

Cambio de postura y disminución de la tasa de mortalidad por muerte súbita infantil en Navarra

J.E. Olivera Olmedo, F. Sánchez Valverde Visus, A. Zabalza Pérez-Nievas, S. Berrade Zubiri, A. Olivera Urdirroz, D. Viguria Campistegui, G. Guillén Grimá*

Resumen. La posición en decúbito prono durante el sueño ha sido referida como el factor de riesgo más importante en relación con la MSI. En nuestro país no se conocía la prevalencia del decúbito prono ni se había estudiado su relación con la MSI.

En Navarra, según una encuesta efectuada sobre una muestra de 424 niños, nacidos entre el 1-2-92 y el 1-2-93, el 86,5% de los niños dormían en decúbito prono, el 5,6% en supino y el 3,5% sobre el costado. En el mes de marzo de 1993 se inició una campaña recomendando evitar el decúbito prono desde el nacimiento hasta el 6º mes. Después de la campaña, en una muestra de 441 niños, nacidos entre el 1-5-93 y el 1-5-94, solamente el 38,3% seguían durmiendo en prono, mientras que el 46% lo hacían en supino y el 9% sobre el costado.

La tasa de mortalidad por MSI en Navarra en el período 1985-1993 fue de 1,3 por mil nacidos vivos, falleciendo una media de 6,3 niños/año. La tasa de mortalidad infantil después del cambio de postura en 1994 fue del 0,42 por mil nacidos vivos, con dos fallecimientos por MSI en dicho año. En Navarra, la disminución de la postura en prono se ha acompañado de forma significativa de una disminución de la tasa de mortalidad por MSI.

An Esp Pediatr 1996;45:161-166.

Palabras clave: Posición en decúbito prono; Muerte súbita infantil.

CHANGE OF POSITION AND THE DECREASE IN THE CASES OF SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME IN NAVARRA

Abstract. The prone position during sleep has been described as the most important risk factor in relationship to sudden infant death syndrome (SIDS). The prevalence of infants that sleep in the prone position and its relationship with SIDS has not been studied in our country.

A survey was performed in a population of children born in Navarra between February 1, 1992 and February 1, 1993. We found that 86.5% of these children sleep in the prone position, 5.6% in the supine position and 3.5% on their side. In March 1993 a campaign was begun that recommended that the prone position not be used for infants from the time of birth until 6 months of age. After this campaign, in a sample of 441 children, born between May 1, 1993 and May 1, 1994, only 38.3% of the infants continued to sleep in the prone position, while 46% did so supine and 9% slept on their side.

The number of deaths in Navarra as a result of SIDS during the period of 1985 through 1993 was 1.3% of live births with a mean of 6.3 deaths/year. The number of infant deaths after the change of sleeping position, in 1994, was 0.42% of live births, with 2 deaths as a result of SIDS during this year. In Navarra, the decrease in the number of infants sleeping in the prone position has been accompanied by a significant decline in the number of deaths due to SIDS.

Key words: Prone position; Sudden infant death syndrome.

Servicio de Pediatría, Hospital «Virgen del Camino». *S. Epidemiología, Dpto. Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

Correspondencia: J.E. Olivera

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. C/ Irunlarrea, 4. 31008 Pamplona.

Recibido: Mayo 1995

Aceptado: Septiembre 1995

Introducción

El síndrome de la muerte súbita infantil (MSI) conocido también como muerte en la cuna, consiste en la muerte de un niño, menor de un año de edad, en la que después de un estudio necróscopico completo, de una revisión detallada de su historia clínica y del examen del escenario y circunstancias de la muerte, no se encuentra ninguna causa que la justifique⁽¹⁾.

Su incidencia varía mucho entre distintos países. En Estados Unidos de América, se registra una tasa de 1,5-2 por mil nacidos vivos y en Australia el 6,7 por mil. En la CE las diferencias también son llamativas y oscila entre el 0,1-0,3 por mil nacidos vivos de Italia, Portugal, Grecia o España y el 1,7-2,2 por mil de Irlanda, Francia y Reino Unido. En varios de estos países representa la primera causa de mortalidad infantil postneonatal⁽²⁾. Estas variaciones en la incidencia se deben a la falta de criterios unánimes en cuanto a la identificación de casos de MSI y a errores en los registros, pero también a diferencias reales entre unos países y otros que pueden depender de las distintas prácticas de puericultura, hábitos y costumbres, en el manejo del niño.

Se conoce desde hace tiempo una serie de factores epidemiológicos de riesgo en relación con la MSI: bajo peso al nacer, madre soltera o muy joven, bajo nivel socioeconómico familiar, tabaquismo en el embarazo, muerte previa de un hermano por MSI, gemelaridad, etc. La identificación de factores de riesgo ha permitido adoptar medidas de protección sobre estos niños, como son los programas de monitorización continua en el domicilio. Sin embargo, estos programas ejecutados en niños con riesgo no se han seguido, como era de esperar, de una disminución de la tasa de muertes por MSI. Por otra parte, la capacidad de actuación para modificar estos factores de riesgo es muy limitada.

En estos últimos años la investigación epidemiológica ha puesto de manifiesto otro tipo de factores de riesgo relacionados de forma muy directa con el entorno del niño, con su medio ambiente y con los cuidados que se tienen con él, en los primeros meses. La importancia de conocer estas circunstancias del entorno del niño estriba en que son fácilmente modificables, por lo tanto, se puede actuar y disminuir el riesgo y la incidencia de la MSI. Esto es ya una realidad. La puesta en marcha de programas de información sobre determinados aspectos del cuidado del niño se ha acompañado de una franca disminución de la tasa de mortalidad por MSI.

Tabla I Encuesta: Postura de lactante durante el sueño

Desde que Vd. llegó a su domicilio, después del nacimiento de su hijo/a, y durante los 5-6 primeros meses de vida, ¿cuál ha sido la postura habitual* del niño durante el sueño mientras dormía?

- 1) Boca abajo. Decúbito prono.
- 2) Boca arriba. Decúbito supino.
- 3) Indistintamente. No existía una postura preferente.
- 4) De medio lado. Sobre un costado.

*Habitual: Se entiende por habitual la postura claramente preferente, sin duda la más frecuente, aunque en alguna ocasión el niño estuviera en una postura distinta.

Nombre
 Fecha de nacimiento Peso RN
 Sexo: V M Gemelaridad: Sí No
 Patología respiratoria neonatal que precisara ingreso Sí No

Estos «nuevos» factores de riesgo, cuya supresión o modificación se ha seguido de una disminución de los casos de MSI, son fundamentalmente: la postura en decúbito prono durante el sueño, la hipertermia producida por un excesivo calor ambiental y/o arropamiento⁽³⁻⁷⁾, el consumo de tabaco por parte de la madre⁽⁸⁻¹¹⁾, el compartir la cama con el niño^(12,13), la no alimentación materna^(8,13) y el dormir en un cuarto distinto al de su madre^(14,15).

Es muy probable que exista, como opinan Ponsonby y cols.⁽¹⁶⁾, una interacción entre varios de estos factores y que las grandes diferencias en el manejo y cuidados de los niños puedan explicar las también grandes diferencias de incidencia de MSI entre distintos países y etnias⁽¹⁷⁾.

La postura en decúbito prono del niño durante el sueño es la circunstancia que ha sido objeto de mayor atención, con una casi unanimidad de opinión: el evitar el decúbito prono se acompaña de una disminución, en mayor o menor medida, del número de fallecimientos por MSI. No existe en nuestro país ninguna información sobre la postura de los niños al dormir durante los primeros meses de vida. Es probable que el decúbito prono haya sido y sea todavía la más frecuente. Tampoco se ha realizado en España ningún trabajo que relacione la postura durante el sueño y la MSI. En Navarra, con un número de nacimientos bastante estable en los últimos años (4.700-4.850/año), el 65% de los cuales se produce en el Hospital Materno-Infantil «Virgen del Camino» de Pamplona, se planteó realizar un estudio sobre la postura de los niños durante el sueño y la MSI, con los siguientes:

Objetivos

- Averiguar cuál era la prevalencia del decúbito prono durante el sueño en los lactantes navarros.

- Poner en marcha un mecanismo de intervención, recomendando que desde el nacimiento y hasta los 5-6 meses, se evite que los niños duerman boca abajo.

- Comprobar el resultado de la intervención.

- Estudiar la incidencia en Navarra de la MSI antes y después de la intervención, relacionándola con el cambio de postura.

Pacientes y métodos

Intervención

A partir del día 19 de marzo de 1993 en las plantas de maternidad del Hospital Materno-Infantil «Virgen del Camino» de Pamplona, todos los recién nacidos fueron colocados en sus cunas junto a sus madres, en decúbito supino, al contrario de lo que venía siendo habitual hasta esa fecha. Los RN permanecían en esa postura hasta su alta y se recomendaba a sus padres que el niño siguiera así, en decúbito supino, durante el sueño, hasta que cumpliera 5-6 meses.

Pacientes

Los niños sujetos del estudio se clasificaron en dos grupos:

Grupo A. Niños nacidos en Navarra entre el 1-2-1992 y el 1-2-1993 (antes de la intervención). En este período de tiempo nacieron 4.681 niños vivos. Mediante un muestreo aleatorio simple se seleccionó una muestra de 424 niños. El error muestral para una variable con una frecuencia del 50% era de $\pm 5\%$, con un grado de confianza del 95%.

Grupo B. Niños nacidos en Navarra entre el 1-5-1993 y el 1-5-1994 (después de la intervención). En este período nacieron 4.857 niños vivos. Por el mismo procedimiento se seleccionó una muestra de 441 niños.

La fuente de información fue el Registro de Nacimientos de la Unidad de Enfermedades Metabólicas del Servicio Navarro de Salud, que tiene una cobertura del 99% de los nacimientos de Navarra. Fueron excluidos del estudio los niños con un peso al nacer inferior a 2.500 g, los nacidos de parto gemelar o aquellos que presentaron algún tipo de patología respiratoria neonatal que precisó su ingreso.

Recogida de datos sobre la postura

Por personal previamente entrenado, en octubre-noviembre de 1994 se realizó una encuesta telefónica a las familias de los niños seleccionados, de ambos grupos, sobre la postura habitual del niño durante el sueño, cuyo cuestionario se recoge en la tabla I.

Incidencia del SMI en Navarra

Número de niños fallecidos en Navarra con el diagnóstico de MSI (798,0 C.I.E. 9ª Revisión). Datos proporcionados por el I.N.E., a través del Instituto de Salud Pública de Navarra. Número de casos/año y tasa de mortalidad por MSI por 1.000 nacidos vivos en el período de tiempo 1985-1993 (antes de la intervención) y en el año 1994 (después de la intervención).

Tabla II Efecto de la intervención sobre el cambio de postura durante el sueño

	Antes		Después	
	n	%	n	%
Prono	367	86,55	169	38,32
Supino	24	5,66	203	46,03
Costado	15	3,53	40	9,07
Indistinto	18	4,24	26	5,89
NC			3	0,7

Chi-cuadrado: 229,864; p < 0,00005

La probabilidad de casos de MSI, estimada para el año 1994, se calcula según la fórmula:

$$P(X=K) = \binom{N}{K} p^K (1-p)^{N-K}$$

K = número de fallecimientos por MSI.
 N = número de nacidos vivos en 1994.
 P = tasa de mortalidad por MSI en 1985-93.

Resultados

Los niños nacidos en Navarra entre febrero de 1992 y febrero de 1993 (Grupo A) dormían de manera mayoritaria, el 86,55% de ellos, en decúbito prono. Solamente el 5,66% lo hacía en decúbito supino; el 3,53% sobre su costado y un 4,24% no tenía una clara preferencia postural, dormía indistintamente en prono o supino.

En los niños que nacieron en Navarra entre mayo de 1993 y mayo de 1994 (Grupo B), después de la intervención, se comprobó un cambio llamativo en la posición durante el sueño. Solamente el 38,32% seguía todavía durmiendo en prono, mientras que el 46,03% lo hacía en supino, el 9,07% sobre un costado y un 5,89% de manera indistinta (Tabla II).

La intervención generada en las salas de maternidad del Hospital Materno-Infantil produjo una disminución de la posición en prono de los niños y un aumento de la posición en supino y de costado, cuyas diferencias son estadísticamente significativas.

En la tabla III se refleja, a partir de 1985, y hasta 1993, el número de niños fallecidos cada año por MSI y la tasa de mortalidad anual por 1.000 RN vivos.

En el conjunto del período estudiado -1985-1993- nacieron en Navarra 43.701 niños vivos y fallecieron por MSI 57, lo que representa una tasa de mortalidad para este período de 1,30 por mil nacidos vivos, y una media de 6,33 niños fallecidos/año.

En el año 1994, después de la intervención, nacieron en Navarra 4.712 niños y fallecieron solamente dos por MSI, lo que representa una tasa de mortalidad para 1994 del 0,42 por mil (Tabla IV).

Tabla III Niños fallecidos en Navarra por MSI, 1985-1993

Año	Nº fallecidos	T. mortalidad por mil nac. vivos
1985	6	1,16
1986	7	1,38
1987	7	1,49
1988	6	1,23
1989	3	0,63
1990	8	1,69
1991	7	1,44
1992	8	1,68
1993	5	1,05

Nº nacidos vivos43.701
 Nº fallecidos MSI57
 T. mortalidad % nacidos vivos1,3 por mil

Tabla IV Niños fallecidos en Navarra por MSI, 1994

Año	Nº fallecidos	T. mortalidad por mil nac. vivos
1994	2	0,42

Nº nacidos vivos:4.712

La probabilidad de que en el año 1994 se produjeran dos casos de MSI, según la distribución binomial referida en la metodología, es de 0,03874, es decir, existen diferencias significativas entre el año 1994 y el período de tiempo anteriormente estudiado -1985-1993-.

Comentarios

La mayor parte de los lactantes del mundo probablemente han dormido, y lo siguen haciendo, sobre su espalda. Sin embargo, hace sólo unas décadas se extendió, fundamentalmente desde América del Norte, la opinión de que la postura en decúbito prono era «más segura» pensando en la posibilidad de vómitos y aspiración, y argumentando otras posibles ventajas, como una menor frecuencia de dolor abdominal de tipo cólico o menor facilidad para sufrir eritema del pañal. Sin calcular su trascendencia se fue promocionado el que los bebés durmieran o estuvieran boca abajo. Bastantes generaciones de pediatras hemos recomendado la postura en decúbito prono, a menudo en contra de la opinión de las abuelas de los niños.

Hasta hace unos años, no se sabía cuál era la prevalencia del decúbito prono, de forma habitual durante el sueño, en distintos países. En Estados Unidos se calcula que un 75-80% de los niños dormían en decúbito prono^(18,19), en Dinamarca el 59%⁽²⁰⁾, en el Reino Unido el 55-60%, en Holanda el 66%⁽²²⁾, en Sudáfrica el 50-70%, según etnias⁽²³⁾ y en Nueva Zelanda el 45-50%⁽²⁴⁾. En

Navarra, en 1992, antes de intervenir sanitariamente sobre el cambio de postura, el 86,5% de los niños dormía habitualmente boca abajo. Es muy probable que en el resto de España la situación fuera muy similar.

Dadas las circunstancias de nuestra Comunidad era razonable pensar que la intervención sobre la postura de los niños, recomendando evitar el decúbito prono, ejercida desde el Hospital donde había nacido el niño, fuera tenida en cuenta por la familia y seguida posteriormente, como ya había observado Markestad en Noruega⁽²⁵⁾.

Al mismo tiempo, desde algún medio de comunicación escrito se difundió la noticia sobre el cambio de postura, con lo cual era previsible que la intervención hubiera conseguido modificar los hábitos de la población sobre la postura de los niños, como así ocurrió. Solamente el 38,3% de los niños seguía durmiendo habitualmente en prono, mientras que la postura en decúbito supino había pasado del 5,6% al 46% y la postura de medio lado o de costado (evitando también el prono), del 3,5% al 9%. Se había conseguido disminuir de manera llamativa el número de niños navarros que dormían en prono, circunstancia identificada como el mayor factor de riesgo conocido, en relación con la MSI.

En 1991 Beal y Finch⁽²⁶⁾ publicaron una revisión de 19 trabajos retrospectivos caso-control que investigaban el decúbito prono durante el sueño y la MSI; en 17 de estos trabajos existía una asociación significativa y el riesgo relativo más frecuentemente encontrado para la posición en prono era de 2,72. En 1992 Guntheroth y Spiers⁽²⁷⁾ revisaron igualmente todos los artículos publicados hasta entonces sobre la postura en prono para dormir y la MSI, valorando de forma especial los realizados con caso-control y aquellos en los que se había producido un cambio en la postura de los niños (antes y después del cambio). En el mismo año Trier⁽²⁸⁾ estudia también 14 trabajos caso-control sobre postura en prono y MSI; en 11 de ellos existía un riesgo aumentado para la posición en prono, que oscilaba entre 1,4 y 12,5 veces.

Prácticamente en la totalidad de los trabajos publicados se demuestra que existe un riesgo aumentado de padecer una MSI, cuando el niño duerme en decúbito prono y no parece haber ningún trabajo en el que se demuestre lo contrario.

Además de esta casi unanimidad en los resultados, respecto al mayor riesgo del decúbito prono, cuando a través de campañas de divulgación se consigue que disminuya el número de niños que duermen en prono, de forma paralela y a veces proporcional, se consigue que disminuya la incidencia de la MSI.

En Navarra, en el período de tiempo de 1985 a 1993 nacieron 43.701 niños vivos, de los cuales fallecieron 57 por MSI, lo que representa una tasa de mortalidad infantil por MSI para este período de 1,30 por mil nacidos vivos, con una media anual de fallecimientos por MSI de 6,33 casos. En el año 1994, cuando la postura de los niños ha cambiado, abandonando masivamente el prono, se producen sólo dos fallecimientos y la tasa de mortalidad infantil por MSI para ese año es de 0,42 por mil nacidos vivos.

Los mismos resultados han sido referidos después de campañas de intervención para evitar el decúbito prono durante el sueño en: Holanda⁽²²⁾, Dinamarca⁽²⁰⁾, Nueva Zelanda⁽²⁴⁾, Inglaterra^(21,29,30) y Noruega⁽³¹⁾.

Es demostrativo el caso de Holanda donde la prevalencia del decúbito prono en el período 1985-1991 descendió del 66% al 8% y la tasa de MSI en ese mismo período, del 1,07 por mil al 0,44 por mil⁽²²⁾. De igual forma, en el Condado de Avon en el Reino Unido, en 1990, la disminución del prono durante el sueño se acompañó de una caída de la tasa de MSI del 3,5 por mil al 1,7 por mil⁽²¹⁾. Es importante señalar que este descenso de la mortalidad por MSI coincidió con un descenso paralelo de la mortalidad infantil postneonatal, lo cual pone de manifiesto que no existió un aumento de niños que fallecieron por otra causa, que hubiera podido estar relacionada con el cambio de postura propugnado⁽³²⁾.

Entre las hipótesis que tratan de explicar por qué el decúbito prono durante el sueño se asocia de forma significativa con la MSI, la más verosímil es la que sostiene que en esta postura se produce una reinhalación del aire espirado por el niño, lo que implica la inspiración continuada de monóxido de carbono, con un aumento del esfuerzo respiratorio, cierto grado de hipoxemia mantenida, cierta incapacidad para despertar y un aumento de la producción de calor⁽³³⁾.

Esta hipótesis se ha relacionado con la utilización de una cama blanda, con colchones de lana de oveja, o de pieles de animales, sobre los que el niño duerme boca abajo, lo cual facilita el que vuelve a inhalar el aire espirado⁽³⁴⁻³⁶⁾. Este tipo de colchones se utiliza generalmente en países fríos, a menudo sin calefacción central, por lo que los niños están a menudo muy arropados. Para Orenstein y cols.⁽¹⁹⁾, ésta sería la razón de la caída de la tasa de MSI en Nueva Zelanda, cuando los niños abandonaron la posición en prono, más que el cambio de postura por sí solo.

Sin embargo, la misma respuesta favorable ante el abandono del prono se ha constatado en otros países donde no es frecuente el uso de colchones blandos de lana ni de pieles de animales, las calefacciones centrales son frecuentes y no hace demasiado frío. Este mismo razonamiento puede aplicarse a los resultados encontrados en Navarra donde no se investigó el tipo de colchón, pero el uso de colchones de lana de oveja es en la actualidad muy raro, incluso en el medio rural, sobre todo en las cunas de los niños, y todavía más raro el que duerman sobre pieles de animales.

Probablemente el estudio realizado por Ponsonby y cols.⁽¹⁶⁾ sea esclarecedor. En los niños que dormían en prono el riesgo de MSI se incrementaba todavía más, cuando el colchón era blando (lana, algodón, corcho), la habitación estaba muy caliente, el niño dormía con pañales, o había tenido una enfermedad reciente. Por el contrario, ninguna de estas circunstancias incrementaba el riesgo en los niños que no dormían en prono.

Se ha comentado en algunos trabajos que la postura en decúbito lateral, de medio lado, apoyado sobre un costado, podría ser una alternativa ante el abandono del decúbito prono. Cuando

se ha estudiado la relación entre la postura de costado y la incidencia de MSI se ha comprobado que el riesgo es menor que cuando el niño duerme en prono, pero mayor que cuando duerme en supino⁽³⁷⁾. Gornally, en Irlanda, estudiando 97 casos de niños fallecidos por MSI, encuentra un riesgo para el prono 2,3 veces mayor comparado con el decúbito lateral y 10,3 veces mayor comparado con el supino.

Parece que el beneficio que se obtiene cuando el niño duerme de medio lado es también evidente, pero menor que cuando duerme boca arriba. Una explicación podría ser que esta postura es poco estable, el niño se mueve y con frecuencia acaba en decúbito prono.

En Navarra, además de la disminución de la tasa de mortalidad infantil por MSI constatada en 1994, hay que señalar que los cinco niños que fallecieron en 1993 dormían habitualmente en prono y en esta postura fueron encontrados en su fallecimiento.

Cuatro de ellos habían nacido antes de que se efectuara la intervención aconsejando evitar el prono (marzo 1993) y solamente uno, el caso nº 5, lo había hecho después (Tabla V). En el año 1994 los dos niños fallecidos también dormían y estaban en decúbito prono, postura que ya sólo adoptaba el 38% de los niños. En los cuatro primeros meses de 1995 no se ha producido en Navarra ningún fallecimiento por MSI.

Se podría argumentar, como ya se ha referido en la literatura, que el rigor de estos estudios se puede cuestionar, ya que no siempre los casos incluidos como MSI cumplen todos los requisitos que definen esta entidad⁽¹⁾. En Navarra se ha valorado también la repercusión del cambio de postura experimentado por los lactantes, en relación con aquellos casos en que se tenía la certeza de que se trataba de una MSI. Eran niños que habían traído al Área de Urgencias del Servicio de Pediatría del Hospital Infantil, en los cuales se cumplieron todos los requisitos que confirman el diagnóstico, incluido el estudio necrópsico, realizado por un patólogo experto en esta entidad.

En el período de tiempo estudiado en las circunstancias descritas, 1988-1993 (7 años), nacieron 28.823 niños vivos y fallecieron por MSI 22 niños (con diagnóstico confirmado). La tasa de mortalidad infantil por MSI en este período fue de 0,76 por mil nacidos vivos y la media de fallecimientos anuales, de 3,66 casos. En el año 1994 ha fallecido un niño con diagnóstico cierto de MSI; la tasa de mortalidad infantil por MSI sería de 0,21 por mil nacidos vivos.

El Instituto Americano de la Salud, después de su Reunión en enero de 1994, emitió un informe con las siguientes conclusiones:

- La mantenida prevalencia de una tasa baja de niños que duermen en decúbito prono se asocia a una también mantenida baja de incidencia de MSI.

- El aumento llamativo de niños que duermen en decúbito supino no ha puesto de manifiesto ningún riesgo al adoptar esta postura.

- La posición en prono para dormir es un claro factor de riesgo para el MSI que puede ser objeto de intervención.

En nuestro país, la difusión del riesgo que representa el de-

Tabla V Posición de los niños fallecidos en 1993-1994

Año 1993	F. nacimiento	Exitus	Postura en el sueño
Caso 1	14-12-92	8-2-93	Decúbito prono
Caso 2	1-11-92	13-3-93	Decúbito prono
Caso 3	13-12-92	6-5-93	Decúbito prono
Caso 4	11-1-93	22-5-93	Decúbito prono
Caso 5	28-6-93	21-8-93	Decúbito prono
<i>Año 1994</i>			
Caso 1	26-3-94	20-5-94	Decúbito prono
Caso 2	3-8-94	19-9-94	Decúbito prono

cúbito prono durante el sueño para el niño ha sido limitada. Rodríguez Alarcón⁽⁴⁰⁾ ha publicado una excelente revisión sobre este tema y la Asociación Española de Pediatría a través de su Grupo de Estudio y Prevención de la MSI, ha emitido un Comunicado Oficial en el que recomienda que los niños sanos duerman en decúbito supino⁽⁴¹⁾.

Pocas cosas hay que creen tanta polémica como aquellas que ponen en duda o contradicen criterios convencionales, ya establecidos. Se deben promocionar en nuestro país más estudios que valoren la postura en decúbito prono y otros factores de riesgo, pero mientras tanto, no podemos ignorar lo que parece una evidencia.

Bibliografía

- 1 Willinger M, James LS, 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 Camarasa F, Pérez G. Estrategias para el estudio y prevención de la Muerte Súbita Infantil en Europa. *An Esp Pediatr* 1993;**39**:16-18.
- 3 Ponsomby AL, Dwyer T, Gibbons LE, Cochran JA, Jones ME, McCall MJ. Thermal environment and sudden infant death syndrome: case-control study. *BMJ* 1992;**304**:277-282.
- 4 Haaland K, Thoresen M. Crib death sleeping position and temperature. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992;**112**:1466-1470.
- 5 Nelson EA, Taylor BJ, Weatherall JL. Sleeping position and infant bedding may predispose to hyperthermia and the sudden infant death syndrome. *Lancet* 1989;**1**:199-201.
- 6 Lodmore MR, Petersen SA, Wailoo MP. Factors affecting the development of night time temperature rhythms. *Arch Dis Child* 1992;**67**:1259-1261.
- 7 Fleming PJ, Levine MR, Azaz Y, Wigfield R, Stewart AJ. Interactions between thermoregulation and the control of respiration in infant: Possible relationship to sudden infant death. *Acta Paediatr* 1993;**389**(Suppl): 1957-1959.
- 8 Mitchell EA, Aley P, Eastwood J. The National cot death prevention program in New Zealand. *Aust J Public Health* 1992;**16**:158-161.
- 9 Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Becroft DM, Taylor DM, Ford RP, Hassall IB, Barry DM, Allen EM, Roberts AP. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *NZ Med J* 1991;**104**:71-76.

- 10 Schoendorf KC, Kiely SL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during after pregnancy. *Pediatrics* 1993;**91**:893-896.
- 11 Mitchell EA, Ford RP, Stewart AV, Taylor BJ, Becroft DM, Thompson JMD, Scragg R, Hassall I, Barry DM, Allen EM, Roberts AP. Smoking and the sudden death syndrome. *Pediatrics* 1993;**91**:893-896.
- 12 Tuohy PG, Counsell AM, Geddis DC. Sociodemographic factors associated with seeling position and location. *Arch Dis Child* 1993;**69**:664-666.
- 13 Mitchell EA, Stewart AW, Sgragg R, Ford RP, Taylor BJ, Becroft DM, Thompson JM, Hassall IB, Barry DM, Allen EM. Ethnic differences in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand. *BMJ* 1993;**306**:13-16.
- 14 Watanabe N, Yotsukura M, Kadoi N, Yashiro K, Sakanove M, Nishida H. Epidemiology of sudden infant death syndrome in Japan. *Acta Paediatr Jpn* 1994;**36**:329-332.
- 15 Farooqi S, Perry IJ, Beevers DG. Ethnic differences in infant-rearing practices and their possible relationship to the incidence of sudden infant death syndrome. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1993;**7**:245-252.
- 16 Ponsonby AN, Dwyer T, Gibbons LE, Cochrane JA, Wang YG. Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position. *N Engl J Med* 1993;**329**:377-382.
- 17 Beal JM. Sudden infant death syndrome: epidemiological comparisons between south Australia and Communités with a different incidence. *Aust Paediatr* 1986;**22**(Suppl):13-16.
- 18 Hunt CE. Posición del lactante para dormir y riesgo de muerte súbita del lactante: un momento para cambiar. *Pediatrics (ed esp)* 1994;**38**:9-11.
- 19 Orenstein SR, Allen A, Mitchel MD, Davidson S. Sobre la recomendación de la American Academy of Pediatrics acerca de la posición de los lactantes para dormir. *Pediatrics (ed esp)* 1993;**35**:75-77.
- 20 Trier H. Foretrukne sovestillinger blandt spaedborn I roskilde amt. Er der en sammenhoeng med pludselig, un forklarling spoedbarndop? *Ugeskr Laeger* 1992;**154**:3489-3494.
- 21 Wigfield RE, Fleming PJ, Berry PJ, Rudd PT, Golding J. Can the fall in Avon's sudden death rate be explained by changes in sleeping position. *BMJ* 1992;**304**:282-283.
- 22 De Jonge JA, Burgmeijer RF, Engelberts AC, Hoogenboezen J, Kostense PJ, Sprij AJ. Sleeping position for infant and cot death in the Netherlands 1985-1991. *Arch Dis Child* 1993;**69**:660-663.
- 23 Potgieter ST, Kibel MA. Sleeping position of infants in the Cape Peninsula. *S Afr Med J* 1992;**81**:355-357.
- 24 Mitchell EA, Brunt JM, Everard C. Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand 1986-1992. *Arch Dis Child* 1994;**70**:291-294.
- 25 Markestad T. Sovestilling og krybbedod i Norge. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992;**112**:1427-1429.
- 26 Beal SM, Finch CF. An overview of retrospective case-control studies investigating the relationship between sleeping position and SIDS. *J Paediatr Child Health* 1991;**27**:334-339.
- 27 Guntheroth WG, Spiers PS. Sleeping prone and the risk sudden infant death syndrome. *JAMA* 1992;**267**:2359-2362.
- 28 Trier H, Helweg-Larsen K, Coolidge J, Iversen L, Keiding LM. Sovestillinges betydning for forekomsten af pludselig, uforklarlig spaedbarndod. *Ugeskr Laeger* 1992;**154**:3483-3488.
- 29 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; 45-48.
- 30 Hillely CM, Murley CJ. Evaluation of government's campaign to reduce risk of cot death. *BMJ* 1994;**309**:703-704.
- 31 Haaland K, Thorensen N. Crib death sleeping position and temperature. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992;**112**:1466-1470.
- 32 Fleming PJ. Conocimiento y prevención del Síndrome de Muerte Súbita Infantil. *Current Opinion Pediatrics (ed esp)* 1994;**1**:33-38.
- 33 Corbyn JA. Sudden infant death due to carbon dioxide and other pollutant accumulation at the face of a sleeping baby. *Med Hypotheses* 1933;**41**:483-494.
- 34 Kemp JS, Thach BT. Sudden death in infant sleeping on polystyrene-filled ceushions. *N Engl J Med* 1991;**324**:1858-1864.
- 35 Kems JS, Thach BT. Sleep position-dependent mechanism for infant death on sheepskins. *Am J Dis Child* 1993;**147**:642-646.
- 36 Kemp JS, Kowalski RM, Graham MA. Positional ventilatory impairment in a study of 23 SIDS cases. *Pediatr Res* 1992;**31**:360-365.
- 37 Mitchell EA. Cot death: should the prone position be discouraged?. *J Paediatr Child Health* 1991;**27**:319-321.
- 38 Gormally S, Matthews TG. Sleep position and SIDS in Irish infants. *Ir Med J* 1994;**87**:58.
- 39 Willinger M, Hoffman H, Hartford R. Infant sleep position and risk for SIDS: Report of Meeting Hed January 13 and 14 1994. *Pediatrics* 1994;**93**:814-819.
- 40 Rodríguez Alarcón J. ¿Debemos aconsejar que los lactantes no duerman en decúbito prono?. *Bol S Vasco-Nav Ped* 1992;**26**:1-4.
- 41 Grupo de Trabajo, Estudio y Prevención de la MSI. Asociación Española de Pediatría. Comunicación Oficial. *An Esp Pediatr* 1994;**40**:64.