

Anexo 3.1

Comunicado oficial*

«Grupo de Trabajo» para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la Asociación Española de Pediatría (GEMPSL de la AEP)

*Publicado en Anales Españoles de Pediatría 1994; 41: 77.

El Grupo de Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante (GEMPSL) de la Asociación Española de Pediatría (AEP), en reunión celebrada en Murcia el 11 de octubre de 1993, trató sobre **¿Qué postura deben adoptar los lactantes al dormir?**, y acordó realizar un comunicado oficial, a petición de la AEP, en los siguientes términos:

1º. Existen datos bibliográficos en los que parece indiscutible una asociación estadísticamente significativa entre la postura en «decúbito prono» al dormir y el síndrome de muerte súbita del lactante. En múltiples estudios el riesgo relativo de muerte súbita entre los lactantes que duermen en «decúbito prono» es mayor que 1 y en ningún caso se ha publicado un riesgo menor que 1, respecto de los que duermen en «decúbito supino». La modificación de las pautas de comportamiento de diferentes poblaciones en este sentido, es decir, el cambio del hábito de que los lactantes duerman en «decúbito supino», se ha acompañado indefectiblemente de disminución, a veces muy importante, de las tasas de mortalidad por el síndrome de muerte súbita infantil.

2º. El GEMPSL suscribe el contenido del Editorial «¿Debemos aconsejar que los lactantes no duerman en decúbito prono?», publicado en el *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría* XXVI, 86, (1-4), 1992 y recomienda su lectura.

3º. El GEMPSL no dispone, en el momento actual, de datos epidemiológicos de la población española respecto a este problema, por lo que no podemos hacer recomendaciones a la población sino basados en experiencias recogidas en otros países.

4º. El Grupo Permanente de Trabajo sobre Aspectos Epidemiológicos de la ESPID (Sociedad Europea para la Prevención de la Muerte Súbita Infantil) durante su 3º Congreso Anual celebrado en Oxford (Reino Unido) en agosto de 1993, reconoció la conveniencia de aconsejar el «decúbito supino» al ser un factor preventivo para evitar la muerte súbita infantil.

5º. Hay indicaciones médicas que aconsejan posturas idóneas al dormir, como en los casos de síndrome de Pierre-Robin (en prono), en los lactantes afectados de reflujo gastro-esofágico (cabeza elevada en prono o en decúbito

lateral derecho) o aquellos prematuros que en prono muestran una mejor saturación de oxígeno y menores necesidades energéticas.

6°. El GEPMSL, como conclusión, quiere transmitir a los pediatras españoles

que el recomendar que los lactantes sanos duerman en «decúbito supino», frente a la tradicional postura de dormir en «decúbito prono», puede representar una medida preventiva para evitar la muerte súbita.

Anexo 3.2

Comunicado del Grupo para el Estudio y Prevención de la muerte súbita infantil (GEPMSI) de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*

J.E. Olivera Olmedo¹, E. Camarasa Piquer²

¹Responsable de Aspectos Sociales. ²Coordinador Nacional del GEPMSI de la AEP.

*Publicado en Anales Españoles de Pediatría 1996;45:332.

En 1994, el GEPMSI publicó en Anales Españoles de Pediatría un comunicado recomendando el abandono de la postura en decúbito prono durante el sueño, en los niños sanos y en los primeros meses de la vida, al estar demostrado que esta medida se acompañaba de una disminución de la tasa de muerte súbita infantil (MSI). A nivel nacional se desconoce la prevalencia de la postura en decúbito prono durante el sueño y el impacto y la repercusión que ha tenido esta recomendación. Existen datos referidos al País Vasco y a Navarra.

Junto con la postura en prono se han identificado, desde el punto de vista epidemiológico, otras circunstancias relacionadas asimismo con el cuidado y entorno del lactante que representan también factores de riesgo para padecer una MSI. Estas son: el excesivo arropamiento y calor ambiental, lo que se ha definido como sobrecalentamiento o estrés térmico; el hábito tabáquico de la madre antes y después del parto y el que el niño comparta la cama con el adulto.

Estos factores de riesgo son fácilmente modificables, y la intervención sobre

ellos se ha acompañado indefectiblemente de una disminución de la tasa de MSI.

Existe una abundante bibliografía sobre estos «nuevos» factores de riesgo, con una rara unanimidad en los resultados. Los pocos artículos en los que se manifiesta alguna disidencia, son solo artículos de opinión, donde se postulan hipótesis, pero no se demuestran resultados.

El GEPMSI recomienda que, auspiciada y promovida por la AEP, se ponga en marcha una campaña de información a nivel nacional, donde se divulguen los beneficios que, con respecto a la posibilidad de padecer una MSI se pueden obtener si se evita:

La postura en prono durante el sueño, el sobrecalentamiento del niño, el hábito tabáquico de la madre y el compartir la cama con el niño

No hay que buscar más justificaciones para divulgar estos conocimientos. Por el contrario, tendríamos que encontrar alguna justificación para no hacerlo.

GEMPSI
Asociación Española de Pediatría
Junio 1996

Anexo 3.3

Editorial*

*Publicado en Anales Españoles de Pediatría 1999; 51: 453-455.

EL SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

Dr. Frederic Camarasa Piquer

Coordinador Nacional del «Grupo de Trabajo» para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEPMSI de la AEP).

En el mes de septiembre de 1996, en Santiago de Compostela, durante la celebración en la ciudad gallega del II Symposium Nacional del Síndrome de la Muerte Súbita Infantil⁽¹⁾, se presentó oficialmente el «Libro blanco» Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL)⁽²⁾, que durante 2 años habían elaborado los componentes del «Grupo de Trabajo» para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEPMSI de la AEP), compromiso asumido durante el I Symposium Nacional sobre el tema, celebrado en Barcelona en junio de 1994.

Después de su presentación oficial, el «Libro blanco» fue repartido, por una casa comercial, entre la mayoría de pediatras de toda España, con la intención de facilitarles una puesta al día sobre el SMSL y una correcta actitud frente a la dolorosa situación de tener que atender casos de

muertes súbitas de lactantes y/o valorar adecuadamente a la población infantil, susceptible de padecerla.

Transcurridos 2 años desde que se divulgara el LIBRO, su acogida ha sido muy favorable como lo indican las críticas aparecidas en revistas pediátricas^(3, 4) y la demanda de más libros originales por parte de pediatras interesados en disponer del mismo para su uso y consulta, demanda que nos ha llegado incluso de pediatras hispano parlantes, familiares afectados y especialidades médicas relacionadas con el SMSL.

Interesa recalcar que los puntos de interés y los mensajes que el «Libro blanco» quería y quiere transmitir quedan reflejados en la tabla I, en cada uno de los apartados del «Plan de Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil en España», aprobados por el GEPMSI de la AEP⁽⁵⁾ y publicado en un Anexo del «Libro blanco»⁽⁶⁾.

El nivel de atención que el SMSL tenía en nuestro país tras la publicación del «Libro blanco», quedó recompensado en la confianza que la ESPID (Sociedad Europea para la Prevención de la Muerte Infantil)⁽⁷⁾ concedió al GEPMSI de la AEP, para que se celebrase en España (Barcelona), en Mayo de 1997, su VII Congreso Internacional de la ESPID⁽⁸⁾.

TABLA I. «Plan de Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante» en España aprobado por el GEPMSL de la AEP

I. Investigación

- Necropsia obligada de todas las MSL
- Clasificar las MSL según los hallazgos anatómo-patológicos
- Esclarecer y orientar la etiopatogenia de las MSL
- Conseguir cifras de incidencia reales de MSL y del SMSL
- Obtener el «perfil epidemiológico» de las víctimas

II. Prevención

1. Estudio y atención de los «grupos de riesgo»:
 - Lactantes y pretérmino sintomáticos (con episodios de apnea, cianosis o hipotonía)
 - Hermanos de víctimas por un SMSL (sucesivos o gemelos)
2. Aplicar «*scoring epidemiológico de riesgo*» entre la población recién nacida de las maternidades
3. Incluir y seguir a la «población seleccionada de riesgo» en un «programa de monitorización domiciliaria (PMD)»

III. Información

1. Social:
 - Divulgación del tema del SMSL en la sociedad
 - Asesorar a las «asociaciones de familias» afectadas por MSL
2. Administrativa:
 - Coordinación judicial y médico-forense ante todas las MSL
3. Médico-sanitaria:
 - Desarrollar las funciones del «Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la MSI de la Asociación Española de Pediatría» (GEPMSL de la AEP), adscrito a la ESPID (Sociedad Europea para la Prevención de la Muerte Infantil)

Congresistas de 27 países de todo el mundo se reunieron con la intención de juntar el esfuerzo multidisciplinar (pediatras, patólogos, forenses, epidemiólogos, neurofisiólogos, bioquímicos, investigadores, psicólogos, familiares afectados, etc.) que permita atender más eficazmente los variados aspectos de la muerte súbita infantil en Europa y en el resto del mundo.

El «Grupo Permanente de Trabajo» de Epidemiología de la ESPID, presentó en el Congreso de Barcelona los resultados del Estudio ECAS –European Concerted Action on SIDS-⁽⁹⁾; fueron datos obtenidos de un estudio epidemiológico coordinado de casos de SMSL y casos control, realizado en 20 países europeos -entre ellos España, representado por Cataluña⁽¹⁰⁾- durante todo el año 1995. El Estudio ECAS encontró unos resultados que se acordó divulgar entre todos los países participantes, con el propósito de aplicar «estrategias de prevención comunes» y que quedan recogidos en la tabla II.

Además, en el marco del VII Congreso Anual de la ESPID de Barcelona, también se incluyó el I Symposium Latino-Americano del SMSL⁽¹¹⁾; fue el primer contacto entre los integrantes del GEPMSI de la AEP, con pediatras hispano-parlantes, encabezados por el Presidente de la ALAPE y que sirvió para transmitir la experiencia vivida en nuestro país y a la vez conocer la situación que el SMSL tiene en Hispano-América; los excelentes resultados obtenidos han permitido que para el mes de octubre de 1999, se celebrará en Buenos Aires (Argentina) el II Symposium Latino-Americano del SMSL, con la intención de divulgar el tema en aquella zona, quedando abierta la asistencia a quien pueda interesar.

TABLA II. Aspectos epidemiológicos que ayudan a prevenir el SMSL (recomendados por la ESPID)

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 (T° ideal 20°) (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)

Otros puntos fundamentales del VII Congreso Internacional de la ESPID, que interesa destacar por su interés, fueron:

El consenso sobre los EAL (episodio aparentemente letal) continúa siendo difícil y contravertido, al ser una situación muy subjetiva de explicar por la persona que lo ha vivido y que ha aplicado una resucitación cardio-respiratoria al lactante afecto. El hospital de referencia que deba estudiar la etiopatogenia de un EAL, debe hacer un diagnóstico diferencial metódico, aplicando ordenadamente un protocolo clínico de estudio previamente aceptado y que es bastante similar en los diferentes países europeos; quizá destaca la importancia que todos los hospitales pediátricos franceses y una minoría de los alemanes, belgas e ingleses, conceden al estudio del ROC (reflejo óculo-cardíaco) y la excelente respuesta terapéutica con atropínicos (diphemanil methylsulfato) de los lactantes que tienen un ROC patológico (con hiperreflexia vagal)⁽¹²⁾.

La incidencia del EAL en Europa se cifra en un 2-3 por 1.000 nacidos y afecta a un 2,2% de lactantes hospitalizados; destaca el impacto emocional que los EAL (s) tienen en las familias afectadas. Un 3% de los lactantes fallecidos por un SMSL previamente habían presentado un EAL. Un 32% de los EAL (s) estudiados son idiopáticos de los que un 28% pueden recidivar, de aquí la conveniencia de incluirlos en PMD (programa de monitorización domiciliaria). En los EAL(s) secundarios a reflujo gastroesofágico severos es recomendable tratarlos con antiácidos. Los neumocardiogramas obtenidos con registradoras multicanal (impedancia torácica, frecuencia cardíaca, flujo nasal y saturación de O_2) simultáneos a la pH-metría esofágica, son registros poco fiables, ya que la sonda nasogástrica puede alterar los patrones cardio-respiratorios^(11, 13). Quedaron establecidos los criterios de inclusión en un PMD: los EAL (s) idiopáticos, los lactantes con reflujo gastroesofágico severo con escasa respuesta al tratamiento y los lactantes con familiares muy ansiosos tras vivir un EAL. Es recomendable el uso de monitores cardio-respiratorios con registro incorporado, que puedan transmitirse al Hospital de referencia mediante modem telefónico, los eventos registrados por el monitor, ya que es la única forma de poder comprobar y diferenciar las numerosas falsas alarmas de las alarmas verdaderas; se cifran en un 7,4% las alarmas verdaderas del total de alarmas detectadas por el monitor, es por ello que se hace imprescindible avanzar en los PMD y poder disponer de monitores menos invasivos, sin cables y que discriminen las numerosas falsas alarmas. Todo ello permitiría monitorizaciones más cortas -entre 3 a 6 meses- y para un mayor número de lactantes^(11, 14).

Los patólogos siguen siendo protagonistas importantes para facilitar un diagnóstico de exclusión del SMSL y definir los grupos de riesgo para una futura prevención de nuevos casos, a partir de una clasificación anatómo-patológica de los fallecidos autopsiados. Además es preciso calificar cada una de las muertes, hacer una evaluación que permita objetivamente establecer el significado de cada una de las lesiones observadas, sean importantes o mínimas. No es nada fácil ser objetivos en la interpretación de hechos histológicos y menos todavía cuando hay que admitir como alteraciones normales un importante número de casos (40% aproximadamente) que habían estado silentes desde el punto de vista clínico. Debe tenerse siempre presente, que en toda muerte ha de encontrarse la causa fundamental, la causa inmediata, la causa última y los factores contribuyentes, en muchas ocasiones difíciles de definir, sólo a partir del estudio anatómo-patológico. Existe un triángulo de interacción entre el desarrollo del lactante, su situación inmunológica peculiar y las noxas que le afectan, hechos que condicionan su respuesta particular y letal. En cualquier caso, éstos son los puntos más importantes que se han de estudiar en el examen *post-mortem*. Pero este triángulo fatal, donde el estudio inmunológico es cada vez más importante en relación a las infecciones latentes o con poca manifestación sintomatológica, no puede avanzar si no es en relación al estado neurofisiológico condicionado por el desarrollo del sistema nervioso central^(15,16).

En éste punto se hace inminente e imprescindible la participación de los expertos en biología molecular, que en un periodo no demasiado largo obtendrán el

conocimiento del substrato biológico que permite que, en un individuo, la respuesta frente a una noxa sea correcta, mientras que, en otro, no sea capaz de superarla y producirle su muerte. En esta línea de investigación en el Congreso de Barcelona se presentaron trabajos que permiten intuir una posibilidad de progreso en la explicación de casos de SMSL genuinos, ya que las autopsias fueron «blancas». Fueron trabajos sobre los cuerpos neuroectodérmicos de la vía aérea⁽¹⁷⁾, el estudio sobre la transmisión de neurotensina cerebral^(15,18) y los avances sobre el metabolismo de la 6-glucosa-fosfatasa⁽¹⁹⁾.

La ESPID y el colectivo de especialidades médicas que trabajan para erradicar la MSI en el mundo, ya tienen, desde 1997, una publicación propia, llamada *Sudden Infant Death Syndrome and Infant Mortality*, que se edita en Nueva York con una periodicidad trimestral y que pretende recopilar todos los trabajos multidisciplinarios para su difusión mundial⁽²⁰⁾.

Como conclusión, podemos afirmar que apenas transcurridos 2 años desde la difusión del «Libro blanco» del SMSL, se ha conseguido una marcada sensibilización e interés de la sociedad civil y del estamento médico en nuestro país, gracias también a publicaciones previas⁽²¹⁻²³⁾ y posteriores⁽²⁴⁻²⁷⁾ al «Libro blanco» y ya se empiezan a recoger sus frutos, como lo indican los numerosos trabajos publicados con resultados clínicos⁽²⁸⁻³¹⁾ o epidemiológicos⁽³²⁻³⁶⁾. Además el GEPMSI de la AEP, celebró su habitual Symposium Nacional de SMSL -de periodicidad bianual- en Torremolinos (Málaga), en el marco del XX Congreso Extraordinario de Pediatría que la AEP celebró en aquella capital andaluza, en junio del 98⁽³⁷⁾, con importantes decisiones para normalizar el tema del SMSL

en las regiones andaluza y extremeña; precisamente una de sus consecuencias más importantes fue el interés de una casa comercial multinacional en legalizar y financiar una Fundación Nacional para la Prevención del SMSL en España, asesorada por el GEPMSI de la AEP. Para el año 2.000 en Tenerife, durante la XXVII Reunión Anual de la AEP, está ya convocada la celebración de su IV SYMPOSIUM NACIONAL del SMSL y decidida la presentación de una publicación reducida, que contenga las novedades y progresos sobre el SMSL, con la intención de facilitar información actualizada que permita la prevención de nuevos casos de muerte súbita del lactante en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. GEPMSI de la AEP. Programa Oficial del II Symposium Nacional del SMSL. Santiago de Compostela. Septiembre de 1996.
2. GEPMSI de la AEP. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Libro Blanco. Madrid. Ediciones Ergon, S.A. 1996.
3. Rodríguez-Soriano J. Crítica del libro SMSL. *An Esp Pediat* 1997; 46: 100.
4. Retana A. Crítica del libro SMSL. *Pediatr Catalana* 1997; 57: 334.
5. XXIII Reunión Anual AEP. Mesa Redonda de «Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante». *An Esp Pediatr* 1991; 35 S47: 60-77.
6. GEPMSI de la AEP. Propuesta del desarrollo en España de un «Plan Nacional para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil». Libro Blanco. Madrid. Ediciones Ergon, S.A. 1996, 175-180.
7. The European Society for the Study and Prevention of Infant Death (ESPID). *Biology of the Neonate* 1992; 61: 259-70.
8. VII ESPID (European Society of the Study and Prevention of Infant Death) Congress. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 19-71.
9. Carpenter R. et als. ECAS European Concerted Action on SIDS. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 21.
10. Pérez G, et als. European concerted on sudden infant death (ECAS) en Cataluña: Una perspectiva local. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 22.
11. Latin American Satellite Symposium on Sudden Infant Death). *An Esp Pediat* 1997: 46 S 92, 3-18.
12. Mouterde O, Malet E. ALTE management in France. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 35-36.
13. Curzi-Dascalova L, Kauffmann F. Heart rate and heart variability in newborns. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 37-39.
14. Franco P, Groswasser J, Kahn A. Polysomnographic evaluation of Autonomic Nervous System in Normal Infants and victims of the SIDS. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 66.
15. Coquerel A, et al. The molecular biology applications to the brain maturation studies. Quantified analysis of receptor binding and in situ hybridization. *An Esp Pediat* 1997; 46 S 92, 32-34.
16. Opdal SH, Vege A, Rognum TO. Mitochondrial DNA and SIDS. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 47.
17. Fu XW, Wang YT, Cutz E. Voltage-activated membrane currents in pulmonary neuroepithelial bodies of neonatal rabbit using fresh lung slices. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 46.
18. Chevalier F, Coquerel A, et al. Post-mortem blood analysis to study the pathophysiology the SIDS. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 46.
19. Burchell A. Developmental and genetic disorders of the Glucose-6-phosphatase system. *An Esp Pediat* 1997;46 S 92, 31.
20. *Journal of Sudden Infant Death Syndrome and Infant Mortality*. Plenum Press. New York and London. 1997 (4 issues). Plenum Publishing Corporation, 233 Spring Street, New York, N.Y. 10013.
21. Delgado A. *Pediatría Clínica*. La pediatría a través de la historia clínica. 1994; 4(4): 125-143.
22. Blanco Quirós A, Ceña Callejo R. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). SANED.

- Libro del año (Pediatria). Sanidad y Ediciones S.A. 1994: 233-64.
23. Camarasa F, Pizarro A, Lucena J, Olivera JE. Manejo de la muerte súbita infantil en España. *An Esp Pediatr* 1995; 45, S74: 3-21.
 24. López Dueñas A, Martín Delgado MI, Hernández Serrano R. Síndrome de muerte súbita del lactante. En: Zafra MA., Calvo C, García ML, et al. *Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría*. 3ª ed. Madrid. Publires. 1996:256-58.
 25. Camarasa Piquer F. El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Programa de Formación Continuada en Pediatría Práctica. Barcelona. JR Prous Editores, 1997:3-32.
 26. Camarasa Piquer F. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. *JANO* 1997; 53: 54-56.
 27. Ruza Tarrío F, Zafra Anta MA. Síndrome de muerte súbita del lactante. *Rev Esp Pediatr* 1998; 54: 183-193.
 28. Barriuso Lapresa LM, Romero Ibarra C, Olivera Olmedo JE, et al. Eficacia de la monitorización domiciliaria en el síndrome de la muerte súbita infantil. *Rev Esp Pediatr* 1996; 52: 295-300.
 29. González de la Rosa JB, Merino Arribas JM, Montero Alonso R, Sánchez Martín J. Muerte súbita del lactante: Indicaciones de monitorización domiciliaria. *Bol Pediatr (Asturias, Cantabria, Castilla y León)* 1997; 37: 211-220.
 30. Puigarnau R, Camarasa F, Villanueva J, González-Luis G. Impacte sociofamiliar de la monitorización cardiorespiratòria domiciliària als lactants amb risc de mort sobtada: a propòsit de 103 famílies. *Pediatr Catalana* 1998; 58: S95.
 31. González-Luis G, Camarasa F, Villanueva J, Puigarnau R. Valoración del riesgo de presentar una muerte súbita en lactantes sintomáticos: A propósito de 463 casos. XX Congreso Español extraordinario de Pediatría. Libro de comunicaciones orales y posters. Torremolinos (Málaga). 1998. Ref. 132, 225.
 32. Olivera JE, et al. Cambio de postura y disminución de la tasa de mortalidad por muerte súbita infantil, en Navarra. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 161-66.
 33. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la AEP. Comunicado Oficial. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 332.
 34. Bofarull JM. Recomanacions sobre la postura de dormir dels nadons. *Pediatr Catalana* 1998; 58: 53.
 35. Olivera Olmedo JE, Moreno Iribas C, Polo Urtasun P, et al. Mortalidad infantil y mortalidad por muerte súbita infantil en Navarra 1985-1996. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 348-52.
 36. Puigarnau R, Camarasa F, et al. Es té informació sobre la posició mes correcta del lactant durant el son com a prevenció de la síndrome de la mort sobtada del lactant. *Pediatr Catalana* 1998; 58: S95.
 37. III Symposium Nacional sobre Síndrome de la Muerte Súbita Infantil. Torremolinos (Málaga). Libro de Ponencias. Junio-1998.

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 de 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 ayudar 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 colocarse 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 aplastamiento 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 ries-

go 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 «campanas 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 (T° ideal 20°) (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 simultáneamente 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. Ponsosby AN, et al. Factors pontiating this 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 infantil, 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.