# Anexo 3.4
# Artículo especial*

*Publicado en Anales Españoles de Pediatría 2001; 54: 573-574.

## SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL). MEDIDAS PREVENTIVAS AMBIENTALES PARA EVITAR EL SMSL

**«Grupo de Trabajo» para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la Asociación Española d Pediatría**

El síndrome de la muerte súbita del lactante es el diagnóstico atribuido a la muerte repentina de un niño de menos de un año de edad que carece de explicación tras una investigación completa, que incluye la práctica de la autopsia, el estudio del entorno donde ha ocurrido el fallecimiento, y la revisión de los síntomas o afecciones que padeció el niño antes de la muerte así como cualquier otro dato del historial clínico.

El SMSL es la causa principal de muerte en lactantes de un mes a un año de edad en los países desarrollados.

Actualmente, no existe forma de predecir qué niños van a fallecer por SMSL; sin embargo, existen distintos procedimientos que los padres pueden adoptar para reducir el riesgo de que sus hijos fallezcan por esta causa.

Una buena atención prenatal, que incluye la nutrición adecuada, la abstención en el uso de tabaco, alcohol o drogas por la madre y exámenes frecuentes iniciados desde el principio del embarazo, puede ayuda a evitar que el niño desarrolle alteraciones que puedan aumentar su riesgo de muerte súbita. Estos procedimientos también pueden reducir las probabilidades de nacimiento prematuro o con bajo peso, lo que también incrementa el riesgo. Una vez producido el nacimiento, el niño debe permanecer en un entorno completamente libre de humo de tabaco.

Los padres y los cuidadores deben atender a que los niños duerman siempre boca arriba. Numerosos estudios han demostrado que, cuando los niños duermen boca arriba, se reduce la tasa de fallecimientos por SMSL en un 50% en los países en donde tradicionalmente se les colocaba a dormir boca abajo. Cuando los niños duermen de lado, la reducción del riesgo de SMSL es inferior a la que se tiene cuando duermen boca arriba. Si por alguna razón el niño tuviera que dormir de lado, debe colocársele de forma que su brazo inferior esté orientado hacia delante para evitar que pueda acabar girándose boca abajo.

Muchos padres colocan a sus niños boca abajo porque creen que esto les ayuda a evitar la aspiración de regurgitaciones o vómitos durante el sueño. Sin embargo, estudios realizados en los países en donde se ha producido el cam-

bio en la posición para dormir no han revelado ninguna evidencia de aumento del riesgo de aspiración o de problemas semejantes. En algunos casos, los pediatras pueden recomendar que los niños duerman boca abajo si presentan trastornos tales como reflujo gastroesofágico grave o ciertas alteraciones de las vías aéreas respiratorias (malformaciones oro-mandibulares, S. de Pierre-Robin) que les predisponen particularmente a la aspiración de reflujos o a problemas respiratorios si durmieran boca arriba. Si los padres no están seguros de cuál es la mejor posición para sus niños, deben siempre comentar este aspecto con el pediatra.

Sin embargo, se recomienda que el niño permanezca boca abajo durante algún tiempo mientras que está despierto y bajo la observación de un adulto, porque ello conviene al desarrollo motor del tronco. Además, esta posición puede ayudar a evitar el aplanamiento occipital que puede producirse si el niño permanece siempre acostado boca arriba; en todo caso, esta alteración es siempre transitoria y desaparecerá enseguida cuando el niño comienza a sentarse.

Los padres deben asegurarse de que el niño duerma sobre un colchón firme u otra superficie plana. Deben evitar la utilización de mantas o edredones blandos, así como superficies blandas sobre el colchón, tales como «borreguito» u otros materiales acolchados. Nunca deben ser acostados sobre colchones de agua o con juguetes blandos o de peluche dentro de la cuna.

Estudios recientes han demostrado que, si el niño comparte la cama con un adulto sus patrones de sueño pueden resultar alterados y puede aumentar el riesgo de SMSL. La madre no debe fumar o consumir sustancias como el alcohol o drogas que pueden interferir con su capacidad para despertarse. Es importante hacer saber que, a diferencia de las cunas que están diseñadas para proporcionar seguridad al niño, las camas de los adultos no han sido diseñadas para este propósito y ello puede conllevar el riesgo de atrapamiento y sofocación accidental.

Los niños no deben pasar frío pero tampoco deben ser abrigados en exceso porque, cuando su cuerpo está sobrecalentado, hay más posibilidades de que duerman de una manera tan profunda que les resulte difícil despertarse. La temperatura en la habitación del bebé debe ser confortable y no se debe arropar al niño en exceso.

En algunos estudios se ha encontrado que el SMSL es menos frecuente en niños que reciben lactancia materna. Esto puede ser debido a que la leche materna puede proteger frente a algunas infecciones capaces de desencadenar el SMSL en niños.

La indicación de que las inmunizaciones pueden aumentar el riesgo de SMSL no están soportadas por ninguna evidencia y aún más, los niños que reciben las vacunaciones programadas tienen menos probabilidades de sufrir el SMSL.

La ESPID (Sociedad Europea para la Prevención de la Muerte Infantil) recomienda se hagan «campañas de divulgación» en cada país, aplicando factores ambientales que ayudan a prevenir el SMSL y que son:

1. Dormir en decúbito supino durante el primer semestre de la vida (excepto por contraindicación médica).
2. Evitar el tabaquismo materno durante la gestación y lactancia.

3. Evitar el tabaquismo en el entorno del lactante.
4. Evitar el estrés térmico ambiental (Tº ideal 20º) (exceso de calefacción y de ropas/prendas de abrigo).
5. Desaconsejable que el lactante duerma en la misma cama que los padres.
6. Fomentar la lactancia materna (primeros 6 meses).

El 19 de octubre de 2000, se presentó simultaneamente en el Ministerio de Sanidad de Madrid y en la Conselleria de Sanitat de Barcelona una campaña nacional que con el lema «Ponle a dormir boca arriba» pretende difundir y aplicar en España las medidas preventivas del SMSL. Se editarán Pósters alusivos a los consejos para que sean repartidos en áreas básicas de salud, hospitales pediátricos, maternidades, farmacias, etc., y también se enviará un folleto díptico a todas las familias que tengan un recién nacido durante todo el año 2001.

## BIBLIOGRAFÍA


1. The European Society for the Study and Prevention of Infant Death (ESPID). Biology of the Neonate 1992; 61: 259-70.
2. Ponsosnby AN, et al. Factors pontiating ths risk of SIDS associated with tha prone position. The New England, 1993; 329.
3. Olivera JE, et al. Cambio de postura y disminución de la tasa de mortalidad por muete súbita unfantil, en Navarra. An Esp Pediatr 1996; 45: 161-66.
4. GEPMSI de la AEP. Libro blanco. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Madrid. Ergon, S.A. 1996.
5. Carpenter R et al. ECAS European Concerted Action ons SIDS. An Esp Pediat 1997;46 S 92, 21.
6. Olivera JE, et al. Mortalidad infantil y mortalidad por muerte súbita infantil en Navarra 1985-1996. An Esp Pediatr 1998; 49: 348-52.
7. Malloy MH, et al. Birth weight -and gestational age- specific Sudden Infant Death Syndrome Mortality: United States, 1991 versus 1995. Pediatrics 2000; 105:1227-31.