

Síndrome de muerte súbita del lactante. De la teoría a la práctica diaria

DRA. NORMA ELENA ROSSATO

INTRODUCCIÓN

Los conceptos teóricos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante, se han difundido no sólo a nivel profesional sino en gran parte de la comunidad. Sin embargo, muchas veces se observa que dichos conceptos no se traducen en actitudes concretas con respecto al cuidado de los niños, de parte de los profesionales de la salud y del grupo familiar.

En la primera parte, vamos a realizar un breve repaso de los conceptos básicos sobre el tema. En la segunda parte abordaremos las dificultades concretas y las posibles soluciones en la implementación de las medidas de prevención.

PRIMERA PARTE

DEFINICIÓN

Muerte súbita del lactante es la que afecta a un niño menor de un año de edad, sin causa aparente, a pesar de haber realizado:

- examen del lugar del hecho;
- revisión de su historia clínica;
- autopsia completa.

IMPORTANCIA

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es la tercera causa de mortalidad infantil postneonatal en los países industrializados luego de las malformaciones y las causas asociadas a prematuridad. Estas tres causas son responsables del 45,5% de las muertes infantiles. En los países en vías de desarrollo, ocupa un lugar menos relevante como causa de mortalidad infantil. En Argentina, las estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación informan aproxima-

Médica pediatra y neonatóloga. Sanatorio de la Trinidad Palermo. Avenida Cerviño 4720. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Correo electrónico: nerossato@gmail.com

Declaración de intereses: nada que declarar.

damente 250 muertes en el año 2007 por esta causa. Las cifras son imprecisas por causa del subregistro o por la forma de llenar los certificados de defunción, donde el síndrome de muerte súbita del lactante muchas veces no figura como causa principal de muerte.

HISTORIA

Si bien la muerte súbita del lactante es conocida desde hace muchos siglos, en 1963 se realizó la primera conferencia internacional sobre el tema en Seattle, EE.UU.

En 1969 se llegó a la primera definición internacional del síndrome. Luego de algunos años, el SMSL tuvo su propio número de código en la clasificación internacional de las enfermedades.

A partir de 1972 se comenzó a explicar el SMSL como una interacción entre varios factores. Se desarrolló el modelo del triple riesgo, según el cual el síndrome de muerte súbita del lactante se produce cuando un niño vulnerable, con una edad crítica, es sometido a factores medioambientales desencadenantes ⁽²⁾.

En la década de 1980 se reforzó la relación entre el SMSL y la posición prona para dormir, el cigarrillo durante y después del embarazo, el estrés térmico (sobrecalentamiento), el colecho y el uso de almohadones.

Las primeras campañas sobre prevención del SMSL se realizaron en Holanda en 1987, luego en Dinamarca, Finlandia, Nueva Zelanda, Noruega y Suecia en 1989, Australia, Alemania, Inglaterra, Irlanda y Escocia en 1991, Suiza y los Estados Unidos en 1992, Francia en 1993, Austria en 1994 y Canadá en 1995.

En Argentina se formó el primer grupo de estudio sobre el tema en 1994, en 1998 se creó la Comisión Asesora y se adhirió al denominado proyecto Vínculo, una estrategia global para incrementar el conocimiento y la prevención del SMSL en todos los países del mundo. Se establecieron vínculos entre profesionales argentinos y neozelandeses, con la comunidad, con las asociaciones comprometidas con la salud (hospitales, Sociedad Argentina de Pediatría, ministerios, OMS, OPS).

En los países de América Latina, la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) apoya las campañas de prevención.

La década del 90 estuvo caracterizada por la caída de la incidencia del SMSL en todos los países desarrollados; pero el mecanismo de la muerte no se dilucidó totalmente. Con algunas variaciones se sostiene el modelo del triple riesgo pero poniendo énfasis en el concepto de trastorno del desarrollo fetal.

FISIOPATOLOGÍA

Basándonos en el modelo del triple riesgo vamos a tratar de hacer una síntesis que nos permita entender mejor esta patología.

Niño vulnerable

Durante el embarazo se altera el desarrollo normal de los sistemas autonómicos relacionados con las funciones vitales. Esto puede ocurrir por hipoxia crónica fetal o tener una base genética.

Los centros vitales se encuentran en el tronco encefálico. Puede haber una alteración de la utilización y reciclado de la serotonina, o niveles de serotonina normales pero con escasos receptores para la misma sobre la superficie neuronal. Los centros neurovegetativos tienen una deficiente regulación autonómica y una menor respuesta ante situaciones de riesgo vital, que afecta:

- el patrón respiratorio;
- la sensibilidad de los quimiorreceptores;
- el control de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y su variabilidad;
- la respuesta del despertar ante la asfixia.

Podríamos decir que el SMSL es la consecuencia de una falla en el mecanismo del despertar.

El microdespertar es la defensa que tiene el lactante ante situaciones que ponen en peligro su vida durante el sueño. Se produce por distintas formas de estimulación:

- Neurosensorial (audición, visión, temperatura, tacto).
- Cardiorrespiratoria.
- Obstrucción de la vía aérea, hipoxemia, hipercapnia hipotensión, hipertensión, esfuerzo inspiratorio.

El microdespertar incluye:

- Movimientos corporales.
- Aumento del tono muscular.
- Aumento de la amplitud respiratoria y abdominal.
- Aumento abrupto de la actividad en el electroencefalograma.
- Aumento de la frecuencia respiratoria y de la tensión arterial.

Etapas crítica

La inmadurez, inestabilidad y/o la disfunción del sistema neurovegetativo se extienden a todo el primer año de vida, y es particularmente notable durante los primeros 6 meses de edad. Se considera especialmente crítica la etapa de los 2 a los 6 meses de edad. Recordemos que a esta edad corresponde el valor más bajo de hemoglobina en el niño y esto puede agravarse cuando la anemia es mayor y disminuye la posibilidad de transporte de oxígeno.

Factores desencadenantes: en presencia de tabaco, aumento de la temperatura corporal o ambiental, posición prona al dormir u obstrucción accidental de la vía aérea por objetos sueltos en la cuna,

fallan los mecanismos neurovegetativos del despertar que protegen la supervivencia.

La comprensión de este modelo nos ayuda a definir las estrategias de investigación y de prevención. Debemos:

- tratar que nazcan niños menos vulnerables (cuidados del embarazo);
- cuidar especialmente a los niños durante su primer año de vida (medidas de prevención del SMSL);
- evitar que los niños sean expuestos a factores desencadenantes del SMSL.

DIAGNÓSTICO

Es muy importante el registro de las personas que intervienen en el momento inicial. Todos los datos recogidos por el personal de emergencias con respecto a las circunstancias deben anotarse con precisión en la historia clínica del niño. Personas con conocimiento de los factores de riesgo y con autoridad legal, deben visitar el lugar del hecho cuanto antes y dialogar con los convivientes del niño. La entrevista debe ser en un tono prudente, respetuoso, teniendo en cuenta el grado de emoción del familiar pero sin perder de vista la posibilidad de un hecho intencional. La autopsia debe realizarse dentro de las 24 horas de producida la muerte, e incluye el contenido craneal, el estudio microscópico de las muestras, radiografías, pesquisa toxicológica y metabólica .

OTRAS CAUSAS DE MUERTE INESPERADA

El SMSL no es la única causa de muerte inesperada. Si no se realizó la autopsia, la muerte tiene que ser catalogada como “muerte súbita infantil no clasificada”. Las causas pueden ser:

- Accidentes.
- Infanticidio.
- Asfixia.
- Traumatismo.
- Síndrome del bebé sacudido.
- Sofocación.
- Intoxicación.
- Hipo/hipertermia.
- Enfermedad.
- Trastornos cardiovasculares.
- Sepsis/meningitis.
- Enfermedades metabólicas.

ASPECTOS LEGALES

El pediatra puede certificar el fallecimiento si conoce la evolución del niño y el grupo familiar, y descarta la violencia.

Ante una muerte súbita infantil no clasificada, hay aspectos claves que pueden ayudar a detectar el maltrato infantil:

- Datos precisos escritos en la historia clínica, aportados por el personal de emergencias que atendió el caso.
- Investigación del lugar del hecho e interrogatorio de los cuidadores del niño por personal autorizado.
- Interconsultas del médico forense con especialistas en radiología, anatomía patológica, neurología, etcétera.
- Autopsia completa, dentro de las 24 h de producida la muerte, incluyendo contenido craneal, radiografías y pesquisa metabólica y toxicológica.
- Revisión cuidadosa de la historia clínica previa, entrevistas con los cuidadores del niños y con su pediatra o prestadores.

Si bien la actitud tiene que ser muy imparcial durante la investigación, los antecedentes de episodios repetidos de cianosis, apneas, eventos de amenaza a la vida relatados siempre por el mismo familiar, pueden orientar hacia la sospecha de una asfixia intencional.

El certificado de defunción debe tener un diagnóstico preciso acorde a los hallazgos y esta información debe ser dada cuanto antes a la familia.

ANATOMOPATOLOGÍA

Hay hallazgos inespecíficos como las petequias y los signos de congestión y edema pulmonar.

También se pueden encontrar signos inespecíficos de hipoxemia crónica preexistente:

- Marcadores titulares:
 - Tronco cerebral: alteraciones estructurales (astrogliosis) y de la neurotransmisión: retraso en la maduración neuronal, en el desarrollo de las sinapsis, disminución de actividad en los receptores de serotonina, disminución de la actividad adrenérgica .
 - Cambios en el sistema neurotransmisor del núcleo arcuato en la médula ventral (integrador de las funciones autonómicas vitales).
 - Anomalías de los cuerpos carotídeos.
 - Aumento de la musculatura en las arterias pulmonares pequeñas.
 - Hipertrofia del ventrículo derecho.
 - Hiperplasia adrenal.
 - Hematopoyesis extramedular.
 - Aumento de la grasa parda.
- Marcadores bioquímicos:

- Niveles elevados de eritropoyetina.
- Hipoxantina en humor vítreo.
- Ácido láctico en humor vítreo.
- Aumento de hormonas relacionadas con el estrés.
- Factor de crecimiento endotelial vascular en el LCR.

RECURRENCIA

La recurrencia es rara pero puede dar lugar a confusión y controversia por el diagnóstico diferencial con enfermedad familiar o infanticidio.

Bacon publicó en 2008 una revisión sobre 8 estudios en idioma inglés, publicados entre 1965 y 1999, realizados en Australia, Noruega, Inglaterra y EE.UU. Menciona que algunos casos en los primeros años de investigación pueden haber correspondido a alteraciones metabólicas que por entonces no se detectaban, como la alteración del metabolismo de los ácidos grasos. Los estudios tienen fallas en el diagnóstico, la comparación con los controles y la metodología de la investigación, por lo que se considera que sobreestiman el riesgo de recurrencia. Concluye que, aunque el aumento del riesgo es posible en un contexto teórico, no puede ser cuantificado con la evidencia actual ⁽⁵⁾.

El rol de los genes relacionados con el metabolismo de la serotonina y sus receptores, así como otros genes de neurotransmisores, merecen investigaciones futuras ⁽⁶⁾.

Los profesionales deben ser cautos en su afirmación sobre la posibilidad de recurrencia y las familias que han tenido un caso de SMSL. Se considerarán familias especialmente vulnerables aquellas que presenten enfermedades familiares, o aquellas en que se sospecha un homicidio o evidencian los principales factores de riesgo para SMSL. Las otras familias deben saber que el riesgo de recurrencia es bajo si se respetan las recomendaciones actuales de prevención. El uso de monitores cardiorrespiratorios en el hogar sólo se justifica cuando el niño es un prematuro con inestabilidad respiratoria, en los niños con dependencia tecnológica (traqueostomía, asistencia respiratoria), enfermedades pulmonares o neurológicas que comprometan la suficiencia respiratoria ⁽⁷⁾.

FACTORES DE RIESGO

Factores no modificables

Tienen relación con el nacimiento de un niño vulnerable, por su edad gestacional, estado nutricional, género y edad postnatal. El factor ambiental no modificable es la estación del año.

El 80% de los casos de SMSL ocurren antes de los 6 meses de edad. Los varones tienen mayor riesgo que las niñas con un OR: 1,47 (1,26 –1,70). Una edad gestacional de < 38 semanas tiene un

OR 5,7 (3,5-9,4). El peso < 2500 g tiene un OR 9,3 (5,1-17) El riesgo durante el invierno es de 2 a 4 veces mayor.

Factores modificables

Los relacionados con el cuidado del embarazo tienden a prevenir el nacimiento de un niño vulnerable. Los relacionados con la posición para dormir y el medio ambiente, son el eje de las campañas de prevención .

Factores relacionados con el embarazo

Los factores que aumentan el riesgo entre 2 y 6 veces son:

- Menos de siete controles prenatales.
- Exposición al tabaco (dosis dependiente).
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- Madre soltera.
- Abuso de alcohol.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Consumo de drogas.

Factores relacionados con el lactante.

- Posición prona para dormir
- Sobreabrigo (especialmente en ocasión de intercorrientes infecciosas)

Factores de riesgo ambientales

- Tabaquismo.
- Estrés térmico.
- Superficies blandas para dormir.
- Ropa de cama suelta.
- Colecho.
- No cohabitación.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN

En base a los conocimientos que se fueron sumando sobre este tema se diseñaron campañas de prevención. En Nueva Zelanda, y luego en Estados Unidos, las primeras campañas pusieron énfasis en la posición no prona para dormir. Luego se fueron añadiendo otros aspectos relacionados a los riesgos ambientales (calor, objetos sueltos, tabaquismo). En las reuniones de evaluación sobre los resultados de estas campañas, que se realizan cada 5 años, la Academia Estadounidense de Pediatría ha detectado otros matices a tener en cuenta. En el año 2000 se incorporaron las medidas para prevenir la plagiocefalia: rotación de la cuna una vez por semana para ofrecer distintos puntos de atención, alternar tiempos con el niño en brazos. En la reunión del año 2005 se observó que actualmente hay

más SMSL cuando el niño queda a cargo de otros cuidadores en lugar de sus padres, que suelen estar mejor prevenidos al respecto. Entonces se enfatizó la importancia de recordar las medidas de prevención del SMSL a toda persona que quede a cargo de un niño menor de un año .

Analicemos ahora cada una de las medidas de prevención.

Posición para dormir

Los mecanismos por los cuales la posición prona aumenta en 3 veces el riesgo relativo de muerte súbita son varios: recirculación de monóxido de carbono, disminución de la pérdida calórica en caso de sobrecalentamiento, mayor riesgo de aspiración, sofocación accidental, obstrucción orofaríngea, aumento de la resistencia en la vía aérea, disminución del flujo cerebral, menor movilidad.

En estado de vigilia, la posición prona con vigilancia de un adulto responsable, durante no menos de cinco minutos diarios, es recomendada para estimular el neurodesarrollo.

Cuna segura

El objetivo de esta recomendación es evitar la sofocación accidental del bebé por objetos blandos. Esto puede ocurrir si la superficie es inadecuada (sofá, almohadón, colchón blando, piel médica) o hay elementos alrededor del bebé contra los cuales se puede apoyar (otras personas, almohadones) o hay elementos sueltos que el bebé puede llevarse sobre la cara (ropa de cama, juguetes, telas).

Ambiente adecuado

Los factores ambientales más riesgosos son el calor y el humo de tabaco. La acción perjudicial del tabaco comienza durante el embarazo, al afectar el desarrollo del sistema neurovegetativo y continúa en la vida postnatal actuando como depresor del centro respiratorio.

RECOMENDACIONES ACTUALES

Principales recomendaciones. Academia Estadounidense de Pediatría 2005 .

1. Dormir en posición supina. La posición lateral no es tan segura como la supina. No se aconseja el uso de dispositivos para mantener la posición lateral.
2. Utilizar un colchón firme cubierto con una sábana ajustada. Evitar almohadas, acolchados, y pieles médicas.
3. Retirar los objetos sueltos de la cuna: almohadas, colchas, juguetes.
4. Acostar al bebé cerca del pie de cuna (pies al pie), tapado hasta el nivel de las axilas, con las sábanas sujetas.

5. No fumar durante el embarazo ni en el ambiente donde duerme el bebé.
6. Cohabitar con el bebé pero no realizar colecho. El bebé puede ser confortado y alimentado pero debe volver a su cuna cuando los padres se disponen a dormir.
7. Considerar la posibilidad de ofrecer un chupete para dormir una vez que se estableció una lactancia satisfactoria. Si el niño lo rechaza no debe ser forzado a usarlo.
8. Evitar el sobrecalentamiento y el sobreabrigo.
9. No utilizar monitores cardiorrespiratorios excepto en niños con inestabilidad cardiorrespiratoria extrema.
10. Evitar el desarrollo de plagiocefalia estimulando la posición prona durante la vigilia, el tiempo en brazos y rotando la orientación de la cabecera de la cuna una vez por semana.
11. Difundir estas medidas entre las personas que cuidan a los bebés.
12. Implementar estas recomendaciones antes del egreso institucional de los niños internados en las unidades de neonatología.

SEGUNDA PARTE

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Los resultados positivos de las campañas de prevención, son indiscutibles. Sin embargo, sorprende la poca adhesión a las mismas y esto merece ser analizado.

Las causas pueden ser el desconocimiento o la no comprensión del sentido de cada medida ⁽¹⁰⁾.

Para combatir el desconocimiento, los profesionales de la salud y todas las instituciones, tienen la responsabilidad de difundir por todos los medios a la comunidad, los preceptos básicos de la prevención del SMSL.

Existen excelentes recursos en formato electrónico, tanto en idioma español como inglés para acceder a esta información:

- SIDS Argentina. Sitio Web en español dedicado monográficamente al SMSL. <http://www.sids.org.ar/>
- Grupo de Trabajo para el estudio y prevención del SMSL de la Asociación española de Pediatría. <http://www.aeped.es/gepmsl/index.htm>
- Apartado correspondiente al SMSL de Medlineplus, de la National Library of Medicine estadounidense. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/suddeninfant-deathsyndrome.html>
- Página estadounidense dedicada de forma monográfica a este síndrome. <http://sids.org/>

Para mejorar la comprensión vamos a analizar las dificultades (D) que se encuentran en cada medida de prevención y sugerir una respuesta posible (R).

Posición para dormir y colecho

D: Un comentario frecuente de los familiares de mayor edad es que los profesionales cambiamos constantemente nuestras indicaciones. Sus hijos durmieron boca abajo, luego se les dijo que podía ser boca arriba o de costado y ahora se les indica la posición boca arriba como la más segura.

R: Es cierto que las indicaciones cambian permanentemente pero hay que señalar que eso se debe al espíritu de investigación en busca de la mejor atención de la salud.

Los cambios responden a evidencias y los profesionales tienen la obligación de mantenerse actualizados y brindar a sus pacientes estos conocimientos, especialmente cuando lo que está en juego es la disminución de la muerte súbita del lactante.

D: Tanto la familia como muchos profesionales sienten que los niños duermen mejor en posición prona. Los abuelos de los niños, utilizaron para el descanso de sus hijos, esa posición. Suelen referir sus temores a un eventual ahogo por regurgitación cuando les pedimos que pongan al niño en posición supina.

R: Lo primero que debemos hacer, es reconocer que los niños duermen más profundamente en posición prona. De hecho es una posición que favorece la organización psiconeurovegetativa del niño y se utiliza con los recién nacidos prematuros para cuidar su neurodesarrollo. Pero hay que recordar que los prematuros están controlados por monitores y estos detectan rápidamente cualquier variación cardiorrespiratoria. Unos días antes del egreso, deben ser acostumbrados a dormir en posición supina.

En posición prona, al tener un sueño más profundo, los estímulos que llegan a sus centros nerviosos son menores y el microdespertar ante la situación de riesgo es más difícil. Los familiares deben comprender que el niño en posición supina, al tener un sueño más superficial tiene también una respiración más efectiva y un microdespertar más fácil.

Cuando comenzaron las campañas de prevención del SMSL existió cierta preocupación por la posibilidad de que aumentarían las consultas de emergencia por ahogamiento. Ahora sabemos que esto no ocurre. La vía digestiva y la vía aérea cuando el niño se acuesta en posición supina, quedan en dos planos diferentes. El niño pone naturalmente su cabeza hacia un lado, la vía digestiva queda en el plano inferior y la vía aérea en el plano superior. Las regurgitaciones normales de los primeros meses de vida, no son una contraindicación para la posición supina.

Cuando un niño tiene regurgitaciones más importantes, se sugiere elevar ligeramente la cabecera de la cuna pero manteniendo la posición supina. Se debe advertir a la familia que la elevación debe hacerse en los patas de la cuna y no colocando algo bajo el colchón. En este último caso, se produce la flexión a nivel del cuello del niño y se provoca una obstrucción parcial de la vía aérea.

Los niños con malformaciones craneofaciales pueden requerir otra posición para dormir, pero esto debe ser indicado por su médico.

D: Algunos abuelos refieren haber criado muchos hijos sin dificultades con la posición prona para dormir.

R: Naturalmente hablar de muerte súbita a una familia que acaba de tener un hijo, no es simpático. El profesional debe detectar el grado de influencia que tiene el contexto familiar sobre los nuevos padres. Se podría decir que hay que definir quién va a ser el referente para los padres en cuanto a las indicaciones sobre la salud del niño.

Algunos profesionales piden a los familiares que se retiren cuando van a controlar a un recién nacido, para dialogar con mayor tranquilidad con los padres. La experiencia dice que es mejor que los familiares más directos (abuelos) permanezcan junto a los padres y el niño. La primera razón es que muchas indicaciones médicas, como la posición para dormir o la temperatura adecuada para la habitación del niño, han cambiado desde el comienzo de las campañas de prevención del SMSL. Si los abuelos no están presentes, luego van a ser un factor de contradicción para los padres, y, según su grado de "autoridad", pueden llegar a ser un factor de riesgo para el niño.

Cuando la actitud de la familia es respetuosa, se pueden dar algunos datos sobre la disminución de los "accidentes en la cuna" con estas medidas, que están universalmente aceptadas y cuentan con el respaldo de más de 20 años de campaña.

Cuando la familia es hostil, se debe hablar más claro, siempre respetuosamente, y decir que, en la posición prona ocurren aproximadamente 1,5‰ casos de muerte súbita, en posición lateral, 1‰ y en posición supina 0,5‰. El consejo profesional y la elección de la familia debieran ser obvios.

D: El primer día de vida, muchos recién nacidos parecen tranquilos. Es una etapa de descanso y recuperación luego del parto. Luego, por unos pocos días, los recién nacidos no aceptan estar en la cuna. En posición prona se tranquilizan más fácilmente, al igual que cuando se los anida con almohadones, o se les permite dormir junto a su madre. Los padres sienten que jamás van a poder dejarlo solo en la cuna en posición supina.

R: Este aspecto es muy importante porque efectivamente el recién nacido durante los primeros días tiene una enorme necesidad de contención y contacto con sus padres. El cambio que se produce al nacer significa la pérdida de su mundo intrauterino, del sonido cardíaco materno, del aislamiento protector. Necesita dos o tres días para “reconstruir” sus vínculos y es a través del amamantamiento y del contacto permanente, como reconoce a sus padres, se adapta a su nueva situación, se tranquiliza y estructura su personalidad futura. Al cabo de esa etapa comienza la bajada de leche y el ciclo nutricional; el niño come, duerme profundamente mientras dura el proceso digestivo, comienza a tener horarios y a permanecer en la cuna.

Mientras la familia está en la maternidad, se puede permitir que el niño duerma sobre el pecho materno, incluso en posición prona, pues aunque la madre permanezca quieta, el contacto piel a piel es un estímulo suficiente para mantener activos los centros vitales del niño. Si duerme junto a su madre debe ser colocado en posición supina, con la cabeza descubierta y bajo la atenta mirada de un adulto responsable, pues es probable que la madre también se duerma.

El uso de almohadones para anidar al niño siempre es desaconsejado. Cuando se coloca al recién nacido dentro de un nido, su cabeza queda ligeramente flexionada y la vía aérea se comprime. Puede haber hipoventilación y apnea. Si bien la muerte súbita tiene su pico de mayor frecuencia entre los 2 y 4 meses, no es imposible que ocurra durante la etapa neonatal. Los comentarios del personal de salud o de la familia sobre que están vigilando al niño, son fácilmente rebatibles. Esta observación la hacen quienes piensan que el riesgo es la aspiración de un vómito. Pero hay que hacerles notar que el verdadero problema es la pausa respiratoria y, dado que la respiración del niño es apenas perceptible, cuando alguien puede darse cuenta de que el niño no respira han pasado ya varios minutos.

En la maternidad la familia está pendiente de cada movimiento del niño. En el hogar, una vez que se ha alcanzado cierta rutina, los controles disminuyen por los requerimientos de las obligaciones cotidianas. Probablemente a un niño que duerme satisfecho no se lo observe hasta que emita algún signo de reclamar su próxima atención.

Por eso es importante señalar que todos los medios artificiales de contención necesarios en la maternidad, desaparecen naturalmente al regresar al hogar. Desde el momento en que el niño duerme luego de ser alimentado, se deben implementar las medidas de seguridad en cuanto a la posición supina y la cuna segura, sin objetos blandos o sueltos dentro de la misma.

D: El niño es inquieto, y suelta toda la ropa de cama.

R: Puede dormir con un pijama acorde a la temperatura ambiente o en una bolsa de dormir especial para bebés, que se ajusta a nivel de sus axilas.

Temperatura ambiente

D: Existe la creencia que el niño pequeño debe estar más abrigado que un adulto o necesita un ambiente más cálido. También se piensa que no se pueden utilizar medios de refrigeración como el aire acondicionado o los ventiladores.

R: El recién nacido necesita aproximadamente 12 a 24 horas para controlar su termorregulación. Durante este periodo, se lo abriga de más, utiliza un gorro y se mantiene el ambiente ligeramente cálido o se lo coloca sobre el pecho de los padres.

Cuando se observa en los controles vitales, que mantiene una temperatura estable igual o superior a 36,2°C se adecua la ropa y la temperatura ambiente al rango de termoneutralidad, es decir, el ambiente entre 20 y 24°C, y el niño vestido acorde a ese ambiente. Las manos y los pies son fríos y cianóticos por la mala circulación periférica que los caracteriza. Es conveniente explicar a los padres que no es necesario cubrir los pies pero sí la cabeza cuando el niño es expuesto a temperaturas inferiores a 20°C.

La ropa de cama debe ser similar a la que utiliza el adulto normal. Si ambos padres tienen una percepción diferente de la temperatura ambiental, se les puede sugerir utilizar un termómetro de pared para mantener la habitación en el rango neutro. También es útil esta medida cuando la familia vive en un edificio con calefacción central donde los gustos de los otros propietarios pueden no coincidir con las medidas de prevención del SMSL. En este caso se aconseja vigilar la temperatura ambiental y, en caso de superar los 24°C, abrir una ventana para bajar la misma. En verano se pueden utilizar los medios habituales de refrigeración en el mismo rango de temperatura: 20 a 24°C.

Temperatura corporal

D: El niño cursa una intercorriencia infecciosa, está subfebril y la familia piensa que se lo debe abrigar por su enfermedad.

R: Al aumentar la temperatura corporal se produce el mismo riesgo que al aumentar la temperatura ambiente, es decir, la disminución de la actividad del centro respiratorio del niño. Como factor agravante se podría decir que el niño enfermo duerme mal y tiene momentos de sueño compensador, especialmente profundos. Se debe explicar a la familia la necesidad de retirar el abrigo exce-

sivo, y mantener la temperatura ambiente en el rango de termoneutralidad.

Tabaquismo

D: Al evaluar la adhesión a las campañas de prevención del SMSL se notó que la exposición del niño antes y después de su nacimiento al tabaco es el aspecto más difícil de modificar. Los niños expuestos al tabaco durante el embarazo, sufren todas las consecuencias de la hipoxia crónica y el efecto tóxico directo sobre el desarrollo neurológico; son particularmente vulnerables al SMSL. El riesgo en el primer año de vida es directamente proporcional a la magnitud de exposición en el hogar. Además, existen factores genéticos que hacen aun más vulnerables a algunos niños .

R: El tabaquismo es una adicción; genera dependencia, tolerancia y abstinencia. Algunas veces es la ignorancia sobre los perjuicios que provoca el tabaquismo pasivo lo que hace a los padres fumar dentro del hogar. Otras veces, a pesar de tener toda esta información, el fumador fracasa en su intento de disminuir o suspender el consumo de tabaco si no cuenta con ayuda.

El profesional de la salud no puede ser indiferente a este tema. El tiempo que dispone para cada consulta es limitado y debe optimizar su empleo para realizar una atención adecuada. No preguntar en cada consulta si su paciente está expuesto al humo del tabaco, es una oportunidad perdida.

El profesional puede realizar lo que se denomina una intervención breve. Su objetivo es:

- Prevenir el tabaquismo: reforzar conocimientos sobre sus efectos.
- Identificar al fumador: actual o pasado, cantidad, convivientes fumadores, intentos de cesación y resultados.
- Facilitar un espacio de diálogo y reflexión.
- Motivar para el comienzo del tratamiento: confianza, concursos, información, líneas telefónicas gratuitas de apoyo.
- Orientar en la búsqueda del tratamiento.
- Acompañar en el proceso de cesación.

Con pocas preguntas se puede determinar la situación del paciente:

Pregunta 1

¿Fuma o ha fumado alguna vez? ¿Alguien fuma en su casa?

No fuma y nadie lo hace en el hogar: reforzar la importancia de mantenerse alejado de toda fuente de exposición, especialmente laboral o en grupos sociales.

Se sospecha que la afirmación no es del todo cierta: retomar el tema en otra oportunidad. Una forma de encarar esta situación es dar algunas recomendaciones mínimas para proteger al paciente “por si se encuentra ocasionalmente dentro de un grupo de personas que fuman”. Es una manera indirecta de señalar la importancia del tema y despertar alguna inquietud al respecto.

Fuma actualmente: hacer la pregunta 2.

Ha dejado de fumar: pasar a la pregunta 3.

Pregunta 2

¿Piensa dejar de fumar o ha intentado hacerlo alguna vez?

Fuma y todavía no se ha planteado dejar de hacerlo: comentar con naturalidad que habrá que tomar algunas precauciones para proteger a la embarazada, al bebé en formación o al niño según sea el caso. Se puede sugerir el acceso al portal del Programa de Control del Tabaco, donde el interesado podrá informarse sobre la forma de proteger a su familiar.

Demás está decir que allí se va a encontrar también con mucha información y tal vez le ayude a reflexionar sobre su condición de fumador.

Fuma y expresa que desearía dejar de hacerlo: el profesional debería tener a su alcance material adecuado donde su paciente encontrará los recursos necesarios. Algo simple es conocer en la ciudad donde se desempeña habitualmente, los grupos de apoyo gratuitos. En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación pone a disposición todos estos recursos a través del Programa Nacional de Control del Tabaco:

Línea de teléfono: (0800 222 1002)

Página web: www.dejohoydefumar.gov.ar

Pregunta 3

¿Cuánto hace que dejó de fumar?

Alentar para que no reincida y preguntar periódicamente si persiste en su actitud de abstinencia.

La sustitución medicamentosa de la nicotina duplica las posibilidades de éxito en la cesación del tabaquismo, pero este tratamiento está contraindicado en el embarazo y durante la lactancia.

Uso del chupete

D: Los padres no quieren ofrecer el chupete al niño por temor a perjudicar la lactancia materna.

R: El niño tiene dos tipos de succión: la nutritiva y la no nutri-

tiva. La primera se satisface a través de la alimentación. La satisfacción de la succión no nutritiva, que es más notable en los primeros meses de vida, depende de aspectos socioculturales. En algunas comunidades es frecuente el contacto prolongado del niño con su madre y la puesta al pecho en momentos no relacionados con la alimentación. El chupete cumple esa función cuando la madre no tiene esa posibilidad o prefiere no hacerlo.

Durante los primeros días de vida, la demanda permanente del niño hacia la madre tiene por objeto fomentar conductas de apego, inmunizar al niño a través del calostro y desencadenar la lactancia. Esta etapa es naturalmente muy exigente y en caso de dificultades con el comienzo de la lactancia puede ser difícil de sobrellevar para los padres.

Habitualmente en estos momentos, el uso del chupete ayuda a la contención del grupo familiar, pero no es lo ideal pues disminuye el tiempo de contacto y de estimulación de la lactancia. Sería preferible postergar la introducción del chupete hasta que la madre y el niño hayan logrado una lactancia satisfactoria, entre los 15 y 30 días del parto.

Es evidente que cuanto mayor es la dificultad en el establecimiento de la lactancia, mayor es la tendencia a introducir el chupete. Por ese motivo, se creó la imagen que el chupete desalienta la lactancia cuando en realidad está reflejando una dificultad subyacente.

La actitud ideal sería apoyar el comienzo de la lactancia con todos los medios disponibles teóricos y prácticos durante las primeras semanas posteriores al parto y, una vez que se haya definido el esquema de alimentación del niño, introducir el chupete para brindarle un sueño más seguro ⁽¹²⁾.

La evidencia acumulada de los estudios de investigación muestra una fuerte asociación entre el uso del chupete y la disminución del riesgo del SMSL ⁽¹³⁾. Si bien el mecanismo es desconocido, se especula que la utilización del chupete establece un sueño más superficial, con microdespertares más fáciles, mayor permeabilidad de la vía aérea por la posición de la lengua, y actitud de los padres de mayor vigilancia.

Los temores con respecto a los problemas de dentición, se relacionan con la persistencia de la succión no nutritiva más allá de la etapa de la dentición transitoria. Cuando se aconseja a los padres ofrecer el chupete, también se les sugiere abandonarlo luego del primer año de vida.

Respetar las rutinas

Un último aspecto en relación con el uso del chupete es la necesidad de advertir a los padres que, durante la etapa vulnerable, si el niño usa chupete se debe respetar esta rutina en todas las oportunidades

**Figura 1**

en que se lo acueste a dormir, tanto durante la noche como durante el día. Hay estudios que mostraron que, el niño acostumbrado al uso del chupete, tiene mayor riesgo de muerte súbita cuando no usa chupete que aquellos que nunca usaron chupete. La misma observación puede hacerse con respecto a la posición prona, que es mucho más riesgosa para el niño no acostumbrado a dormir en esa posición.

Ante la eventualidad que el niño sea cuidado por más de una persona, puede ser útil colocar en la cuna una tarjeta que recuerde estas rutinas, como la sugerida por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (figura 1).

CONCLUSIÓN

Hemos hecho un repaso de los conceptos teóricos conocidos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante, de las medidas de prevención que constituyen la base de las campañas y de las dificultades y posibles soluciones para su implementación.

El síndrome de muerte súbita del lactante necesita de investigadores que descifren los interrogantes que lo rodean, y de una comunidad médica y social que se comprometa en actitudes concretas para atenuar su impacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Heron M, Hoyert DL, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD, Tejada-Vera B, Division of Vital Statistics.** Deaths: Final Data for 2006. National Vital Statistics Reports, Vol. 57, No. 14, April 17, 2009.
2. **Guntheroth WG, Spiers PhS.** The triple risk hypotheses in sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 2002; 110: e64.
3. **American Academy of Pediatrics, Hymel KP, and the Committee on Child Abuse and Neglect and National Association of Medical Exami-**

- ners.** Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome From Child Abuse Fatalities. *Pediatrics* 2006; 118: 421-7.
4. **Kinney HC.** Brainstem mechanisms underlying the sudden infant death syndrome: evidence from human pathologic studies. *Dev Psychobiol* 2009; 51(3): 223-33.
 5. **Bacon C.** Recurrence of sudden infant death syndrome. 2008; 122(4): 869-70.
 6. **Rand CM, Berry-Kravis EM, Fan W, Weese-Mayer DE.** HTR2A variation and sudden infant death syndrome: a case-control analysis. *Acta Paediatr* 2009; 98(1): 58-61.
 7. **American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn.** Apnea, Sudden Infant Death Syndrome, and Home Monitoring. *Pediatrics* 2003; 111: 914-7.
 8. **Moon RY, Oden RP, Joyner BL, Ajao TI.** Qualitative Analysis of Beliefs and Perceptions about Sudden Infant Death Syndrome in African-American Mothers: Implications for Safe Sleep Recommendations. *J Pediatr*. 2010 Mar 18. [Epub ahead of print].
 9. **American Academy of Pediatrics.** Policy Statement. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic, Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics* 2005; 116: 1245-55.
 10. **Ostfeld BM, Esposito L, Perl H, Hegyi T.** Concurrent risks in sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 2010; 125(3): 447-53.
 11. **Poetsch M, Czerwinski M, Wingenfeld L, Vennemann M, Bajanowski T.** A common FMO3 polymorphism may amplify the effect of nicotine exposure in sudden infant death syndrome (SIDS). I 2010 Mar 3. [Epub ahead of print]
 12. **Jenik AG, Vain NE, Gorenstein AN, Jacobi NE, Pacifier and Breast-feeding Trial Group.** Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr* 2009; 155(3): 350-4.
 13. **Hauck FR, Omojokun OO, Siadat MS.** Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005; 116: e716-e723.