

# Muerte súbita del lactante: ¿es posible disminuir el riesgo?



FEMIP

Fundación para el Estudio  
y la Prevención de la Muerte  
Infantil y Perinatal

Dres. Alejandro Jenik y Manuel Rocca Rivarola

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es la causa más frecuente de mortalidad infantil entre los 30 días y los 12 meses de edad en los países industrializados.

En los países en vías de desarrollo, si bien puede considerarse un problema menor de mortalidad infantil cuando se observa el trágico número de muertes por otras causas no deja de ser una legítima preocupación de la salud pública. Se lo define como la muerte brusca e inesperada de un lactante que resulta inexplicable por sus antecedentes y cuando un completo examen post mortem no demuestra una precisa causa de muerte.

Mientras las autoridades sanitarias en Europa, Nueva Zelanda, Australia y más recientemente en los Estados Unidos han implementado campañas muy agresivas tendientes a disminuir los factores de riesgo del SMSL, los profesionales en la Argentina estamos comenzando a elaborar normas al respecto.

Hasta hace no mucho tiempo, las estrategias para reducir el riesgo del SMSL eran muy limitadas. A mediados de la década del 80 varios estudios mostraron que la incidencia de SMSL era menor en las comunidades que habitualmente colocaban a los bebés para

dormir en la posición decúbito supino (boca arriba). En el año 1987 las autoridades médicas de Holanda recomendaron que para dormir los bebés fueran puestos en posición supina, con lo cual la mortalidad por el SMSL disminuyó en ese país de 1,3/1.000 a 0,6/1.000. A fines de 1989 comenzó en Avon una campaña promocionando la posición de decúbito supino para el dormir de los bebés; se realizó subsecuentemente un estudio controlado entre febrero de 1990 y julio de 1991 que mostró una disminución de la posición prona (boca abajo) del 58% al 27% con una reducción en la incidencia del SMSL de 3,5/1.000 (1987-89) a 1,7/1.000. En el año 1990 la Sociedad Médica de Noruega recomienda la posición supina. En 1991 una campaña para que los bebés adopten la posición supina para dormir también comenzó en Tasmania y luego se extendió por toda Australia. Inglaterra y Nueva Zelanda en la actualidad adoptaron igual conducta a nivel nacional. En el sur de este último país, una declinación del 41,8% en 1986 a 2,4% en 1989 en la posición prona para el dormir de los bebés se acompaña con una reducción del 80% en la incidencia del SMSL..

En 1992, la Academia Americana de Pediatría (AAP) publica una recomendación para que los bebés sanos, nacidos a término, fueran colocados en posición supina o de costado para dormir.

1. La incidencia de SMSL disminuyó en los Estados Unidos el 12% en los primeros 6 meses subsiguientes a la recomendación de la AAP de abril de 1992. Esta recomendación fue reconfirmada en 1994 por un panel de expertos convocado por el Instituto Nacional de la Salud, en Bethesda, Estados Unidos.

2. En los últimos 8 años se han publicado más de 30 estudios en una docena de países que incluyen 3 razas y 4 continentes mostrando una clara asociación entre la posición prona para dormir y el riesgo aumentado del SMSL. En estos estudios el riesgo relativo para el SMSL que conlleva la posición prona comparada con otras posiciones oscila entre el 1,9 y el 12,7. Ningún análisis mostró un riesgo relativo menor a 1. Tampoco se observaron efectos perjudiciales en la salud de los bebés como, por ejemplo, aumento de los fallecimientos por aspiración y otras causas.

3. La Segunda Reunión del Grupo de Trabajo para la Estrategia Global del SMSL realizada en Stavanger, Noruega, entre el 5 y 6 de agosto de 1994 reconfirmó que la posición prona para dormir está asociada con un riesgo aumentado para SMSL.

Sin embargo, en algunos niños se desaconseja el decúbito supino para dormir como, por ejemplo, en los prematuros con enfermedad respiratoria, los lactantes con síntomas de reflujo gastroesofágico y los bebés con malformaciones craneofaciales u otras evidencias de obstrucción de las vías aéreas superiores.

No hay todavía una norma establecida de cómo tienen que dormir los prematuros que se encuentran asintomáticos; sin embargo en Noruega, N. Zelanda, Australia e Inglaterra, los prematuros sin enfermedad respiratoria en el momento del alta hospitalaria son colocados en decúbito supino.

Debido a que la posición para dormir parece aprenderse desde los primeros días de vida y que la experiencia muestra que las madres habitualmente ubican a sus bebés en la misma posición que utilizaron en el hospital, se aconseja que el personal hospitalario recomiende la posición supina o de costado. Si existen temores sobre posibles aspiraciones en el período neonatal inmediato, el bebé podrá ser colocado de costado, con la espalda apoyada en uno de los laterales de la cuna para evitar que gire y quede boca abajo.

El hábito de hacer dormir a los bebés boca abajo está muy arraigado en nuestra población ya que esta posición ha sido recomendada por los pediatras durante más de 50 años. Es por ello que las acciones deben tender a producir lentamente un cambio en los hábitos, lo cual lleva mucho tiempo y paciencia.

### ¿Por qué la posición prona aumenta el riesgo del SMSL?

Recientes estudios fisiológicos sobre el balance térmico, el rol de la infección de las vías aéreas superiores y la contingencia de inspirar el anhídrido carbónico recién exhalado explicarían, en parte, el aumento del riesgo del SMSL en la posición prona.

El aumento de la temperatura corporal interferiría con el control cardiorrespiratorio y el balance del sistema autónomo, siendo estos factores responsables del compromiso ventilatorio y de la dificultad para el despertar de estos bebés.

Fue comprobado que la posición prona dificulta la pérdida de calor del bebé, efecto que se incrementa en exceso si el ambiente está muy calefaccionado.

Se ha demostrado que el aire exhalado se acumula en forma significativa en la cara del lactante cuando este duerme en la posición prona, incrementándose aún más si el colchón donde apoya la cabeza es blando y si el aire está contaminado con humo de cigarrillo.

La experiencia internacional muestra que la posición prona no protege a todos los lactantes. Esto se debe a que el SMSL debe entenderse como la confluencia de múltiples factores de riesgo, algunos conocidos y otros no.

Otras acciones tendientes a disminuir el riesgo, además de la posición supina para dormir, son evitar el cigarrillo durante el embarazo, alejar al lactante de ambientes contaminados con humo de tabaco y evitar el sobrecalentamiento del bebé durante su sueño. Un adecuado control prenatal y la alimentación a pecho son asimismo pilares fundamentales en la prevención. Es bueno que los pediatras estén informados sobre este tema, ya que de sus recomendaciones dependerán fundamentalmente la implementación de las acciones preventivas mencionadas.

### Agradecimientos

Al Dr. José María Ceriani Cernadas por su lectura crítica de este manuscrito y al Dr. Carlos Gianantonio por haber promovido la formación del Grupo GIAMSI (Grupo de Investigaciones y Asistencia en Muerte Súbita).

## Bibliografia

1. AAP Task Force on Infant Positioning and Sids. *Pediatrics* 1992; 89; 1120-1126.
2. Willinger, M.; Hoffman, H.; Hartford, R.: Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda MD. *Pediatrics* 1994; 93:814-819.
3. Fleming, P.J.: Evidence for sleeping position as a risk for Sids. Abstract. Third Sids International Conference, Stavanger Norway. 31 th of July - 4th of August 1994.
4. Back to Sleep. Questions and Answers for Professionals on Infant Sleeping Position and Sids. Cosponsors: American Academy of Pediatrics. Us Public Health Service. Sids Alliance. Association of Sids Program Professionals.
5. Hunt, C.E.: The cardiorespiratory control hypothesis for Sids, in *Clinics in Perinatology: Apnea and Sids*. Guest Editor: Carl, E. Hunt, W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1992.