



EL PAPEL DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Autor: Javier Gómez Menduiña

Tutora: Dra. Marta Esther Vázquez Fernández

Trabajo Fin de Grado

Curso 2022/2023

RESUMEN

El síndrome de la muerte súbita del lactante es la principal causa de muerte infantil en un niño menor de un año. Se define como la muerte repentina e inesperada, que incluso tras un estudio detallado y minucioso del caso, permanece sin explicación.

El motivo esencial de este trabajo es llevar a cabo una revisión bibliográfica para determinar si la lactancia materna evita el riesgo de SMSL (Síndrome de muerte súbita del lactante). En segundo lugar, se describen los factores de riesgo vinculados a la muerte súbita infantil, así como las medidas preventivas.

Se efectúa una búsqueda documental en diferentes bases de datos como PubMed, Scielo y Google académico. Se obtuvieron 21 estudios tomando como principal criterio de inclusión aquéllos publicados desde 2016 hasta la actualidad.

Para el diagnóstico de SMSL es imprescindible un análisis completo que comprende un estudio de la escena de la muerte, autopsia y revisión del historial médico del bebé. Se considera una enfermedad multifactorial, con la concurrencia de tres factores de riesgo, como son lactante vulnerable, periodo crítico de desarrollo y presencia de factores estresantes exógenos. Tanto la lactancia materna como el decúbito supino son las medidas de protección de mayor relevancia, logrando una importante reducción del riesgo de muerte por SMSL.

La muerte por SMSL sigue contribuyendo en gran medida a las tasas de mortalidad infantil; no obstante, las campañas de información y educación a los progenitores han facilitado la disminución de los fallecimientos infantiles por esta causa durante las últimas décadas.

Palabras clave: Lactancia materna, Síndrome de muerte súbita del lactante, decúbito supino, colecho, chupete.

ABSTRACT

Sudden infant death syndrome is the leading cause of infant death in a child under one year of age. It is defined as sudden and unexpected death that even after an exhaustive and thorough investigation of the case remains unexplained.

The main objective of this work is to conduct a literature review to determine whether breastfeeding prevents the risk of SIDS or not. As a secondary objective, the aim is to describe the risk factors attached to sudden infant death, as well as preventive measures.

A bibliographic search was carried out in different databases such as PubMed, Scielo and Google Scholar. Twenty-one studies were taken into account, taking as the main inclusion criteria those published from 2016 to the present.

The diagnosis of SIDS requires a complete investigation that includes a study of the death scene, autopsy and review of the babies' medical history. It is considered a multifactorial disease with the concurrence of three risk factors such as vulnerable infant, critical period of development and presence of exogenous stressors.

Both breastfeeding and supine position are the most relevant protective measures, reaching a significant reduction in the risk of death due to SIDS.

The death caused by SMSL is contributing to infant mortality rates. However, information and education campaigns for parents might have contributed to the decrease in child deaths from this cause in the last decades.

Palabras clave: Breastfeeding, Sudden Infant Death Syndrome, supine position, co-sleeping, pacifier.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

Pág.

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
4. RESULTADOS.....	11
4.1 DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN.....	11
4.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	12
4.3 FISIOPATOLOGÍA.....	14
4.4 FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.....	15
5. CONCLUSIONES.....	23
6. BIBLIOGRAFÍA.....	24
7. ANEXOS.....	26
8. PÓSTER.....	27

1. INTRODUCCIÓN

El **síndrome de la muerte súbita del lactante** es la principal causa de muerte infantil en un niño menor de un año. Se define como la muerte repentina e inesperada que incluso, tras un estudio detallado y minucioso del caso, permanece sin explicación. En esta investigación se incluye autopsia, estudio detallado de la historia clínica, análisis del lugar del fallecimiento y circunstancias de la muerte. (1)

No se ha determinado la etiopatogenia de la muerte súbita del lactante. Según el “Modelo de Triple Riesgo” de Filiano y Kinney de 1994, el SMSL (Síndrome de muerte súbita del lactante) se considera una enfermedad multifactorial, como resultado de la concurrencia simultánea de estos tres factores: bebé vulnerable, en un período crítico pero inestable de desarrollo del control homeostático (el primer año de vida) que además experimenta un factor estresante exógeno. De igual modo, establecen que los factores de riesgo podríamos encuadrarlos en intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (posición prono para dormir, colecho, superficies para dormir inapropiadas...). (2)

A nivel nacional, la media de defunciones por el SMSL es de 55 al año, teniendo en cuenta los datos del 2009 al 2019. No obstante, la tendencia es decreciente y permanente en los últimos años registrados con una media aproximada de 44 defunciones/año. Esto se ha visto favorecido por la puesta en marcha de políticas preventivas basadas en la enseñanza a los padres y personas encargadas del cuidado de los lactantes, entre ellas la recomendación de que el lactante adopte durante el sueño la posición del decúbito supino. No obstante, sigue siendo la primera causa de muerte infantil en el primer año de vida. (3)

A nivel internacional, los países con incidencia más alta de SMSL son Nueva Zelanda y Estados Unidos. Asimismo, los países con menor grado de incidencia son Países Bajos y Japón. (4)

La repercusión real de SMSL puede verse encubierta por la utilización de diagnósticos diferentes en los certificados de defunción (asfixia accidental posicional o causa indeterminada). (5)

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la **lactancia materna** “Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables”. (6)

La lactancia materna contiene sustancias inmunomoduladoras, antimicrobianas y antiinflamatorias que aporta los siguientes beneficios:

- Los nutrientes que el lactante precisa en sus primeros 6 meses de vida.
- Protección contra infecciones comunes de la infancia (neumonía, otitis media y gastroenteritis). (7)

- Gracias a los altos niveles de ácido docosahexaenoico (DHA), componente estructural y funcional del cerebro del lactante, que contiene la leche materna, favorece su desarrollo cognitivo. (8)

La lactancia materna está relacionada con una potencial reducción de la muerte súbita del lactante. El tiempo estimado para otorgar dicha protección debe continuar durante al menos 2 meses, sin embargo, no se ha podido determinar con certeza el tiempo necesario para conferir el efecto protector óptimo.

A pesar de que cualquier clase de lactancia ejerce un efecto protector frente a la SMSL, se ha demostrado que dicho efecto es superior con la lactancia materna exclusiva. (8)

Una vez identificados los factores de riesgo anteriormente aludidos, se deben de adoptar **medidas preventivas** para disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante. El factor de riesgo modificable más determinante es el decúbito prono, el cual siendo sustituido por el decúbito supino mejora en gran medida la seguridad del lactante; de ahí que constituya uno de los pilares fundamentales en las campañas que se realizan sobre prevención primaria, repercutiendo mayormente en la reducción de la mortalidad infantil en los últimos treinta años. Otra importante medida de prevención, tal y como he comentado anteriormente, es la lactancia materna, originando una disminución a la mitad del riesgo de SMSL, con la toma durante al menos 2 meses. (9)

Otras medidas preventivas complementarias de las anteriores son por ejemplo lo referido a la superficie en la que duerma el lactante, que debe de ser firme y evitar los objetos blandos en la cuna. (7)

Otra medida de prevención recomendada a nivel internacional es la inmunización específica del lactante, que puede disminuir hasta el 50% el riesgo de muerte. (10)

Se aconseja también la utilización del chupete durante los primeros doce meses de vida y una vez adaptado a la lactancia materna, por lo menos habiendo transcurrido dos semanas. No obstante, no debe ser reintroducido una vez que el niño esté dormido. (5)

Un tema sobre el que existe controversia es el colecho, en el que un punto positivo es que favorece la lactancia materna, pero puede conllevar peligros como el aplastamiento por parte del adulto, caídas del bebé al suelo, etc.

También se debe evitar el colecho en determinadas circunstancias, como padres consumidores de tabaco, drogas, alcohol o ciertos tipos de medicamentos sedantes, edad materna menor de 20 años, progenitores excesivamente cansados o personas diferentes a los mismos. (5)

Debido a que existen factores tanto favorecedores como perjudiciales de la práctica de colecho, se deberá proporcionar toda la información a los padres y que sean éstos los que tomen la última decisión. (5)

Siendo el SMSL una de las principales causas de mortalidad infantil en los países desarrollados y que genera gran impacto en la sociedad tanto a nivel nacional como internacional, estimo que se debería profundizar en su investigación para dar mayor claridad a las causas que lo provocan. Todo ello nos lleva a la necesidad de fomentar las campañas educativas, informando a los padres durante el embarazo, después del parto y en las visitas pediátricas, con el objetivo de maximizar los resultados de las medidas preventivas.

2. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este trabajo es llevar a cabo una revisión bibliográfica para determinar si la lactancia materna previene el riesgo de muerte súbita infantil.

Como **objetivos secundarios**:

- Detallar los factores de riesgo asociados a la muerte súbita infantil.
- Establecer medidas preventivas frente a la muerte súbita infantil.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para efectuar este estudio, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de amplia documentación referente a la lactancia materna como factor implicado en el SMSL. Se investigaron diversas bases de datos con el fin de conseguir la información fundamental para afrontar los objetivos prefijados.

La información se ha alcanzado a través del estudio sistemático de publicaciones y artículos científicos sobre los temas mencionados anteriormente.

La búsqueda de estas publicaciones y artículos se han realizado accediendo a diferentes bases de datos, como por ejemplo: PubMed, Dialnet, Scielo, Google académico y Google. Asimismo, es importante mencionar el soporte web, ya que también han sido consultadas diferentes páginas de asociaciones o sociedades como por ejemplo la Asociación Española de Pediatría (AEP), Instituto Nacional de Estadística (INE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna (FEDALMA) y consulta de libros y revistas científicas relacionadas con el tema a tratar.

Se emplearon términos clave en español para llevar a cabo la investigación en las bases de datos mencionadas previamente, que son: Lactancia materna, Síndrome de muerte súbita del lactante, decúbito supino, colecho y chupete. Y en inglés se han utilizado Breastfeeding, Sudden Infant Death Syndrome, supine position, co-sleeping, pacifier.

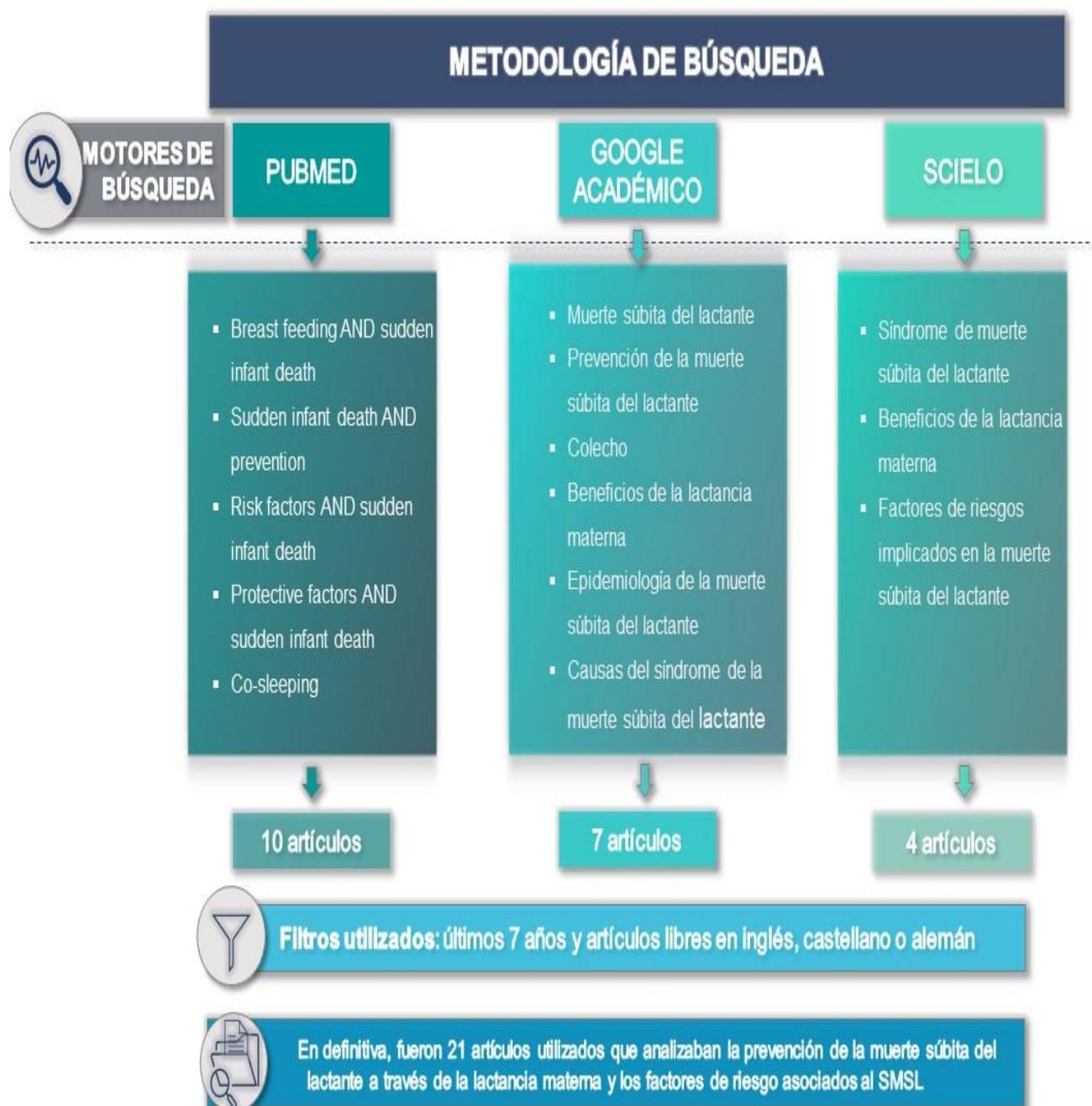
Los criterios de inclusión del estudio engloban aquellos artículos realizados tanto en inglés como en castellano, limitándolos en el tiempo a los últimos 7 años.

Los criterios de exclusión incluyen la falta de acceso al artículo completo.

Se realizó una búsqueda minuciosa y detallada al leer y resumir la información recopilada, eligiendo los artículos que contenían información relevante, específica y basada en evidencia científica de mayor calidad.

En total se recuperaron alrededor de 246 artículos en todas las bases de datos que se mencionaron anteriormente. Sin embargo, después de leerlos y aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron solamente 21 artículos para la redacción del presente trabajo. Todos estos artículos serán citados y referenciados de manera adecuada en la bibliografía correspondiente.

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA



4. RESULTADOS

4.1 DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

Actualmente, definimos el SMSL como la muerte repentina de un bebé menor de un año, la cual continúa sin explicación una vez realizada una investigación completa del caso, que abarca un estudio de la escena de la muerte, una autopsia completa, y una revisión del historial médico y clínico.

- Investigación de la escena de la muerte: ha de ser realizada tanto a nivel policial como médico. Se recopilará la documentación sobre el entorno del sueño, posición en la que se puso al bebé para dormir y, por último, la posición en el que fue encontrado. Asimismo, se deberá recabar información sobre las circunstancias de la muerte, la temperatura ambiental, la ropa de cama del bebé y las actividades realizadas antes del fallecimiento.
- La autopsia: debe albergar análisis internos y externos completos. Los análisis internos deben comprender análisis toxicológicos, histológicos, electrolitos, estudios de posibles agentes infecciosos, moleculares/genéticos y metabólicos.
- Valoración del historial médico del bebé: se detallará el desarrollo del embarazo y parto, tipo de alimentación y el grado de inmunización. Además, se deberán valorar los antecedentes familiares (enfermedades hereditarias, consumo de sustancias tóxicas...). (11)

Una vez realizada esta completa investigación sin obtener una causa demostrable, se podrá catalogar como Síndrome de la muerte súbita del lactante, que en sí mismo no es una causa de muerte, sino un diagnóstico de exclusión.(6) En el supuesto de no haberse realizado una completa investigación, existe una alta probabilidad de que se determine que la causa de la muerte es por SMSL, en vez de catalogarse por su causa real. (11)

El definir SMSL como causa de muerte puede ser algo subjetivo al no existir una definición estandarizada. (11)

4.2 EPIDEMIOLOGÍA

En los países desarrollados, el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) representa la principal causa de fallecimiento en bebés de entre un mes y un año de vida, y se estima que es responsable del 40-50% de todas las muertes en este grupo de edad. (1)

El mayor grado de incidencia se sitúa entre los dos y seis meses de vida (aproximadamente un 90%). (12) (Gráfico 1). Mayoritariamente se produce durante los meses de invierno en los que concurre el frío y la humedad. Según las investigaciones realizadas en este tema, se ha detectado un predominio del sexo masculino con un porcentaje aproximado de un 50% más que el sexo femenino. Asimismo, se ha demostrado que la gran parte de los fallecimientos suceden durante la noche, coincidiendo con el sueño. (6)

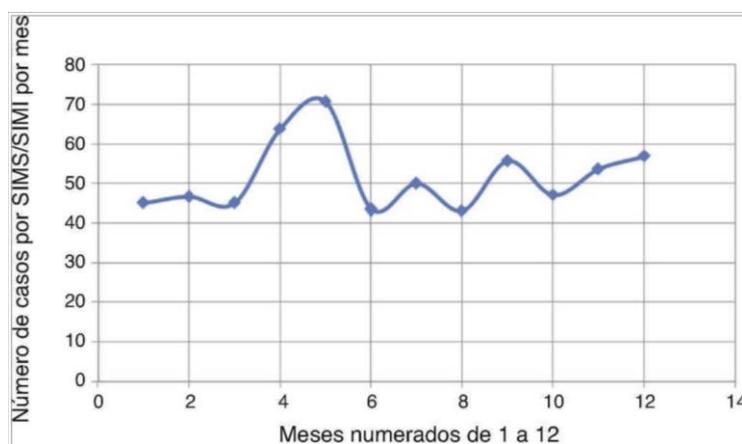


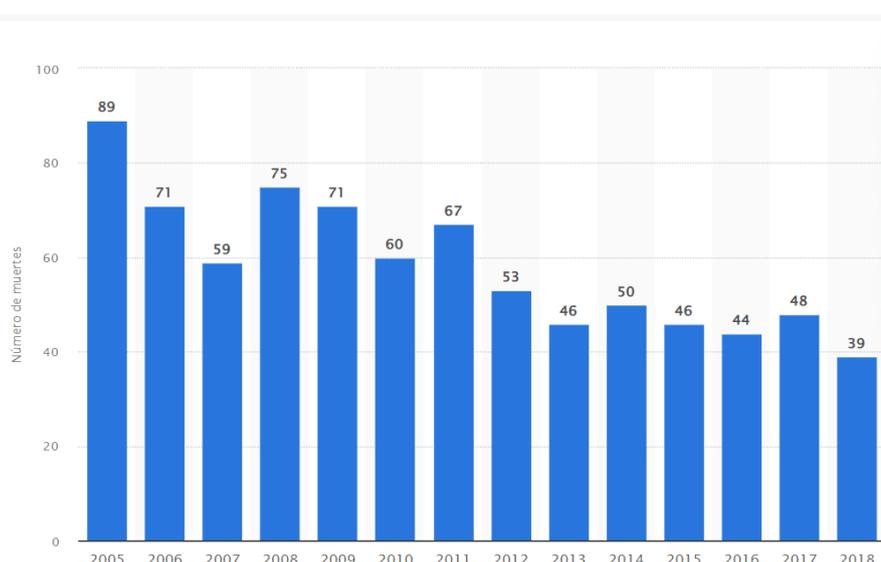
Gráfico 1. **Número de casos por SMSL según meses de vida.** Tomada de: "Latorre ML, Barbosa S, Hernández LJ, Mage D. Síndrome de muerte súbita y otras muertes infantiles súbitas e inesperadas: uso de un modelo logarítmico para analizar el comportamiento epidemiológico en Bogotá y en Colombia, 2005 y 2010".

Es de vital importancia destacar que las variaciones del número de muertes súbitas que se producen oscilan en las diferentes zonas geográficas. A nivel internacional, uno de los países con mayor incidencia de muerte súbita entre los lactantes es Estados Unidos, con un registro anual de SMSL de 0,38‰. Con unas incidencias similares se encuentran países europeos como Alemania, Gran Bretaña e Irlanda, que registran una tasa anual de entre 0,3-0,43‰. Y, otros países que denotan tasas más bajas son Suecia, Japón y Canadá, con registros de entre 0,10-0,24‰. (1)

En España, los análisis epidemiológicos respecto a la SMSL son escasos. Además, existe una gran probabilidad de que se hayan declarado menos fallecimientos de los existentes por esta causa, debido a un inapropiado registro de la causalidad de la muerte de los lactantes. (13)

Teniendo en cuenta el registro de los años del 2009 al 2019 en España, la media de defunciones por el SMSL es de 55 al año. (14) Sin embargo, podemos observar que en los últimos años registrados la media es de 44 defunciones al año, lo cual denota una tendencia a la baja pero estable, favorecida por la propagación de medidas orientadas a la información y la educación de los padres de los lactantes, entre ellas la recomendación de que el lactante adopte durante el sueño la posición del decúbito supino, lactancia materna, dormir sobre superficies firmes... (Gráfica 2). (3)

Pese a que los datos mostrados anteriormente puedan parecerse elevados, según información del Instituto Nacional de Estadística, España tiene una tasa anual de SMSL de 0,12‰, constituyendo una de las tasas menores de entre aquellos países que tienen registrados estos datos. (1)



Gráfica 2. “Número de fallecimientos por muerte súbita infantil en España de 2005 a 2018.” Tomada de: Muerte súbita infantil: número de defunciones España 2005-2018 [Internet]. Statista. [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/732028/fallecimientos-por-muerte-subita-infantil-en-espana/>

A pesar de todas las medidas preventivas establecidas, el ritmo de fallecimientos por el SMSL, si bien ha descendido, se ha instalado en una tendencia estable en los últimos años. (3)

En general, la estabilidad a la que se hace referencia se ha observado en la mayoría de los países; lo cual genera inquietud por buscar nuevos factores de riesgo y así proveerse de nuevas armas con las que combatir esa estabilidad y retomar la tendencia descendente. (13)

4.3 FISIOPATOLOGÍA

Las causas que producen la muerte súbita del lactante no están claras. A pesar de los numerosos estudios que intentan dar una explicación al respecto, el modelo de más aceptación en la actualidad es el propuesto por Filiano y Kinney (“Modelo de Triple Riesgo” de 1994). Según este, el SMSL se considera una **enfermedad multifactorial**, como resultado de la concurrencia simultánea de **tres factores de riesgo**:

- Lactante vulnerable (por anomalía de las respuestas protectoras del despertar o cardiorrespiratorias).
- Periodo crítico del desarrollo (durante el primer año de vida).
- Existencia de factores estresantes exógenos.

La *interacción de estos tres factores* puede generar una combinación de síntomas que incluyen asfixia gradual, bradicardia, hipotensión, acidosis metabólica y respiración agitada e ineficiente, que en última instancia puede resultar en la **muerte**. (Gráfico 3) (2)

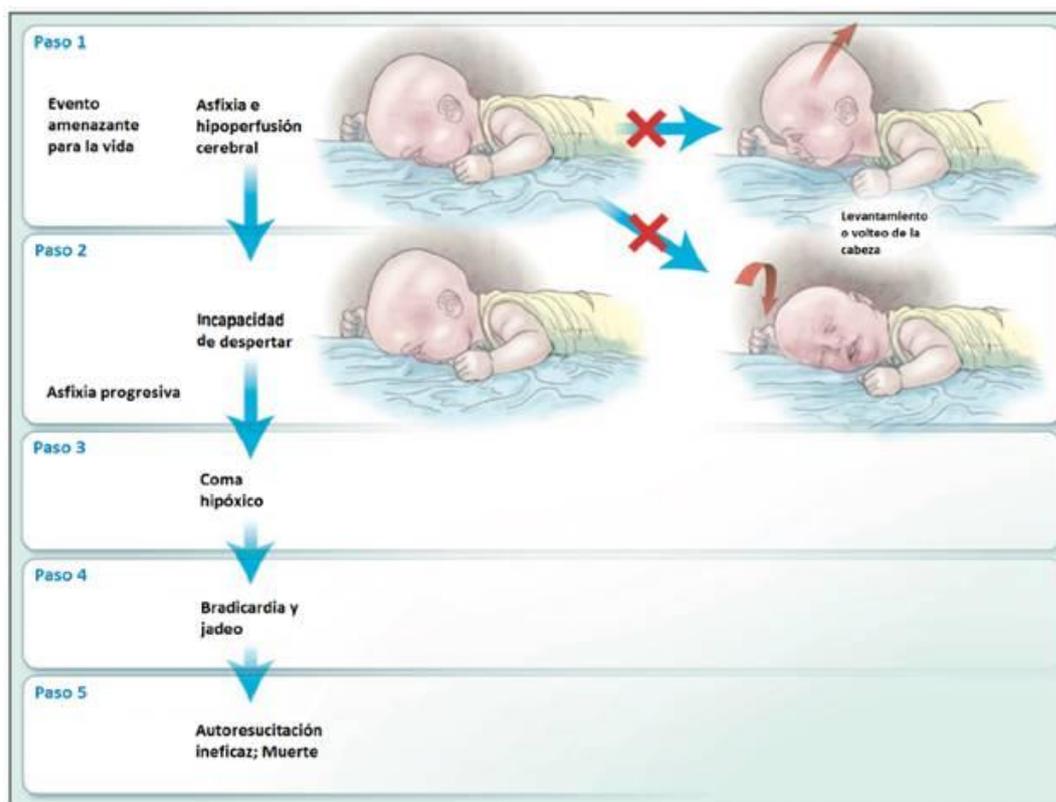


Gráfico 3: “Cinco pasos propuestos en vía respiratoria terminal asociada al síndrome de muerte súbita en el lactante. Modificado de Kinney, Hannah C. Tomada de: Munkel Ramírez L, Durón González R, Bolaños Morera P, Munkel Ramírez L, Durón González R, Bolaños Morera P. Síndrome de muerte súbita del lactante. Medicina Legal de Costa Rica. marzo de 2018;35(1):65-74”.

De igual modo, establecen que los **factores de riesgo** podríamos encuadrarlos en **intrínsecos** (genéticos) y **extrínsecos** (posición prono para dormir, colecho, superficies para dormir inapropiadas...). (2)

Los factores intrínsecos afectan la vulnerabilidad y los factores de riesgo extrínsecos se vinculan con aquellos sucesos físicos presentes en el momento de la muerte. (11)

4.4 FACTORES DE RIESGOS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

4.4.1 FACTORES DE RIESGO

En lo que respecta a los elementos o circunstancias que aumentan el riesgo del SMSL, podríamos clasificarlos en:

✚ Según el momento del desarrollo en el que aparecen:

4.4.1.1 Factores de riesgos maternos

- Edad materna (<20 años), supone un riesgo de 3 a 4 veces mayor de fallecimiento con respecto a los que nacen de madres con una edad superior. (3) Asimismo, se considera un factor de riesgo el nacimiento en familias monoparentales encabezadas por mujeres. (10)
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas. En cuanto al consumo de tabaco por parte de la madre, constituye un factor de riesgo tanto durante la gestación como después del nacimiento del lactante, quedando expuesto de manera pasiva al humo del tabaco. (3)
- Complicaciones gestacionales: presencia de alfafetoproteína materna elevada, rotura temprana de membranas, desprendimiento de placenta, anemia gestacional y presencia de placenta previa. (3)
- Bajo nivel socioeconómico: Teniendo la evidencia de que en los países más desarrollados la frecuencia de la lactancia materna tiende a ser más elevada entre los grupos sociales de mayor estatus socioeconómico y mejores niveles educativos, y menores en las clases socioeconómicas más bajas, hay estudios que recomiendan realizar proyectos de promoción de lactancia materna entre estos colectivos para disminuir la muerte súbita del lactante. (6)

4.4.1.2 Factores de riesgos infantiles

- Prematuro: el mayor riesgo de fallecimiento por SMSL, se asocia al nacimiento del bebé con menos de 37 semanas de gestación. (3)

- Bajo peso para edad gestacional: un estudio europeo determinó que un bebé nacido con un peso inferior a 2500 gramos podría triplicar el riesgo de muerte en comparación con los nacidos con normopeso. (3)
- Gestación gemelar: los nacidos gemelos tienen mayor posibilidad de nacer prematuros y/o con bajo peso; por ello, el riesgo de sufrir SMSL puede llegar a ser el doble que los niños nacidos de gestación única. Además, en los gemelos, si uno de ellos fallece, se incrementa en un 4% el riesgo de fallecer el otro gemelo durante las 24 horas siguientes. (5)
- Antecedente de hermano fallecido por SMSL: El riesgo de fallecimiento de un hijo cuando ha habido previamente una muerte súbita de un hermano se multiplica por cinco. (5)

4.4.1.3 Factores de riesgo ambientales

- Postura en la cuna: El decúbito prono durante el sueño supone un riesgo importantísimo de muerte por SMSL, constituyendo el principal factor de riesgo modificable. Tampoco es recomendable la postura de decúbito lateral porque existe alta probabilidad de cambiar la postura a decúbito prono. (3)

El decúbito prono conlleva riesgos asociados como hipercapnia e hipoxia, disfunción del control del sistema cardiovascular, incremento de sobrecalentamiento, reducción de la oxigenación cerebral y mayor dificultad para despertar. (2)

- Colecho: es la situación en la que, de manera habitual, el niño duerme durante al menos cuatro horas, todas las noches, en la misma superficie (cama, sillón o sofá) que el progenitor o cuidador. (15)

Existen diferencias en su práctica en las distintas poblaciones, atendiendo a condiciones socioeconómicas bajas, hábitos culturales y espacio limitado en el hogar. (10)

De la bibliografía consultada se desprende que la práctica del colecho ha resultado ser un tema controvertido en el tiempo.

-En determinadas circunstancias no se aconseja el colecho, como en niños prematuros o nacidos con un peso inferior a 2,5 Kg, padres consumidores de tabaco, alcohol o drogas, así como consumidores de medicamentos con efecto hipnótico. También es considerado un factor de riesgo compartir la cama con otros familiares que no sean los progenitores o llevarlo a cabo en superficies diferentes a la cama. (1)

-Por otro lado, el colecho facilita la lactancia materna, siendo ésta un factor de protección contra la SMSL. Por tanto, en ausencia de los factores de riesgo previamente mencionados y con progenitores que actúen con responsabilidad en la creación de un ambiente seguro durante el sueño, sí está aconsejado llevar a la práctica el colecho. (16)

Al existir tanto factores perjudiciales como favorecedores con respecto a la práctica del colecho, lo más apropiado será proporcionar a los progenitores información amplia y

detallada de los beneficios y riesgos, con el fin de que éstos tomen la decisión que crean conveniente. (16)

- Superficie sobre la que duerme: el dormir sobre una superficie o colchón blando supone un incremento del riesgo de SMSL, aumentando exponencialmente el riesgo si además duerme en decúbito prono. El peligro real de dormir en una superficie blanda supone que el bebé pueda hundirse y sufrir asfixia o sobrecalentamiento provocándole la muerte. (11)
- Utilización de asientos de seguridad y otros: usar sillas de seguridad u otro tipo de dispositivo (portabebés, cochecitos, hamacas) presenta un riesgo de SMSL reducido por lo que es recomendable para los viajes, pero se desaconseja para dormir fuera del vehículo. (9)
- Temperatura ambiental: Aunque el mayor número de fallecimientos por Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) ocurre durante los meses fríos de invierno, una repentina exposición a un aumento de la temperatura ambiental también se considera un factor de riesgo para el SMSL. (4)
- Ropa excesiva: En el caso de que la cantidad de ropa que se pone al lactante sea excesiva (edredones, ropa de cama suelta) puede suponer un aumento del riesgo para SMSL. Se desconoce si el incremento del peligro es debido a la asfixia o al aumento de la temperatura corporal.
- La presencia de accesorios en la cuna (almohadas, peluches o mantas) aumenta hasta cinco veces la probabilidad de sufrir SMSL. Además, los colgantes en el cuello pueden provocar asfixia durante el sueño. (3)

✚ Factores de riesgo complementarios:

- Raza: Determinados estudios muestran que la incidencia de SMSL se relaciona con el origen étnico, siendo menor en personas con ascendencia asiática y mayor en los indígenas norteamericanos y afroamericanos. No obstante, esta teoría no siempre ha sido válida cuando se han controlado otros factores de riesgo. Asimismo, el efecto que puede producir el origen étnico podría ser alterado por la ubicación geográfica; es decir, los lactantes asiáticos que viven en california tienen una tasa mayor de SMSL con respecto a los bebés asiáticos que viven en su país originario. (11)
- Sexo masculino: Los varones presentan un mayor riesgo a fallecer por SMSL que las mujeres, con una proporción 2:1. (2)
- Patrones de sueño: Existe certeza de que los bebés que mueren de SMSL presentan pautas de sueño alteradas y respuestas anómalas a los factores estresantes durante el sueño.
Se han detectado anomalías en la estructura, organización y grado de maduración en el sueño de bebés fallecidos por SMSL. (11)

- Envolver al lactante: es una práctica muy frecuente que puede favorecer que los bebés rueden con más facilidad a la posición prono. Las principales guías recomiendan suspender esta práctica a partir del cuarto y antes del sexto mes, o cuando el bebe empiece a rodar por sí solo. (2)
- Anormalidades congénitas del sistema nervioso central. Alteraciones en el tronco encefálico o en el centro cardiorrespiratorio están íntimamente ligadas con el aumento de riesgo de muerte por SMSL. (3)
- Alteración de transmisión serotoninérgica. Una variación en la trasmisión de serotonina puede dar lugar a alteraciones en los mecanismos coordinadores de la ventilación y presión arterial, pudiendo originar hipoxia e hipercapnia en el lactante. (3)
Durante el desarrollo del bebé, está demostrada la relación en el tronco cefálico, entre los receptores serotoninérgicos (5-HT) y los receptores nicotínicos de acetilcolina. Existe fuerte evidencia de los cambios epigenéticos en las placentas de lactantes con exposición al humo de tabaco durante el embarazo. Dicha exposición prenatal reduce la variabilidad de la frecuencia cardíaca tanto de los nacidos a término como de los pretérminos y disminuye la recuperación de la hipoxia en los prematuros. (2)
- Infecciones: Hay evidencias de que los bebés que mueren de SMSL presentan semejanzas con los que mueren de shock séptico, por lo cual se deduce que en determinados casos puede deberse a un factor infeccioso. (3)
Determinadas hipótesis que van cada vez cobrando mayor fuerza, determinan que una infección vírica puede originar la muerte. Además, existen factores que favorecen la llegada de bacterias productoras de toxinas a la mucosa nasofaríngea con un posible efecto letal en individuos propensos. (6)
- Polimorfismos genéticos: La existencia de polimorfismos genéticos no descarta la probabilidad de que los lactantes presenten mutaciones genéticas no identificadas, que combinando con otros factores de riesgo incrementan el riesgo de SMSL.
Numerosos polimorfismos genéticos se les ha relacionado con el SMSL, entre los que cabe destacar:
 - Gen transportador de serotonina.
 - Genes involucrados en el desarrollo del sistema nervioso autónomo.
 - Genes que codifican los canales de sodio del músculo esquelético (SCN4A).
 - Gen de la monoamino oxidasa A (MAOA), que afecta la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica.
 - Genes que codifican los canales iónicos cardíacos, implicados en la conducción miocárdica. (3)
- Síndromes arrítmicos. Existen numerosos estudios de síndromes arrítmicos relacionados con la muerte súbita, entre los que cabe destacar el Síndrome de Brugada, *síndrome de*

QT prolongado, síndrome de QT corto y la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica. De entre éstas, la más común es el Síndrome de QT prolongado como principal causa arritmogénica, dado que es muy frecuente y asintomático.

Hay evidencias de una tasa alta de síndrome de QT prolongado en familias cuyo hijo ha fallecido por SMSL. Un estudio realizado en 34.000 bebés detectó una mayor tasa de QT prolongado en los que fallecieron con respecto a los que no murieron.

En las necropsias realizadas a bebés fallecidos por SMSL se han detectado un mayor porcentaje de alteraciones en el gen SCN5A, que produce una alteración del canal del sodio, siendo ésta una causa acreditada del síndrome de QT prolongado. (2)

- Las alteraciones cardíacas estructurales. A pesar de que siempre se ha relacionado estas alteraciones cardíacas con el SMSL, no se ha conseguido averiguar qué factores interactúan para incrementar la tasa de fallecimientos por SMSL. (3)

4.4.2 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Después de examinar y determinar los elementos que aumentan el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, es crucial implementar medidas de prevención que puedan contribuir a reducir la tasa de mortalidad por SMSL.

Los riesgos catalogados como perjudiciales, que ponen en peligro la vida de los lactantes, siguen siendo habituales aun a pesar de la realización periódica de revisiones pediátricas y de las campañas de educación pública. Esto denota la necesidad de utilizar los canales de información adecuados que logren acrecentar el impacto de las medidas preventivas. (3)

Seguidamente detallo las medidas preventivas que presentan mayor evidencia en la actualidad y que deben ser objeto de información a los progenitores durante la gestación y visitas posteriores en consulta pediátrica.

-Decúbito supino: La posición al dormir en el bebé, es el factor de riesgo modificable más determinante.

Gracias a la campaña “Back to sleep” (De espalda para dormir, decúbito supino) durante los años ochenta y noventa, se ha visto reducida la incidencia por SMSL, entre un 50-90%. (2)

Esta posición (decúbito supino) también está indicada en los bebés prematuros y en los que presentan reflujo gastroesofágico, debido a los mecanismos fisiológicos de defensa de la vía aérea que poseen. (9)

Los bebés que duermen en decúbito supino tienen más *despertares* que aquéllos que duermen en decúbito prono o lateral, lo que supone una *medida protectora*; no obstante, el tiempo de sueño en esta postura es menor. (2)

Para prevenir, a través de la posición en la cuna, la muerte del niño por SMSL, no solamente hay que evitar la posición de prono, sino también la de decúbito lateral. (5)

Una advertencia sobre el decúbito supino es la posibilidad de desarrollar *plagiocefalia postural*, por lo que, para evitarlo, se recomienda que durante el tiempo en el que el lactante esté despierto y de manera controlada, permanezca en la cuna boca abajo; útil no solo para prevenir la plagiocefalia, sino también para fomentar el crecimiento de la musculatura escapulohumeral. (5)

-Lactancia materna. La lactancia materna contiene los nutrientes necesarios para un desarrollo y crecimiento óptimo de los niños pequeños. (6)

La leche materna se compone de sustancias antimicrobianas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras que supone un beneficio para los bebés ya que aporta los nutrientes necesarios durante los primeros 6 meses de vida. Asimismo, tiene un efecto protector frente a las infecciones comunes en la infancia y favorece su desarrollo cognitivo gracias a los altos niveles de ácido docosahexaenoico (DHA) (componente estructural y funcional importante del cerebro infantil en desarrollo).

Existe una fuerte asociación entre la disminución de la muerte súbita del lactante y la lactancia materna. Para lograr dicha protección, la lactancia materna debe prolongarse durante al menos 2 meses (recomendable hasta los 6 meses), no teniendo evidencias del tiempo necesario para conseguir un efecto protector óptimo; no obstante, podemos afirmar que la protección que confiere al niño la leche materna persiste mientras es amamantado.

Tanto la lactancia materna exclusiva como la lactancia mixta ofrecen protección contra el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, aunque se ha observado que la lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector más fuerte en comparación con la lactancia mixta. (8). La influencia beneficiosa de la lactancia materna no se limita únicamente a los países desarrollados, sino que también se ha observado en naciones en proceso de desarrollo. (17)

Numerosos estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna tienen un menor riesgo de padecer obesidad y diabetes mellitus tipo 2 y denotan mayor coeficiente en las pruebas de inteligencia. (6)

Otros estudios han evidenciado que los bebés amamantados tienen mayor facilidad para despertarse que los que se alimentan de biberón, siendo el despertar una medida protectora frente al SMSL. (18)

La lactancia materna supone un ahorro directo, disminuyendo el coste asociado a las fórmulas lácteas, favoreciendo sobre todo a aquellas familias con bajos recursos económicos; y de manera

indirecta, también supone una disminución en muertes prematuras, costes de salud vinculados y en años de vida ajustados por calidad. (17)

Según la OMS, se aconseja llevar a cabo la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante, y continuar con ella en combinación con alimentos complementarios hasta que el niño alcance los dos años de edad. (6)

Por lo tanto, concluimos que existe un fuerte vínculo entre la lactancia materna y la reducción de la muerte súbita del lactante.

-Vacunación: Otro efecto protector frente al SMSL es la inmunización. La vacunación junto con la lactancia materna permite explicar la hipótesis infecciosa en el origen de la SMSL, actuando como factores preventivos frente al mismo. (6)

-Chupete: A pesar de que el uso de chupetes ha sido un tema muy controvertido, los numerosos estudios realizados evidencian que el uso de chupete disminuye el riesgo de muerte por SMSL. Tanto metaanálisis como estudios observacionales realizados demostraron que los bebés que utilizaban chupete veían reducido el riesgo de fallecimiento de SMSL hasta un 50%. (18)

La protección que origina el chupete viene dada por un mayor control autonómico, mayor número de despertares y el reflejo de succión. (10)

Durante mucho tiempo ha sido objeto de debate la interacción que puede existir entre el uso del chupete y la lactancia materna exclusiva. En la actualidad, los estudios avalan la utilización del chupete una vez establecida la lactancia materna, suceso que habitualmente ocurre a las dos semanas de ésta. Por otro lado, los lactantes que reciben leche entera o de fórmula, pueden utilizar el chupete en el momento que deseen. (10)

Con respecto a la utilización del chupete hay un consenso a nivel internacional sobre el fomento de su uso al comienzo del sueño, aunque el bebé lo suelte, no reinsertándolo una vez dormido (puesto que la disminución del riesgo permanece también si se le cae de la boca). (3)

-El contacto piel con piel: Al momento del nacimiento favorece el vínculo materno-infantil mejorando la duración y la prevalencia de la lactancia materna, reduce el estrés materno y aporta estabilidad cardiorrespiratoria, metabólica y térmica del recién nacido. (19)

-Compartir habitación con los padres sin compartir cama: Dormir en la habitación de los progenitores, aunque en una superficie separada, reduce hasta en un 50% el riesgo SMSL. Por lo que se recomienda al menos hasta los 6 meses y preferiblemente hasta el primer año de vida. (10)

-Colecho únicamente en madres que dan lactancia: A pesar de que la práctica del colecho se ha asociado a numerosos factores de riesgo, hay una situación en la cual el colecho actúa con carácter

protector del SMSL, siendo ésta cuando las madres proveen a sus hijos de lactancia materna exclusiva. (16)

El colecho favorece la lactancia materna, aumentando el número de tomas nocturnas (facilitando la producción de leche y aprovechando el aumento de la prolactina) y prolongando los meses de lactancia. (20)

-Controles prenatales: Otro factor de protección que logra disminuir el riesgo de SMSL, es la realización de un amplio y apropiado control durante la gestación. (5)

-Dormir sobre superficie firme y evitar ropa de cama blanda: Los lactantes tienen que dormir en una cuna, no en camas aptas para niños mayores o adultos, que tenga una superficie firme y que mantenga su forma al colocar las sábanas, no dejando espacio entre la barandilla de la cuna y el colchón.

Dentro de la cuna, se evitará tener accesorios sueltos como almohadas, cojines, edredones, peluches o mantas que puedan tapar la cabeza del niño porque obstaculizan la circulación del aire.

En una investigación reciente, se ha determinado que la colocación de almohadas o cojines parachoques para evitar caídas, supone un riesgo de asfixia mayor que el beneficio que éstos puedan originar protegiendo de las lesiones. (2)

-Temperatura ambiental: Es aconsejable mantener una temperatura de ambiente en la habitación del bebé de 20 a 22°C y evitar la ropa excesiva, fundamentalmente cuando el bebé tiene fiebre. (5)

5. CONCLUSIONES

Después del estudio realizado y una vez analizada la evidencia científica podemos concluir que:

- El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante se encuentra entre las causas principales de fallecimiento infantil en las naciones desarrolladas, generando un impacto significativo en la sociedad tanto a nivel nacional como internacional.
- En la muerte súbita del lactante están implicados diversos factores de riesgo, entre los cuales, y atendiendo al momento del desarrollo en que aparecen, se encuentran: factores maternos (edad materna, consumo de tabaco, alcohol y drogas), infantiles (sexo masculino, prematuridad o bajo peso) y ambientales (colecho, decúbito prono).
- La lactancia materna disminuye el riesgo de muerte súbita infantil en aproximadamente un 50%.
- Debe prolongarse durante al menos 2 meses (recomendable hasta los 6 meses para superar el periodo vulnerable), no teniendo evidencias del tiempo necesario para conseguir un efecto protector óptimo.
- Todas las formas de lactancia materna ayudan a prevenir la muerte súbita del lactante, pero se ha demostrado que la lactancia materna exclusiva ofrece una mayor protección en comparación con la lactancia materna parcial.
- La forma más segura de dormir para un bebé es en la misma habitación de los progenitores, en una cuna independiente y en posición decúbito supino (siendo éste el factor modificable más determinante).
- Otras medidas de protección frente al SMSL además de las mencionadas son la vacunación, uso del chupete, dormir en superficie firme evitando ropa de cama blanda y mantener una adecuada temperatura ambiental.
- El desarrollo de campañas de información y educación a los padres durante el embarazo y en el post parto permiten reducir en gran medida las muertes por SMSL. Por lo tanto, es recomendable impulsar campañas de prevención y concienciación del SMSL entre el personal sanitario para su comunicación a los progenitores. Sería beneficioso y viable promover la lactancia materna y prevenir la muerte súbita del lactante en la consulta de enfermería pediátrica. Esto se podría lograr a través de recomendaciones estructuradas durante las revisiones pediátricas periódicas del programa de salud infantil.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Botia I, Cassanello Peñarroya P, Díez Izquierdo A, Martínez Sánchez JM, Balaguer Santamaria A. Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones? Anales de Pediatría. 1 de abril de 2020;92(4):222-8.
2. Munkel Ramírez L, Durón González R, Bolaños Morera P, Munkel Ramírez L, Durón González R, Bolaños Morera P. Síndrome de muerte súbita del lactante. Medicina Legal de Costa Rica. marzo de 2018;35(1):65-74.
3. Tarraga-Marcos ML, Romero-de Ávila Montoya JM, Tarraga-Marcos A, Tarraga-López PJ, Tarraga-Marcos ML, Romero-de Ávila Montoya JM, et al. Síndrome de muerte súbita del lactante. Journal of Negative and No Positive Results. septiembre de 2022;7(3):282-97.
4. Prian Gaudiano A, Michel Macías C. Frecuencia de prácticas seguras de sueño en México para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC. 2022;67(4):266-70.
5. Investigación RS. Factores relacionados con el síndrome de la muerte súbita del lactante y recomendaciones para prevenirlo. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/factores-relacionados-con-el-sindrome-de-la-muerte-subita-del-lactante-y-recomendaciones-para-prevenirlo/>
6. Ocronos RM y de E. ▷ Revisión bibliográfica: beneficios de la lactancia materna frente a la muerte del lactante [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/beneficios-lactancia-materna-muerte-lactante/>
7. Rouw E, von Gartzen A, Weißenborn A. Bedeutung des Stillens für das Kind. Bundesgesundheitsbl. 1 de agosto de 2018;61(8):945-51
8. Object object. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: an individual participant data meta-analysis. [citado 30 de enero de 2023]; Disponible en: https://core.ac.uk/reader/132211579?utm_source=linkout
9. Tarraga Marcos ML, Romero de Ávila Montoya JM, Tarraga Marcos A, Tarraga López PJ. Síndrome de muerte súbita del lactante. JONNPR. 2022;7(3):nnn-nn. DOI: 10.19230/jonnpr.4603
10. Oliveira AM de F, Andrade PR de, Pinheiro EM, Avelar AFM, Costa P, Belela-Anacleto ASC. Risk and protective factors for sudden infant death syndrome. Rev Bras Enferm [Internet]. 30 de marzo de 2020 [citado 30 de enero de 2023];73. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/YKLF9JKZjyFWhg8MFxvKF5g/?lang=en>
11. Duncan JR, Byard RW. Sudden Infant Death Syndrome: An Overview. En: Duncan JR, Byard RW, editores. SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the

- Future [Internet]. Adelaide (AU): University of Adelaide Press; 2018 [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513399/>
12. Latorre ML, Barbosa S, Hernández LJ, Mage D. Síndrome de muerte súbita y otras muertes infantiles súbitas e inesperadas: uso de un modelo logarítmico para analizar el comportamiento epidemiológico en Bogotá y en Colombia, 2005 y 2010. *Pediatr*. 1 de enero de 2015;48(1):9-14.
 13. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. van Wouwe J, editor. *PLoS ONE*. 19 de septiembre de 2014;9(9):e107799.
 14. Muerte súbita infantil: número de defunciones España 2005-2018 [Internet]. Statista. [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/732028/fallecimientos-por-muerte-subita-infantil-en-espana/>
 15. El colecho en nuestro medio: estudio de casos y controles en las consultas pediátricas de Atención Primaria [Internet]. [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <http://pap.es/articulo/12475/el-colecho-en-nuestro-medio-estudio-de-casos-y-controles-en-las-consultas-pediatricas-de-atencion-primaria>
 16. Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. Texto completo. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 30 de enero de 2023];115(5). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n5a33s.pdf>
 17. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*. 2017;88(1):07-14.
 18. Alm B, Wennergren G, Möllborg P, Lagercrantz H. Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr*. enero de 2016;105(1):31-8.
 19. Jenik A, Rocca Rivarola M, Grad E, Machado Rea ES, Rossato NE. [Guidance to reduce the risk of Sudden and Unexpected Postnatal Collapse]. *Arch Argent Pediatr*. junio de 2020;118(3):S107-17.
 20. Marinelli KA, Ball HL, McKenna JJ, Blair PS. An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse. *J Hum Lact*. 1 de agosto de 2019;35(3):510-20.
 21. Sánchez Ruiz-Cabello J, Carlos Ortiz González L, Previnfad G. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. *An Pediatr Contin*. 1 de noviembre de 2012;10(6):353-8.

7. ANEXO

Grados y nivel de evidencia de las recomendaciones de prevención del SMSL.

Se establecen 3 niveles en función del grado de consistencia de la evidencia científica. (21)

Recomendaciones de nivel A (basadas en evidencia científica buena y consistente)
➤ Compartir habitación sin compartir cama.
➤ Utilización para dormir de una superficie firme.
➤ Decúbito supino para dormir.
➤ Lactancia materna.
➤ No fumar ni consumir alcohol o drogas durante el embarazo y una vez nacido.
➤ Evitar exceso de calor.
➤ No tener en la cuna ropa de cama suelta ni objetos blandos.
➤ Uso de chupete.
➤ Campañas de prevención y educación relacionadas con los riesgos de SMSL.
➤ Revisiones periódicas durante el embarazo.
➤ No utilizar monitores cardiorrespiratorios en el domicilio.

Recomendaciones de nivel B (basadas en evidencia científica inconsistente o limitada)
➤ La postura decúbito prono, cuando el niño está despierto, se recomienda siempre que sea supervisada para contribuir a la reducción del posible desarrollo de la plagiocefalia posicional.
➤ Inmunización de acuerdo con los calendarios vacunales vigentes.

Recomendaciones de nivel C (basadas en el consenso y opinión de expertos)
➤ En las publicaciones difundidas en los medios de comunicación, sobre medidas de protección contra SMSL, deben ajustarse a las directrices del sueño seguro.
➤ Seguir fomentando la investigación para evitar el SMSL.

8. PÓSTER

EL PAPEL DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Autor: Javier Gómez Menduïña

Tutora: Dra. Marta Esther Vázquez Fernández

INTRODUCCIÓN

El **síndrome de la muerte súbita del lactante** es la principal causa de muerte infantil en un niño menor de un año.

A nivel nacional, la media de defunciones por el SMSL es de 55 al año, teniendo en cuenta los datos del 2009 al 2019. No obstante, la tendencia es descendente y estable en los últimos años registrados con una media de 44 defunciones/año. Esto se ha visto favorecido por la puesta en marcha de políticas preventivas basadas en la educación de los padres y cuidadores de los lactantes.

Dentro de las medidas preventivas más eficaces par disminuir la muerte por SMSL, se encuentra la lactancia materna con un importante impacto en la reducción del riesgo.

OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este trabajo es llevar a cabo una revisión bibliográfica para determinar si la lactancia materna previene el riesgo de muerte súbita infantil.

Como **objetivos secundarios**:

- Describir los factores de riesgo asociados a la muerte súbita infantil.
- Establecer medidas preventivas frente a la muerte súbita infantil.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica: artículos de los últimos 7 años, en inglés y castellano.
- Palabras clave: Lactancia materna, Síndrome de muerte súbita del lactante, decúbito supino, colecho, chupete.

BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz Botia I, Cassanello Peñarroya P, Díez Izquierdo A, Martínez Sánchez JM, Balaguer Santamaria A. Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones? *Anales de Pediatría*. 1 de abril de 2020;92(4):222-8.
- Munkel Ramírez L, Durón González R, Bolaños Morera P, Munkel Ramírez L, Durón González R, Bolaños Morera P. Síndrome de muerte súbita del lactante. *Medicina Legal de Costa Rica*. marzo de 2018;35(1):65-74.
- Tarraga-Marcos ML, Romero-de Ávila Montoya JM, Tarraga-Marcos A, Tarraga-López PJ, Tarraga-Marcos ML, Romero-de Ávila Montoya JM, et al. Síndrome de muerte súbita del lactante. *Journal of Negative and No Positive Results*. septiembre de 2022;7(3):282-97.

RESULTADOS

Para el diagnóstico de SMSL es necesario una investigación completa que comprende un estudio de la escena de la muerte, autopsia y revisión del historial médico del bebé. Se considera una **enfermedad multifactorial**, con la concurrencia de tres factores de riesgo, como son lactante vulnerable, periodo crítico de desarrollo y presencia de factores estresantes exógenos.

Tanto la **lactancia materna** como el **decúbito supino** son las medidas de protección de mayor relevancia, logrando una importante reducción del riesgo de muerte por SMSL.



Figura 1: Factores de riesgo implicados que deben confluir para el desarrollo de SMSL.

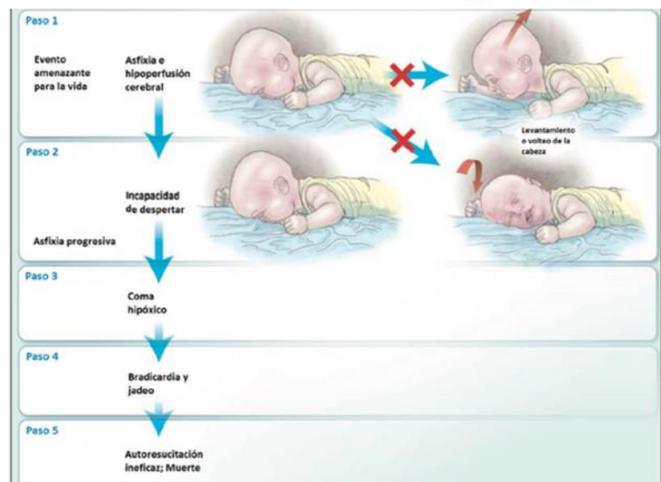


Figura 2: Cinco pasos propuestos en vía respiratoria terminal asociada al síndrome de muerte súbita en el lactante.

CONCLUSIÓN

- SMSL es una de las principales causas de mortalidad infantil en los países desarrollados generando un gran impacto en la sociedad tanto a nivel nacional como internacional.
- En la muerte súbita del lactante están implicados diversos factores de riesgo, entre los cuales, y atendiendo al momento del desarrollo en que aparecen, se encuentran: factores maternos (edad materna, consumo de tabaco, alcohol y drogas), infantiles (sexo masculino, prematuridad o bajo peso) y ambientales (colecho, decúbito prono).
- La lactancia materna disminuye el riesgo de muerte súbita infantil en aproximadamente un 50%. Debe prolongarse durante al menos 2 meses (recomendable hasta los 6 meses para superar el periodo vulnerable), no teniendo evidencias del tiempo necesario para conseguir un efecto protector óptimo.
- La forma más segura de dormir para un bebé es en la misma habitación de los progenitores, en una cuna independiente y en posición decúbito supino (siendo éste el factor modificable más determinante).