

Muerte súbita del lactante. Prevención primaria

Isabel María Cinta Palomo*, María de los Reyes Leo Rodríguez**, Ángeles María Márquez Carrasco***

Matrona. Hospital Universitario de Donostia.* *Matrona. Hospital Virgen del Camino de Pamplona.* ****Matrona. Servicio Andaluz de Salud (SAS).*

Resumen

Introducción: La muerte súbita del lactante (MSL) se ha relacionado con factores de riesgo modificables para poder establecer medidas preventivas que han hecho que disminuya su incidencia. **Metodología:** búsqueda bibliográfica en Cuiden Plus, Scielo, Cochrane, PubMed, y ENFISPO (de 2010 a 2017), completada con búsqueda en artículos de la AEPED y UNICEF, que fueran libres y completos. **Objetivos:** Establecer medidas preventivas a partir de identificar los factores de riesgo modificables. **Resultados:** Las medidas preventivas más destacadas son promover la lactancia materna, la cohabitación, la vacunación infantil, el uso del chupete para dormir, mantener condiciones de seguridad en la cuna y habitación del niño para dormir. La medida más importante es colocar al niño en decúbito supino para dormir. **Discusión/Conclusiones:** Estas medidas han hecho que la incidencia de MSL disminuya, sin embargo, es preciso seguir recomendándolas a los padres para que estas trágicas muertes se eviten.

Palabras clave: Muerte súbita del lactante. Prevención primaria.

Abstract

Introduction: sudden infant death (SID) has been related to modifiable risk factors in order to decrease the incidence setting specific preventive measures. **Objective:** specify preventive measures to reduce sudden infant death knowing the related modifiable risk factors. **Methods:** bibliographic review in Cuiden Plus, Scielo, Cochrane, PubMed and ENFISPO (since 2010 to 2017), completed with AEPED and UNICEF. Limited to complete and free articles. **Results:** primary prevention can be set with: breastfeeding, cohabitation, vaccination, pacifier while sleeping, cradles and rooms with security measures. Supine position to sleep is the most important action to prevent SID. **Conclusion:** it is important to recommend parents to follow this simple actions to prevent SID.

Key words: Primary prevention. Sudden infant death.

Introducción

La muerte súbita del lactante (MSL) está definida como "La muerte súbita de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación postmortem, que incluye la práctica de la autopsia, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica."¹

Queda excluido de la definición el síndrome de muerte súbita neonatal, que se refiere al período neonatal temprano (siete primeros días de vida).²

Desde 1978 la MSL está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y ha continuado apareciendo en las diferentes revisiones hasta la que está en vigencia actualmente que es la 10ª Revisión (CIE-10).³

Constituye la primera causa de muerte postneonatal (entre el primer mes y el año

de vida) en los países desarrollados, siendo el 40-50% de esa mortalidad.^{2, 4-6}

Entre los países con tasa alta (3-7 por mil nacidos vivos) se encuentran Australia, Nueva Zelanda e Irlanda del norte. Los países occidentales tienen, en general, una tasa intermedia (1-3 por mil nacidos vivos), mientras que Hong Kong, Japón y Suecia tienen una tasa baja (0.05-1 por mil nacidos vivos).⁴

En Europa mueren por SMSL 2400 bebés al año. El pico de mayor incidencia está entre los 2 y los 4 meses, ocurriendo el 90% de los casos totales antes de los 6 meses.^{3, 7}

Es importante recalcar que más del 95% de los casos se relaciona con factores de riesgo conocidos previamente, la mayoría de ellos modificables.⁷

La verdadera incidencia de los casos en España no está bien establecida, ya que se realizan pocos estudios de epidemiología infantil. La tasa de mortalidad publicada por el INE entre 1985 y 1995 fue del 0.3-0.4 por

mil. Sin embargo, es probable que haya existido una infradeclaración por inadecuado registro de casualidad.^{2,4,8}

Algunas de las características relacionadas con la MSL son las siguientes: se observa una incidencia aumentada en el sexo masculino por encima del femenino en un 50%.^{4,7}

Los casos son poco frecuentes en las dos primeras semanas de vida y después de los seis meses. La gran mayoría ocurre entre la medianoche y las nueve de la mañana, por lo que se han relacionado con el sueño. Predominan los casos durante los meses fríos y húmedos respecto a los meses cálidos y secos.⁴

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas en torno a la patogenia de la MSL, los mecanismos fisiopatológicos que conducen a este cuadro siguen sin estar bien definidos. Ninguna de las hipótesis planteadas proporcionan explicaciones concluyentes para todos los casos. La razón es que pueden existir factores que conducen a desarrollar MSL todavía no identificados, o bien existen causas genéticas, infecciosas, ambientales y/o evolutivas cuya manifestación final es el cuadro clínico y anatomopatológico conocido como MSL.^{5,9}

El avance más importante ha sido el descubrimiento de la relación de la MSL con la posición en prono para dormir. La disminución de la prevalencia de dormir en decúbito prono se acompañaba de una disminución de la incidencia de muerte súbita que oscilaba entre el 20 y el 67%. Ante esta evidencia epidemiológica, a principios de los años 90 se pusieron en marcha campañas de prevención nacionales e internacionales recomendando la posición supina para los lactantes durante el sueño. Desde entonces se estima que la incidencia ha descendido por debajo del 50%, de 1,2 por 1.000 nacidos en 1992 a 0,55 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2006.⁹

La Asociación Española de Pediatría (AEP), en 1991, fomentó que, dentro de su seno, quedara formalmente constituido el Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante (GEPMSL de la AEP), conformado por pediatras, patólogos, forenses, epidemiólogos, bioquímicos, neurofisiólogos, investigadores, psicólogos, sociólogos, etc. En él, estaban representadas las doce Sociedades Regionales de Pediatría de la AEP y se asumió el compromiso de aplicar los

diversos "Protocolos" aceptados por el GEPMSL, en cada Sociedad Regional de Pediatría.⁹

En los últimos años ha habido un descenso de la incidencia con medidas de prevención tales como recomendar la posición supina durante el sueño, pero ese descenso se ha ido estabilizando.^{2,3}

Según la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, es obligatorio en materia de revisión al niño sano, ofrecer a los padres consejos para la prevención de la MSL. Estos consejos deben llevarse a cabo en la primera revisión (hasta los 15 días) y al menos, en otra revisión antes de los 6 primeros meses de vida.⁸

Por ello, es fundamental que los profesionales sanitarios estén formados en el tema y sean capaces de identificar los factores de riesgo modificables así como los factores protectores, para informar a los padres y realizar una prevención primaria que consiga disminuir la tasa de MSL.

Objetivos

Como objetivo general nos marcamos identificar medidas de prevención primaria frente a la muerte súbita del lactante. Como objetivo específico establecimos señalar los factores de riesgo relacionados con este síndrome, fundamentalmente, los modificables.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden Plus, Scielo, Cochrane, PubMed, ENFISPO. Los descriptores empleados fueron "prevención primaria" y "muerte súbita del lactante", siendo la estrategia de búsqueda "((muerte súbita del lactante) AND (prevención primaria))" y "((sudden infant death) AND (primary prevention))". Se limitó la búsqueda a artículos publicados desde el año 2010 hasta el 2017.

Los criterios de inclusión fueron: publicaciones que trataran sobre medidas preventivas y/o factores de riesgo relacionadas con la MSL, estudios realizados en cualquier área geográfica y con cualquier población, artículos completos y libres disponibles.

Los criterios de exclusión fueron: idioma que no fuera español, inglés o portugués, publicaciones que no estuvieran relacionadas con los objetivos de la presente revisión de la literatura y que no se hubieran realizado en seres humanos.

Del total de los artículos obtenidos en la búsqueda en Cuiden Plus seleccionamos finalmente, tras lectura del artículo completo, cuatro. En Scielo, empleamos seis en la revisión de la literatura. De la búsqueda en PubMed se seleccionaron cuatro, tras lectura completa. De ENFISPO, fueron seleccionados cuatro (pero se descartó uno de ellos por duplicidad en otra de las bases de datos). Por último, en Cochrane, tres fueron empleados para la revisión. Además, se completó la búsqueda bibliográfica en la Asociación Española de

Pediatría (AEPED), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Así, finalmente, se revisaron doce artículos.

Se realizó una lectura crítica de todos los artículos y los datos fueron organizados en una tabla (tabla 1) con las siguientes categorías: factores de riesgo maternos, factores de riesgo intrínsecos asociados al lactante, factores de riesgo ambientales y factores protectores (medidas preventivas) para organizar los resultados.

Tabla 1.

ARTICULO	F.R. MATERNO	F.R. DEL LACTANTE	F.R. AMBIENTALES	FACTORES PROTECTORES
Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1). Factores de riesgo.	Exposición pre y postnatal a drogas. Tabaquismo materno y pasivo. Edad menor de 20 años. Bajo nivel socioeconómico.	Antecedente de hermano fallecido por MSL. Prematuridad. Bajo peso al nacer.	Colecho en malas condiciones. Sueño en decúbito prono. Superficie blanda para dormir. Arropamiento excesivo para dormir. Head covering.	Lactancia materna exclusiva (LME). Cohabitación. Control de la gestación y cuidados prenatales. Chupete durante dormir.
Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 2). Actividades preventivas.	Tabaquismo.		Dormir en decúbito prono. Colecho en otras superficies que no sea la cama.	LME. Vacunación.
Abordaje enfermero del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.	Escaso control durante el embarazo. Tabaquismo.		Arropamiento excesivo. Dormir en decúbito prono o decúbito lateral. Tabaquismo pasivo. Colchón blando. Objetos sueltos en la zona de sueño. Colchones usados. Colchones de adultos. Colecho.	
Actualización de conocimientos sobre los factores de riesgo y prevención de la muerte súbita del lactante.	Escaso control durante el embarazo.	Varón.	Colecho con otros factores de riesgo. Arropamiento excesivo para dormir. Dormir en decúbito prono o decúbito lateral. Colchón blando. Objetos sueltos en la zona de sueño.	LME Cohabitación. Chupete para dormir. Vacunación.
Muerte súbita del lactante y factores ambientales. Educación sanitaria.	Tabaquismo.		Tabaquismo pasivo. Colchón blando. Objetos sueltos en la zona de sueño. Dormir en decúbito prono. Colecho. Arropamiento excesivo.	Cohabitación. LME Chupete para dormir.
Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar.				LME
Lactancia materna y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.			Colecho.	LME Chupete para dormir. Cohabitación.
El papel de la matrona en la higiene del sueño del futuro bebé. Introducción al sueño y claves principales en la prevención de	Tabaquismo. Edad menor de 20 años. Alcohol durante el embarazo.	Gemelos. Antecedentes de hermanos fallecidos por MSL. Pretérmino.	Colchón blando. Objetos sueltos en la zona de sueño. Dormir en decúbito prono. Tabaquismo pasivo. Calentamiento excesivo de	LME Chupete para dormir. Vacunación.

riesgos durante el sueño del bebé.		Bajo peso al nacer.	la habitación. Head covering. Intercambio de colchones entre distintos bebés. Colecho reactivo o en lugares no habituales.	
Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución.	Tabaquismo. Anemia. Consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Preeclampsia.	Crecimiento uterino retardado (CIR). Pretérmino. Varón. Infección respiratoria previa.	Colecho asociado a tabaquismo. Dormir en decúbito prono y lateral. Hipertermia. Padres fumadores y/o consumidores de alcohol. Colchón blando. Objetos sueltos en la zona de sueño. Dormir con personas que no sean los padres.	Cohabitación. LME Chupete para dormir.
Muerte Súbita del Lactante. Revisión bibliográfica.				Chupete para dormir.
La lactancia materna se asocia a menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.				LME Chupete para dormir, con LM establecida. Decúbito supino al dormir.
¿Aumenta el colecho el síndrome de muerte súbita del lactante?	Tabaquismo. Consumo de alcohol.	Bajo peso al nacer. Antecedente hermano fallecido por MSL. Prematuridad.	Colecho. Decúbito prono para dormir. Sobrecalentamiento de la habitación.	Cohabitación.
Infant pacifiers for reduction in risk of sudden infant death syndrome.				No afirma que el chupete para dormir sea factor protector.
Risk factors for sleep-related infant deaths in in-home and out-of-home settings.	Nivel socioeconómico.		Dormir en un sitio distinto al habitual. Decúbito prono para dormir. Cunas no apropiadas. Dormir en silla para coches.	
Association between sudden infant death syndrome and diphtheria-tetanus-pertussis immunisation: an ecological study.			Decúbito prono para dormir.	Vacunación (difteria, tétanos, tos ferina).
Sleep environment risks for younger and older infants.			Colecho y dormir en cama de adultos (lactantes menores o iguales a 3 meses de edad). Dormir en decúbito prono y dormir con objetos sueltos (lactantes mayores de 3 meses).	
Passive smoking in babies: the BIBE study.	Tabaquismo.		Tabaquismo pasivo.	Consejo antitabáquico y concienciación al respecto por el pediatra.
Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death Syndrome.				LME Chupete para dormir.
Postnatal parental smoking: An important risk factor for SIDS.	Tabaquismo. Nivel socioeconómico bajo.	Prematuridad. Varón.	Tabaquismo pasivo. Dormir en decúbito prono.	LME
Causes and risk factors for infant mortality in Nunavut, Canada 1999-2011.		Infección respiratoria.	Colecho. Dormir en decúbito prono.	

Resultados

Puesto que es imposible identificar a las futuras víctimas de MSL, las recomendaciones se basan en actuar con medidas preventivas sobre los factores de riesgo modificables. Los factores de riesgo que se van a describir en esta revisión están relacionados con la MSL en numerosos estudios.⁶

Existen distintas formas de clasificar los factores de riesgo, en esta revisión seguiremos el modelo del Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil de la AEP.⁹

• **Factores de riesgo maternos:**

- **Control adecuado de la gestación y conocimientos sobre cuidados prenatales.** Se relaciona un mayor riesgo de MSL con el escaso control del embarazo.^{4, 8}

Se deberá aconsejar un seguimiento adecuado de la gestación y del periodo perinatal: las mujeres embarazadas deben recibir cuidados periódicos y controles prenatales, ya que se asocian a una reducción del riesgo de MSL. Recomendación Grado B.^{2, 6}

- **Madre fumadora.**^{3, 4, 7, 10-13}

El riesgo aumenta 2-3 veces más si la madre ha fumado durante el embarazo^{3, 8} y durante la lactancia materna.¹⁰ Se relaciona el consumo de tabaco postnatal en conjunto con el colecho con un aumento de 10 veces más del riesgo de MSL, en una relación dosis dependiente.³

Además, algunos autores también consideran como factor de riesgo el tabaquismo pasivo.^{4, 7, 10, 12, 13} La exposición al tabaco tras el nacimiento multiplica el riesgo de MSL por cinco si el consumo es superior a 20 cigarrillos por día.⁸ Se recomienda realizar consejo antitabáquico a la gestante desde la primera visita del embarazo y a ambos padres desde la primera visita del recién nacido. Habrá que desaconsejar cualquier exposición al humo del tabaco, sobre todo a los padres fumadores que compartan la cama con el bebé. Existe una certeza alta de que evitar el tabaquismo materno y paterno produce un beneficio neto de magnitud importante. Recomendación de grado A.^{2, 6, 12}

- **Madre menor de 20 años.**^{4, 7} Sobre todo, aumenta el riesgo si se combina el colecho con la edad de los padres menor de 20 años.⁴

- **Consumo de alcohol y otras drogas.** Tanto durante el embarazo como tras el nacimiento.^{3, 4, 7, 8, 11} Se debe evitar,

especialmente, el consumo de alcohol durante el sueño del bebé cerca de él.⁷ Así como el consumo de sustancias psicoactivas.³

Las madres deben evitar el consumo de alcohol y drogas durante el periodo periconcepcional y durante la gestación. El consumo parental de alcohol o drogas en combinación con compartir cama condiciona un alto riesgo de MSL. Existe una certeza moderada de que evitar el consumo pre y posnatal de alcohol y drogas produce un beneficio neto de magnitud moderada. Recomendación de grado B.^{2, 6}

- **Complicaciones durante el embarazo.**

Como la anemia, la preeclampsia, el crecimiento intrauterino retardado (CIR).³

• **Factores de riesgo dependientes del niño:**

- **Prematuridad, bajo peso al nacer.**^{4, 7, 11, 13}

- **Hermano fallecido por MSL.** Multiplica el riesgo por cinco.^{4, 7, 11}

- **Gestación múltiple.** Los primeros días el riesgo está diez veces aumentado, luego se mantiene al doble por la condición de ser hermanos.⁷

- **Antecedente de episodio de apnea.** Asfisia por compresión de la vía aérea o inhalación de gases exhalados.³

• **Factores ambientales:**

- **Postura durante el sueño.** Es el principal factor de riesgo modificable. Se recomienda el decúbito supino, ya que en otras posturas el lactante reacciona peor a los estímulos negativos.^{4, 7, 8, 10-17} El decúbito lateral tiene menos riesgo de MSL que el decúbito prono, pero el doble que la postura de supino.³ Hay que aclarar, sobre todo a los padres que no existe mayor incidencia de broncoaspiración por dormir en decúbito supino.³

El único riesgo que tiene el decúbito supino es la plagiocefalia funcional (o "cabeza achatada"), debido a la fragilidad de los huesos del cráneo del bebé.⁴ Este hecho se resuelve espontáneamente y no afecta al desarrollo del niño.¹⁸

Las situaciones en las que dormir en supino está contraindicado son las malformaciones craneofaciales, las evidencias de obstrucción de la vía aérea superior y el reflujo gastroesofágico muy patológico.¹⁸

Numerosas campañas de sensibilización se han llevado a cabo en distintas partes del mundo para que los padres conocieran el

riesgo de que los bebés durmieran en prono o lateral en lugar de supino, ya que años atrás se recomendaba que los niños durmieran en prono para evitar atragantamientos. Desde que se han realizado estas campañas la incidencia de MSL ha disminuido en un 30-50% en cada una de las zonas geográficas donde se han realizado.⁴

Como medida preventiva, se recomienda evitar el decúbito prono para dormir durante el primer año de vida, especialmente, los seis primeros meses. El decúbito prono puede aceptarse mientras el niño está despierto, con supervisión.²

Existe una certeza alta de que evitar el decúbito prono o lateral durante el sueño produce un beneficio neto de magnitud importante. Recomendación de grado A.^{2,6}

- **Dormir en superficie blanda.** Debe recomendarse como medida preventiva el uso de colchones con una firmeza media-alta para que duerman los lactantes, evitar los accesorios sueltos en la cuna del bebé como peluches, mantas, cojines, sábanas que no sean ajustables o no estén bien ajustadas o sean de adultos.^{3, 4, 7, 8, 10, 16} Y evitar también las sillitas de viaje para el sueño.^{4, 14} Las cunas deben seguir la norma Europea EN716-1:2008.⁷

Asimismo, no se recomiendan colchones que no disipen bien el calor y no queden correctamente encajados en la cuna (que no quede espacio entre el colchón y la barandilla de la cuna),⁸ y deben ser colchones permeables al anhídrido carbónico que exhala el lactante. Se debe lavar la funda y el núcleo del colchón,⁷ y no es adecuado intercambiar colchones entre distintos bebés ni heredarlos ni usar colchones que empleen los adultos.^{7, 8}

Debe evitarse el sobrecalentamiento y que la cabeza quede cubierta al dormir. Existe una certeza insuficiente de que las medidas encaminadas a evitar el sobrecalentamiento y que la cabeza quede cubierta produzcan un beneficio neto. Recomendación de grado I.^{2, 6, 11}

- **Colecho.** Existe controversia entre la práctica del colecho y el riesgo de MSL.

Hay autores que afirman que no se sabe si existe más riesgo o beneficio, ya que favorece el mantenimiento de la lactancia materna.² Otros autores sostienen que los estudios realizados sobre el colecho son antiguos y, por tanto, poco válidos en la actualidad.⁴ Y que no hay evidencia que desaconseje el colecho en lactantes con lactancia materna si no hay otros factores de riesgo añadidos.¹⁹ Mientras que otros

afirman que el colecho sí aumenta el riesgo de MSL.^{11, 16, 17}

Uno de los estudios revisados sostiene que el riesgo de MSL aumenta en bebés menores de 20 semanas de vida por dormir con sus padres.¹⁰

Rossato en su artículo sostiene que, según la Academia Estadounidense de Pediatría, no se recomienda el colecho durante los seis primeros meses, pero sí la cohabitación. Aún así, reconoce que los primeros días de vida del recién nacido es complicado fomentar la lactancia materna durmiendo el bebé en la cuna separado de la madre, especialmente los quince primeros días cuando aún se está instaurando la lactancia, por lo que afirma que una alternativa podría ser el colecho transitorio los primeros días y, después, pasar a cohabitación.²⁰

Existen actuaciones negativas en relación al colecho que deben hacer que se desaconseje. Son los siguientes casos:^{2- 4}

- Padres fumadores y/o consumidores de alcohol, otras drogas y fármacos como los antidepresivos y los ansiolíticos.
- Situaciones de extremo cansancio.
- Padres menores de 20 años.
- Hacer colecho con personas que no sean los padres.
- Realizar colecho en superficies distintas a la cama.⁷
- Colecho en habitaciones sobrecalentadas.
- Lactancia artificial.

Hay publicaciones que desaconsejan el colecho en cualquier caso.⁸

Se recomendará no practicar colecho si cualquiera de los padres son fumadores, han consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos y en situaciones de cansancio extremo. Tampoco se debe hacer colecho en sofás o sillones o cualquier otro sitio que no sea la cama. Recomendación de grado B. En los casos de lactancia materna se informará de que no existe evidencia suficiente para desaconsejar el colecho, ya que no hay pruebas suficientes de que esté asociado a un aumento en el riesgo de MSL cuando la madre amamanta y no hay otros factores de riesgo. Recomendación de grado I.^{2, 6}

• **Factores protectores:**

- **Lactancia materna.** La LM se considera recomendación grado A en la prevención de la MSL.^{2, 8} Cuanto mayor sea la duración de la LM menor es el riesgo de MSL.²⁰ Los profesionales sanitarios deben recomendar la lactancia materna exclusiva durante los

seis primeros meses de vida, ya que uno de sus numerosos beneficios es que disminuye el riesgo de MSL^{7,10,13,21,22} en un 50%^{2,3,6} al aumentar la inmunidad del lactante y hacer que el despertar sea más fácil.⁴ Además la leche materna proporciona ácido docosahexaénico (DHA).³

Brahm en su estudio sostiene que la LM disminuye el riesgo de MSL en un 36% (siendo una relación dosis-dependiente). La considera un factor protector tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. Afirma que si el 90% de la población de EEUU amamantara de forma exclusiva en los seis primeros meses de vida se evitarían 900 muertes súbitas del lactante por año.²³

- **Vacunación.**^{2, 6-8} Se recomienda cumplir el calendario vacunal vigente, ya que parece disminuir el riesgo de MSL. Existe una certeza insuficiente de que la vacunación sistemática produzca un beneficio neto. Recomendación de grado I.^{2, 6} Se afirma que sobre todo protege de la MSL la vacunación contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP).¹⁵

- **Cohabitación (compartir habitación sin compartir cama con los padres).**^{3, 4, 10, 11, 20}

Existe una disminución del riesgo de MSL en un 50%, ya que evita la sofocación y el atrapamiento.^{4, 2, 6} Es aconsejable, al menos, durante los seis primeros meses de vida.¹⁰

Por tanto, la cuna debe estar en la habitación de los padres, ya que constituye el lugar más seguro. Recomendación grado B.^{2, 6}

- **Temperatura correcta de la habitación y aireación.** La temperatura ambiente recomendada para la habitación donde duerma el niño es de 20-22°C.¹⁰ Se debe evitar el arropamiento excesivo y el sobrecalentamiento, sobre todo si la cabeza queda cubierta (head covering); algo que está totalmente desaconsejado.^{4, 7, 8}

- **Uso del chupete para dormir.** Tiene una recomendación grado B su uso durante el primer año de vida: sin mojarlo en sustancias dulces, ni forzar su uso, solo se debería ofrecer, y hay que limpiarlo y cambiarlo por uno nuevo con frecuencia.^{3, 8} Por otro lado, otras investigaciones lo recomiendan hasta los ocho meses.⁷ Hay autores que recomiendan el uso del chupete para dormir, especificando que se debe ofrecer cuando la LM esté bien instaurada.²⁰⁻²²

Uno de los estudios revisados recomienda ofrecer el chupete al niño para dormir aunque afirma que su mecanismo no está claro,⁴ por lo que se necesita seguir investigando al respecto.¹⁰ Una revisión de la Cochrane sostiene que no puede aconsejar ni desaconsejar su uso para este fin, por datos inconcluyentes.¹ Algunos aspectos por los que se relaciona con disminución del riesgo de MSL son: aumento de la permeabilidad de las vías aéreas, sueño más superficial del lactante y promueve un estado de vigilia en los padres.⁵

Existe una certeza moderada de que el uso del chupete produce un beneficio neto de magnitud moderada. Recomendación de grado B.^{2, 6}

Discusión

La MSL es la primera causa de muerte postnatal en los países desarrollados^{2, 4-6} y, a pesar de que la incidencia se ha visto reducida notablemente, en los últimos años ha sufrido una estabilización.^{2, 3}

Se han desarrollado campañas de prevención y concienciación para que los padres adopten medidas que reduzcan factores de riesgo modificables, como las recomendaciones de colocar a los niños en supino para dormir o que no se les cubra la cabeza,^{2, 6} en campañas como "Feet to foot" en Reino Unido para colocar a los bebés a los pies de la cuna, o "Seguro al dormir" (antes llamada "Dormir boca arriba"), también iniciada en Reino Unido. Sin embargo, exceptuando la posición durante el sueño, existen pocos trabajos en los que se demuestre la efectividad del consejo en cuanto al cambio de conocimientos o actitudes.⁶

Por ello, se hace necesario que los profesionales sanitarios conozcan medidas preventivas para formar a los padres, con el objetivo de disminuir las muertes por MSL. Los artículos revisados afirman la importancia de estos profesionales, destacando la labor como agentes de la salud de enfermeros/as,^{8, 10} los especialistas en Pediatría,⁸ los especialistas en Ginecología y Obstetricia (matronas),^{4, 7, 8, 19} y sanitarios en general.²⁰ Las medidas preventivas generales son sencillas y deben ser recomendadas fuertemente por los profesionales: realizar los controles recomendados para el seguimiento de la gestación,^{2, 4, 6, 8} dormir en decúbito supino,^{2, 4, 6, 7, 8, 10} superficie del colchón de la cuna con dureza media-alta

para los lactantes, evitar el sobrecalentamiento del bebé y la habitación donde duerme, evitar los accesorios sueltos en la cuna del bebé durante el sueño, no usar camas ni sábanas de adultos,^{3, 4, 7, 8, 10} que no se empleen las sillitas de viaje ni otras superficies que no sean la cuna para dormir,⁴ reducir (eliminar preferentemente) el consumo de tabaco,^{3, 4, 7, 8, 10} alcohol y otras drogas tanto los padres como personas que estén en contacto directo con los niños,^{4, 7, 8} las cunas deben seguir la norma Europea EN716-1:2008.⁷

No se recomienda el colecho con padres menores de 20 años, que sean fumadores o hayan consumido alcohol u otras drogas o sustancias tóxicas, en situaciones de extremo cansancio, con personas que no sean los padres, en superficies distintas a la cama o en habitaciones sobrecalentadas, ni en casos de lactancia artificial.²⁻⁴

Otras recomendaciones estarán encaminadas a fomentar los factores protectores frente a la MSL: promover la LM exclusiva durante los seis primeros meses de vida del lactante,^{2, 6-8, 10} cumplir el calendario de vacunación infantil,^{2, 6-8, 10} llevar a cabo la cohabitación (con medidas de seguridad) y recomendaciones para que la habitación y la cuna sean un lugar seguro para el sueño del bebé (ya comentadas).^{3, 4, 10, 20} ofrecer el chupete al bebé para dormir.^{2, 3, 6-8, 10} cuando la LM esté bien instaurada.²⁰

Conclusiones

La MSL es una experiencia traumática para los padres que pierden a sus hijos por este motivo. A pesar de que la incidencia ha ido disminuyendo, existen medidas preventivas sencillas que no se están siguiendo por los padres y que, por tanto, deben ser recomendadas con mayor insistencia por los profesionales de la salud para evitar estas muertes tan trágicas y prevenibles. Entre las medidas de prevención primaria recomendadas están la lactancia materna, el uso del chupete para dormir, la cohabitación con los padres y la vacunación, además de ser especialmente importante que la postura para dormir del lactante sea el decúbito supino.

Por tanto, será fundamental conocer aquellos aspectos que están directamente relacionados con la MSL e informar a los padres y cuidadores de las medidas que deben seguir para intentar reducir al mínimo el riesgo de MSL.

Habrà que trabajar en reducir los factores de riesgo modificables: tabaquismo de los padres, condiciones de la superficie de sueño de los lactantes y habitación, postura para dormir (recomendar siempre el decúbito supino como la postura más segura), evitar el arropamiento excesivo para dormir. Y, por otro lado, fomentar los factores protectores: lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, cohabitación y vacunación. Tendremos que informar a los padres sobre los casos en los que nunca se deberá hacer colecho, cómo hacerlo de forma más segura, y el uso adecuado del chupete para dormir.

Bibliografía

1. Psaila K et al. Infant pacifiers for reduction in risk of sudden infant death syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD011147.
2. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortiz González L y Grupo PrevInfad. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 2). Actividades preventivas. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014;16: 71-80.
3. Latorre-Castro ML et al. Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución. *Rev. Fac. Med.* 2014; 62 (2): 247-254.
4. Grupo PrevInfad. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1). Factores de riesgo. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2013;15: 361-70.
5. Quirós González G. et al. Muerte Súbita del Lactante. Revisión bibliográfica. *Med leg Costa Rica.* 2016;33 (1):44-56.
6. Sánchez Ruiz-Cabello, J. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [en línea]. Actualizado enero de

2016. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm>

7. Zamora Tomás et al. El papel de la matrona en la higiene del sueño del futuro bebé. Introducción al sueño y claves principales en la prevención de riesgos durante el sueño del bebé. *Matronas Prof.* 2014; 15(1): 28-31.

8. Diego Herrero M. Abordaje enfermero del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *Nuber Cientif.* 2016;3(18): 45-51.

9. Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil- AEP. Coordinadora: Izquierdo Macián MI. et al. LIBRO BLANCO de la muerte súbita infantil. 3ª edición. Ergón. 2013. ISBN: 978-84-15351-90-0. Disponible en: <http://www.aeped.es/grupo-trabajo-estudio-muerte-subita-infantil/documentos/libro-blanco-muerte-subita-infantil>

10. Zapata-Sampedro MA, Castro-Varela L, Tejada Caro R. Muerte súbita del lactante y factores ambientales. *Educación sanitaria. Revista Enferm Docente* 2015;103: 38-39.

11. Ortega Páez E, Molina Arias M. ¿Aumenta el colecho el síndrome de muerte súbita del lactante? *Evid Pediatr.* 2013;9:64.
12. Ortega et al. Passive smoking in babies: the BIBE study (Brief Intervention in babies. Effectiveness). *BMC Public Health.* 2010; 10:772.
13. Liebrechts-Akkerman G et al. Postnatal parental smoking: An important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr.* 2011;170(10):1281-91.
14. Hilina Kassa MD et al. Risk Factors for Sleep-Related Infant Deaths in In-Home and Out-of-Home Settings. *PEDIATRICS.* 2016;138:5.
15. Müller-Nordhorn et al. Association between sudden infant death syndrome and diphtheria-tetanus-pertussis immunisation: an ecological study. *BMC Pediatrics.* 2015;15:1.
16. Colvin et al. Sleep environment risks for younger and older infants. *Pediatrics.* 2014;134:406–412.
17. Collins SA et al. Causes and risk factors for infant mortality in Nunavut, Canada 1999-2011. *BMC Pediatr.* 2012; 12:190.
18. UNICEF. Recomendaciones para el sueño seguro del bebé. Material informativo para los equipos de salud. 2003.
19. Basallote Mera C, Arróniz Gutiérrez M, Fernández Gómez V. Actualización de conocimientos sobre los factores de riesgo y prevención de la muerte súbita del lactante. *Rev Paraninfo Digital,* 2015; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/117.php>
20. Rossato N. Lactancia materna y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(5):387-390.
21. Alm B et al. Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome. *Acta Pædiatrica* 2016;105:31–38.
22. Buñuel Álvarez JC, Cuervo Valdés JJ. La lactancia materna se asocia a menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. *Evid Pediatr.* 2011; 7:61.
23. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr.* 2017 ;88 (1):7-14.