo contraindicación médica específica.

Es importante destacar que no ha habido un aumento de la morbimortalidad por broncoaspiración en aquellos países donde se ha cambiado la posición para dormir, de boca abajo a boca arriba o posición de supino.

Cuidados a tomar en la cuna

Debe tener colchón firme, libre de almohadas, juguetes o ropa arrollada dentro de la misma. No se aconseja el abrigo exagerado, como tampoco se aconseja cubrir su cabeza durante el sueño.

Cigarrillo

El cigarro o cigarrillo, cuando se fuma durante la gestación, puede triplicar el riesgo del SMSL; dependiendo del número de cigarrillos consumidos, el riesgo también aumenta cuando la madre o el padre fuman en el ambiente en que permanece el niño (fumador pasivo).

Lactancia

La lactancia materna es el mejor alimento para el niño. Existen estudios que demuestran que la lactancia parecería ser un factor protector en SMSL. Es aconsejable mantener y fomentar la lactancia materna por sus múltiples beneficios; prevención de infecciones, desarrollo del sistema nervioso, contacto piel a piel madre-hijo, menor umbral para despertares, etc.

Compartir la habitación

Es aconsejable que los bebés duerman en la misma habitación que sus padres hasta la edad de los 4 a 6 meses, esto favorece la lactancia materna y los cuidados durante el sueño, reduciendo el riesgo de

presentar SMSL. Para mayor información consulte con su médico pediatra.

Consejos útiles para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

1. Acueste al niño boca arriba para dormir.
2. Déle de mamar, la lactancia materna es el mejor alimento para el niño.
3. No lo abrigue demasiado, ni cubra su cabeza para dormir.
El exceso de ropa (sobre abrigo) o el exceso de calor de la habitación aumenta el riesgo.
4. El colchón donde duerme el bebé debe ser firme, evite utilizar almohadas o juguetes blandos en la cuna.
5. Mantenga limpio el ambiente, no permita que se fume en su entorno.
Y si su bebé no ha nacido todavía, recuerde concurrir a los controles periódicos con su médico y conocer que el consumo de tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo genera muchos riesgos para su bebé, aumentando, entre ellos, el de padecer una muerte súbita del lactante.
Para más información, consulte a su pediatra.

Consenso para la reducción del riesgo en muerte súbita del lactante de la ALAPE

Realizada en el marco del IV Simposio Latinoamericano en muerte súbita del lactante y VII Conferencia Internacional en Sudden Infant Death Syndrome, Florencia, Italia. Agosto 2002

Coordinador: Dr. M. Rocca Rivarola (Arg). Integrantes: Dr. J. Calheiros Lobo (Por) - Dr. F. Camarasa Piquer (Esp)- Dr. F. Follett (Arg) - Dra M. Lahorgue Nunes (Bra) - J.E. Olivera (Esp)- Dr. A. Jenik (Arg) - Dra I. Rubio (Uru) - Dr. P. Peirano (Chi)

- Dr. L. Nespoli (Ita) - Dra. B. Aguilera (Esp) - Dr. R. Piumelli (Ita), Dra. Virginia Kanopa Almada (Uru) - Dra. María Villa (Ita)-Dra. Simone Gusmao Ramos (Bra) - Dr. A. Vigo (Ita) - Dr. Jacopo Pagani (Ita).

BIBLIOGRAFÍA

1. AAP task force on infant positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992; 89; 1120-1126.
2. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la muerte súbita infantil de la Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco. Síndrome de muerte súbita del lactante. Ergon, 1996.
3. Willinger M, James LS. Defining the SIDS: Deliberation of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991; 11:677-84.
4. Rocca Rivarola Manuel. Síndrome de muerte súbita infantil en Argentina: Resultado de los primeros años de estudio. *Anales Españoles de Pediatría* 1977; Suplem. 92:16-17.
5. Grupo de trabajo en Muerte súbita del lactante. Recomendaciones para disminuir el riesgo de SMSL. *Arch Arg Pediatría* 1997;95(2):127-129.
6. Franco P, et al. Prenatal exposure to cigarette smoking is associated with a decrease in arousal in infants. *J Pediatr* 1999;135:34-48.
7. Kahn A, et al. Sleep and cardiorespiratory characteristics of infants victims of sudden death: a prospective case-control study. *Sleep* 1992;15:287-292.
8. Kahn A, et al. Prenatal exposure to cigarettes in infants with obstructive sleep apneas. *Pediatrics* 1994;93:778-783.
9. Mitchell EA, et al. Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand: 1986-1992. *Arch Dis Child* 1994;70:291-294.
10. Rognum TO. SIDS or not SIDS? Classification problems of sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr* 1996; 85(4): 401-3.
11. Mitchell EA, Brunt JN. Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand. 1986-1992. *Arch Dis Child* 1994; 70: 291-294.

12. Kahn J, Wacholder A, et al. Prospective study on the prevalence of sudden infant death and possible risk factors in Brussels: Preliminary results (1987-1988). *Eur J Pediatr* 1990; 149: 284-7.
13. American Academy of Pediatrics. Task Force on Infant Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000;105:650-656.
14. Mitchell EA, Touhy PG, Brunt JM, et al. Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. *Pediatrics* 1997;100: 835-840.
15. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *Br Med J* 1999;319: 1457-1462.
16. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita del Lactante. Nuevas recomendaciones para la disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante. Comité en SMSL de la Sociedad Argentina de Pediatría Arch. Argent Pediatr 2000; 98(4):239-243.
17. Gutiérrez C, Palenzuela S, Rodríguez A, Balbela B, Rubio I, Lemes A, Scavone C, Kanopa V, Ramos Nicolini S., Muerte inesperada del lactante. Diagnóstico de situación en la ciudad de Montevideo. *Arch Pediatr Urug* 2001;72(3):185-197.
18. Mitchell E. Epidemiology. Evidence based medicine and reduction: Prone sleeping position and smoking. Plenary session. SIDS International conference. Florencia. Italia Agosto 2002.
19. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins MP, da Costa JC. Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *Jornal de Pediatria (RJ)* 2001; 77: 29-34.
20. Nunes ML, Martins M, Nelson EAS, Cowan S, Cafferata ML, da Costa JC. Maternity advice survey: sleep position in Brazil. *Cadernos de saúde pública* 2002;18:109-118.
21. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Teixeira AMB, Ashworth AA. Infant mortality in southern Brazil: a population based study of causes of death. *Archives of Disease in Childhood* 1987;62:487-490.
22. Peres LC. Sudden unexpected infant death syndrome in ribeirão Preto, Brazil. *Revista Paulista de Medicina* 1998; 116:1803-7.
23. Pinho APS. Estudo dos Prováveis Fatores de Risco Associados à Síndrome da Morte Súbita do Lactente. 2001. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Orientador: Magda Lahorgue Nunes.
24. Rodríguez Alarcón J. ¿Debemos aconsejar que los lactantes no duerman en decúbito prono?. *Bol S Vasco-Nav Ped* 1992; 26:1-4.
25. Carpenter R. et als. ECAS European Coordinated Action on SIDS. *An Esp Pediatr* 199;46 S 92, 21.
26. Camarasa Piquer F. Editorial: El Síndrome de la muerte súbita del lactante (S.M.S.L.). *An Esp Pediatr* 1999; 51: 453-455.
27. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la AEP. Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL). Medidas preventivas ambientales. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 573-74.
28. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and sudden infant death syndrome. En: International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. Genova, World Health Organization, 1999: 105-129.
29. Jenik A, Cowan S. Muerte Súbita del lactante: ¿Cómo proteger a los niños durante el sueño?. *Salud Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)* 1998 Dic;17:41-44.
30. McVea K, Turner PD, Peppeler DK. The role of breastfeeding in Sudden Infant Death Syndrome. *J Hum Lact* 2000; 16 (1);13-20.
31. Aspres N, Boccaccio C, Jenik A. Medio Ambiente y Pausas de Crianza. Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno-Infantiles y Nutricionales. Noviembre de 2001. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina.