

Muerte súbita en el lactante. ¿En qué posición duermen los niños?

L. Perdikidis Olivieri, G. Menal Arriazu, C. Saucedo Díez, T. Mora Rodríguez
Pediatra EAP y Enfermeras de consulta de Atención Primaria.
EAP Fronteras I y II Torrejón de Ardoz. Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5 (17): 29-39

Resumen

La AEP (Asociación Española de Pediatría) recomienda que los recién nacidos duerman en decúbito supino para prevenir la muerte súbita. Hay escasos estudios sobre la influencia que estas recomendaciones han tenido en la población y en qué postura duermen en la actualidad la mayoría de los recién nacidos. Aunque desde los Hospitales y los Centros de Salud se recomienda que duerman boca arriba, las recomendaciones no siempre se incluyen en los programas de salud y no siempre son las mismas.

En este estudio buscamos conocer la postura en la que duermen los niños recién nacidos correspondientes a nuestro Centro de Salud: Decúbito supino, prono, lateral o variable.

Preguntamos además si existen otros factores de riesgo como tabaquismo y si han recibido consejo para dejar de fumar. Encontramos que la mayoría de las madres han recibido información de la postura para dormir. La mayoría de los recién nacidos duermen en decúbito lateral.

La información sobre la postura idónea para dormir procedía de la enfermera del Hospital, Centro de Salud, o matrona.

A pesar del consejo antitabaco muchas mujeres fuman. Aprovechamos para revisar la literatura actual sobre la prevención de la muerte súbita en los recién nacidos. Pensamos que es posible que a pesar de nuestros esfuerzos aumente la incidencia relativa en algunos subgrupos, dado que hay más recién nacidos de otras etnias que tienen una incidencia mayor de muerte súbita del recién nacido y más familias con pocos recursos que tienen más riesgo de padecer este problema indirectamente por aumento de tabaquismo, madres jóvenes, prematuridad y sus complicaciones. Queremos insistir en que la postura ideal es la de decúbito supino y que debemos dirigir más la información a algunos subgrupos con mayor riesgo si queremos que disminuya la incidencia aun más.

Palabras clave: Síndrome de muerte súbita del lactante, Educación para la salud, Prevención.

Abstract

The AEP (Spanish Academy of Pediatrics) recommends since 1996 that children sleep in the supine position to prevent sudden infant death (SIDS). We do not know the inciden-

ce that these recommendations have had on the population and in what posture newborn children sleep. Even though in Hospitals and Health care centers they recommend the supine posture, this is not always done systematically and our impression is that recommendations vary and are not always included in the Well Child Program.

We wanted to know in what posture children attended by two health care centers sleep (Fronteras I and Fronteras II): Supine, prone, lateral or variable. We asked also if there were other risk factors like parent smoking and if they had received any counseling on stopping smoking. We found that the majority of mothers had received information on the posture for sleeping.

That the majority of newborn children slept in lateral decubitus.

The counseling on what posture to sleep was made by the nurse of the Hospital, Health Center, or matron.

Even though smoking was discouraged many mothers smoke and if they don't smoke fathers smoke.

We review some of the basic topics on sudden infant death syndrome.

We suggest that it is possible that the relative incidence of SIDS will grow because of the increasing number of newborn children of other races that have higher risk of SIDS and the growing number of parents with limited resources who have a higher risk of SIDS also.

We want to insist that the ideal sleeping posture to prevent SIDS is decubitus supinus and that it will be necessary to target some greater risk groups to reduce even more the incidence of SIDS.

Key words: Sudden infant death syndrome, Health education, Prevention.

Introducción

En este estudio realizamos una encuesta para conocer qué tipo de información reciben las madres de los recién nacidos desde el sistema sanitario para la prevención de la muerte súbita. Queríamos saber si existen diferencias en la información que reciben desde distintos puntos del sistema, quién y cómo da la información y en que postura duermen los recién nacidos en la actualidad.

El grupo de trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la AEP presentó en 1996 un "Libro Blanco" que contemplaba una serie de

iniciativas para la investigación, prevención de este síndrome y para la información social, administrativa y médico-sanitaria. Las campañas están dirigidas a trabajar con las familias y las asociaciones de familiares de niños fallecidos de muerte súbita o campañas en los medios sin un plan específico para la atención primaria¹.

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) es una de las causas más importantes de mortalidad en el período postneonatal. Se define como la muerte súbita de un lactante menor de un año de edad, que sigue sin expli-

cación tras una exhaustiva investigación del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, examen del escenario de la muerte y revisión de la historia clínica ("autopsia blanca")².

Es poco frecuente durante el primer mes de vida y alcanza un pico a los 2-4 meses de vida, disminuyendo posteriormente. Su incidencia promedio es de 1,5 a 2 por mil nacidos vivos pero presenta diferencias importantes de unas estadísticas a otras. En España (1984-1991) es de 0,21-0,33².

Los siguientes hechos han sido identificados claramente, en distintos estudios como factores de riesgo independientes del SMSL: posición para dormir en decúbito prono (*odds ratio* 1,7 a 12,9 en diversos estudios), dormir sobre una superficie blanda, tabaquismo materno durante el embarazo, sobrecalentamiento, cuidados prenatales tardíos o ausentes, madre muy joven, prematuridad o bajo peso al nacimiento y sexo masculino. La población negra e india tiene un riesgo 2 a 3 veces superior a la blanca^{4,5}. Otro factor de riesgo posible es tener un hermano fallecido de SMSL.

En un meta-análisis se demostró que el riesgo de muerte súbita en recién nacidos que duermen en decúbito prono era 3 a 9 veces más alto que en los que dormían en decúbito supino⁸.

La American Academy of Pediatrics ha recomendado desde 1992 que los recién nacidos sean colocados boca arriba para dormir y en EEUU se realizó una campaña nacional para dormir en decúbito supino en el año 1994. Esto ha tenido como resultado una disminución de la incidencia de muerte súbita infantil (en los países en los que se ha llevado a cabo la campaña) de un 30 a un 50%⁶.

En estudios realizados comparando la postura de decúbito prono antes y después de las campañas se vió que en casi todos los países el cambio era importante: Tasmania (31% al 3%) Inglaterra, (59% al 2%) Países Bajos (27% al 10%), Nueva Zelanda (35% al 5%), Noruega (54% al 31%), y Alemania (38% al 9%)²⁰. En USA pasó del 70% al 24% en el período 1992-1996 y en estudios en varios estados ha disminuido hasta un 10%, aunque en muchos sigue siendo del 28%^{6, 7, 8, 9, 10}.

La recomendación original sobre la postura idónea para dormir era que cualquier posición que no fuese decúbito prono era aceptable aunque estudios posteriores en Inglaterra y Nueva Zelanda¹⁰ demostraron que el decúbito lateral tenía un riesgo algo mayor.

Existen algunos estudios que indican que los niños que duermen boca arriba

y luego se colocan boca abajo tienen mayor riesgo de muerte súbita⁴.

En cuanto a la posición para dormir boca arriba, se pensaba que podría retrasar el desarrollo psicomotor pero esto se ha visto en varias series que no es así. Además existía la preocupación de que podría aumentar el número de muertes por aspiración lo cual tampoco ha ocurrido, por lo menos en las estadísticas nacionales de varios países sobre mortalidad no se ha detectado un aumento de muertes por aspiración.

La SEMFyC³ en el programa del niño editado tiene un capítulo dedicado a este síndrome en el que explica la magnitud del problema, los factores de riesgo y las actividades preventivas y en las que hace hincapié sobre el consejo anti tabaco el cual debe efectuarse por enfermeras, médicos generales, pediatras, y matronas desde la primera visita prenatal o la primera visita de recién nacido, y repetirse posteriormente en los controles periódicos de salud.

Existen pocos estudios sobre la influencia que estas recomendaciones han tenido sobre la postura para dormir y sobre la incidencia de muerte súbita. La mayoría de los esfuerzos se han dirigido a la investigación de los casos de muerte súbita, coordinación legal y forense, estudios anatomopatológicos,

seguimiento de niños con síntomas o grupos de riesgo.

Hay dos estudios realizados en Navarra en los que estudian los cambios en la posición para dormir de los recién nacidos y la repercusión que esto tiene sobre la mortalidad infantil^{7,8}.

Hay estudios en los que se ha visto que, a pesar de que ha disminuido la incidencia de muerte súbita, algunos subgrupos de la población siguen en riesgo importante de padecer SMSL posiblemente por no adoptar la postura del decúbito supino para dormir.

Existen poblaciones que tienen más probabilidad de poner a sus hijos a dormir boca abajo como son: familias que viven en la pobreza, origen afroamericano, hogares uniparentales, situaciones que mostraban mayor probabilidad de carecer de información sobre la postura adecuada para dormir^{15,27,29,35-38}. Hay estudios que demuestran que los americanos de origen caucásico tienen más probabilidad de poner a sus hijos a dormir boca arriba^{12,29,38}. También existe una correlación inversa entre la edad de la madre y la posición prona para dormir^{15,29,35,38}. Además las madres solteras y de niños de bajo peso al nacer tenían menos conocimiento sobre la postura idónea para dormir.

Es importante insistir en que la postura para dormir es la de decúbito supino

y que hay que orientar los esfuerzos hacia las poblaciones que lo necesitan. Sería interesante saber si estos y otros factores de riesgo identificados en estudios en otros países están actuando también en el nuestro.

Material y métodos

En este estudio se ha realizado una encuesta en la que las enfermeras o pediatras preguntan a las madres sobre la posición en la que ponen al recién nacido para dormir, (decúbito supino, prono, lateral, o variable), si recibieron consejo para no fumar y si fuman a pesar de ello y como es la transmisión: oral o escrita y de donde procede. Hemos decidido aplicar la encuesta a las madres de lactantes menores de 2 meses (nos gustaría investigar los años anteriores pero pensamos que dado el tiempo transcurrido es posible que las madres no recuerden bien los consejos y lo que hicieron). La encuesta se llevó a cabo en un período de 2 meses (enero y febrero de 2001). El volumen anual de recién nacidos es de unos 210. Se decidió encuestar a uno de cada dos recién nacidos que acudían a la consulta de 4 enfermeras en esos 2 meses.

Buscamos algún estudio en Medline con las palabras clave "muerte súbita infancia-español" para encontrar investi-

gaciones que se hayan realizado sobre este tema desde este punto de vista en España.

Los datos de la encuesta se han procesado con el programa EpiInfo6.

El estudio fue aplicado por las enfermeras de 4 consultas pediátricas.

Se hizo la encuesta sobre 29 recién nacidos en ese intervalo de 2 meses de un total de 55 (buscamos en la base de datos las asignaciones de recién nacidos: programa OMI-AP).

Calculamos el intervalo de confianza para un coeficiente de seguridad del 95% (IC 95%) para muestras grandes.

Resultados

El 93% de las madres había recibido información sobre la postura adecuada para dormir; el 48% había hecho preparación para el parto. Fundamentalmente la información la reciben de la enfermera del Centro de Salud, Hospital o de la matrona (ver Tabla 1 y Gráfico 1).

El 55% de los niños de la encuesta dormía en decúbito supino (IC 95%: 36-74%).

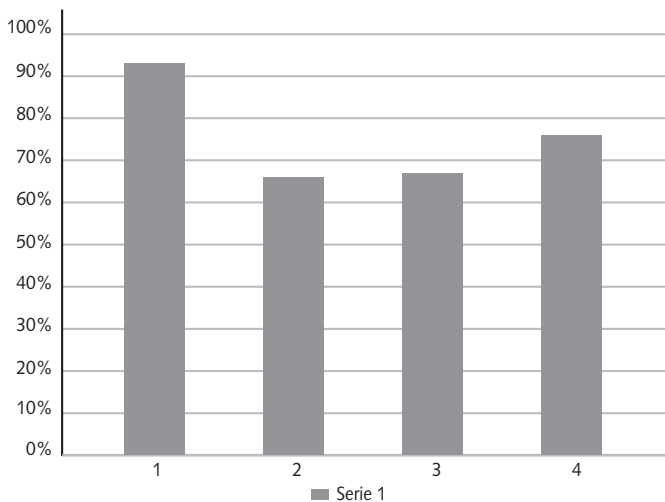
El 74% en decúbito lateral (IC 95%: 57-91:%) y un 24 % en decúbito variable (lateral o supino) (IC 95%: 7-41%) (Ver Gráfico 2).

El 70% de las madres recibió consejo antitabaco y un 40% fuma (IC 95%: 19-61%).

Tabla 1. Aspectos epidemiológicos que ayudan a prevenir la MSI (Recomendaciones de la ESPID ("Sociedad Europea para la Prevención de la Muerte Infantil"))

- 1) Dormir en decúbito supino durante el primer semestre de la vida (salvo contraindicación médica).
- 2) Evitar tabaquismo materno durante la gestación y la lactancia.
- 3) No fumar en el entorno del lactante.
- 4) Evitar el estrés térmico ambiental (temperatura ideal: 20 °C) (evitar exceso de calefacción y de ropa).
- 5) Fomentar la lactancia materna.
- 6) Evitar dormir con los padres en la misma cama.

Gráfico 1. Información sobre la postura para dormir.



1. Recibieron información sobre la postura adecuada para dormir: 93% de las madres.
2. Información impartida por enfermera del Hospital: 66% de las madres.
3. Información impartida por la enfermera del Centro de Salud: 67% de las madres.
4. Información impartida por la matrona: 76% de las madres.

Discusión

En este estudio podemos concluir que la mayoría de los recién nacidos de nuestra zona básica de salud duermen en decúbito supino, o de lado.

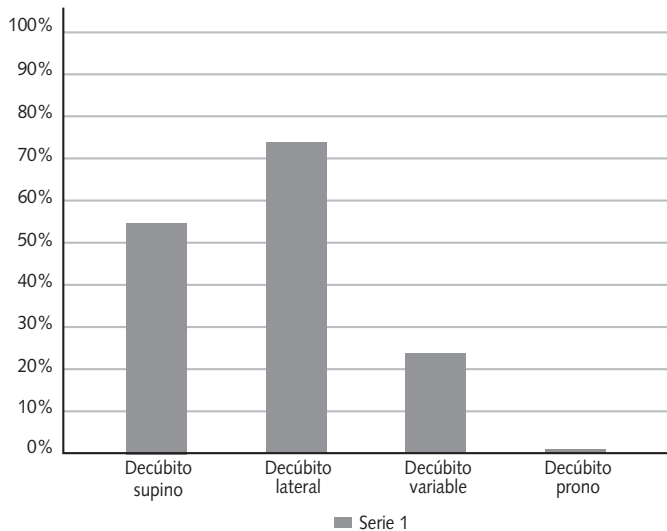
La población de esta zona básica de salud es heterogénea y representa el sector más deprimido desde el punto de vista socioeconómico de Torrejón de Ardoz.

Existe un importante número de familias inmigrantes de diversos orígenes: gitana, subsahariana, magrebí, sudamericana. La mayoría de los niños duermen en decúbito lateral. Aunque ésta es una postura aceptable, tiene mayor riesgo de muerte súbita que el decúbito supino. Además conlleva el riesgo de que pase de decúbito lateral a decúbito prono con el consiguiente aumento de riesgo. La recomendación inicial de la

AAP era que los niños recién nacidos se pusiesen a dormir boca arriba o de lado y solo a partir 1996 se adoptó una posición más restrictiva.

En este estudio no hay ningún caso en el que los recién nacidos duerman boca abajo, aunque es poco probable que se pueda extrapolar este resultado ya que en la mayoría de los países en los que se ha llevado a cabo la campaña para dormir en decúbito supino, el 25%

Gráfico 2. Postura para dormir.



Decúbito supino: 55% de los recién nacidos.
Decúbito lateral: 74% de los recién nacidos.
Decúbito variable*: 24% de los recién nacidos.
Decúbito prono: ninguno.

*Un 24% de los recién nacidos dormía a veces en decúbito supino y otras en decúbito lateral pero nunca decúbito prono.

de los recién nacidos duermen boca abajo. Es posible que las preguntas se debiesen de formular de otra manera para evitar respuestas predeterminadas aunque la pregunta era genérica: ¿en qué postura duerme?

Es posible que, dada la cobertura universal de la sanidad en España y la generalización de la atención primaria, el acceso a la información sea mayor en España y este estudio parece demostrar que el cambio de postura para dormir es más amplio que en otros países. Hay estudios que demuestran que el conocimiento de los padres sobre los riesgos del decúbito prono influye sobre la decisión de cambiar la posición para dormir del recién nacido.

Sin duda debemos seguir insistiendo en que la postura adecuada para dormir es la de decúbito supino. Es necesario hacer más estudios de este tipo, pero multicéntricos para conocer mejor la situación actual y saber si hay subgrupos de población que por desconocimiento ponen a sus hijos a dormir en decúbito prono. De hecho, hay algunos que están en marcha en un área de salud de Madrid.

Aventurar la hipótesis de que, dado que la población infantil estará cada vez más compuesta de niños de otras etnias y muchas veces de familias con menos recursos, es posible que en un futuro de

forma paradójica aumente de forma relativa el número de casos a pesar de los esfuerzos realizados (aunque es posible que estas variaciones se neutralicen, dado que en los estudios que hay en USA la incidencia de muerte súbita en la población hispana es menor).

En un estudio publicado recientemente se demostró que, a pesar de que la incidencia de muerte súbita en Washington había disminuido, el riesgo de muerte súbita aumentó para los prematuros, hijos de madres fumadoras, solteras, origen afroamericano o que habían recibido cuidados prenatales escasos¹³.

En otro estudio epidemiológico en el que se analizan los resultados de una encuesta llevada a cabo en 15 estados de EEUU, en una muestra numerosa de la población para las cohortes de nacimientos de 1996-1998 aplicando un análisis de regresión logística múltiple ponderada para la correlación de la posición de sueño de los lactantes encuentra que: 1) Los afroamericanos tuvieron mayor tendencia a poner a los recién nacidos a dormir en decúbito prono; 2) Los niños de muy bajo peso al nacer y los pertenecientes a familias numerosas duermen con mas probabilidad en decúbito prono; 3) Los niños con pesos entre 1.001-1.500 gramos y los de 500-1.000 gramos tuvieron unas pro-

babilidades escasas de dormir en decúbito supino²⁰.

El personal sanitario que trabaja con los niños en atención primaria tiene un papel fundamental en la prevención de la muerte súbita. Desde el momento en que la medida que deben adoptar los padres es sencilla (cambiar la postura para dormir del recién nacido) y eficaz se debe incorporar claramente en los programas del niño sano de los centros de salud.

Conclusiones

La mayoría de las madres ha recibido información sobre la prevención de la muerte súbita y ha cambiado la postura para dormir del recién nacido.

Todavía muchos duermen en decúbito lateral y ninguno en decúbito prono.

Fuman un porcentaje alto de madres; y si ellas no fuman, fuman los padres.

La mayor parte de la información la reciben de la matrona.

Decidimos incorporar específicamente en el Programa de Salud Infantil la información sobre la postura adecuada para dormir.

También es importante registrar como factores de riesgo, los indicados anteriormente para tener una base poblacional de estudio y seguimiento, e informar sobre los riesgos del tabaco y aconsejar no fumar a las madres y a los padres.

Bibliografía

1. G.E.P.S.M.I. de la A.E.P. Libro Blanco: Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Ediciones Ergon, S.A. 1996. Madrid.
2. Camarasa F. *El síndrome de la muerte súbita del lactante*. An Esp Pediatr 1999; 51: 453-5.
3. Programa del Niño Sano. Editado por SEMFYC.
4. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. Pediatrics 2000 105: 650-656.
5. Camarasa F. *Síndrome de Muerte Súbita del lactante*. Temas de Pediatría. Nº 7, Temas de Pediatría, editado por Dr. Delgado Rubio.
6. Paris CA, Remler R, Daling JR *Risk factors for sudden infant death syndrome: changes associated with sleep position recommendations*. J Pediatr 2001; 139: 771-7.
7. Olivera et al. *Infant mortality and sudden infant death in Navarra between 1985 and 1996*. An Esp Pediatr 1998; 49 (4): 348-52.
8. Olivera JE. *Change of position and the decrease in the cases of sudden infant death syndrome in Navarra*, An Esp Pediatr 1996; 45(2):161-6.
9. Dwyer T, Ponsonby AL, Blizzard L, Newman NM, Cochrane JA. *The contribution of changes in the prevalence of prone sleeping position to the decline in sudden infant death syndrome in Tasmania*. JAMA 1995; 273: 783-9.
10. Mitchell EA, Brunt JM, Everard C. *Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand: 1986-92*. Arch Dis Child 1994; 70: 291-4.
11. Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons LE, Cochrane JA, Wang YG. *Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position*. N Engl J Med 1993; 329: 377-82.
12. *Group Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Progress in reducing risky infant sleeping positions 13 states, 1996-1997*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999; 48: 878-82.
13. Taylor JA, Krieger JW, Reay DT, Davis RL, Harruff R, Cheney LK. *Prone sleep position and the sudden infant death syndrome in King County, Washington: a case-control study*. J Pediatr 1996; 128: 626-30.
14. Guntheroth WG, Spiers PS. *Sleeping prone and the risk of sudden infant death syndrome*. JAMA 1992; 267: 2359-62.
15. Taylor JA, Davis RL. *Risk factors for the infant prone sleep position*. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 834-7.
16. Li DK, Daling JR. *Maternal smoking, low birth weight, and ethnicity in relation to sudden infant death syndrome*. Am J Epidemiol 1991; 134: 958-64.
17. Irwin KL, Mannino S, Daling J. *Sudden infant death syndrome in Washington State: why are Native American infants at greater risk than white infants?* J Pediatr 1992; 121: 242-7.
18. Oyen N, Irgens LM, Skjaerven R, Morild I, Markestad T, Rognum TO. *Secular trends of sudden infant death syndrome in Norway 1967-1988: application of a method of case identification to Norwegian registry data*. Paediatr Perinat Epidemiol 1994; 8: 263-81.
19. Schlaud M, Kleemann WJ, Poets CF, Sens B. *Smoking during pregnancy and poor antenatal care: two major preventable risk factors for sudden infant death syndrome*. Int J Epidemiol 1996; 25: 959-65.
20. Pollack HA, Frohna JG. *Postura de sueño de los lactantes después de la campaña "Back to Sleep"*. Pediatrics (Ed. esp.) 2002; 53: 201-207.
21. Haas JE, Taylor JA, Bergman AB et al. *Relationship between epidemiologic risk factors and*

clinicopathologic findings in the sudden infant death syndrome. Pediatrics 1993; 91: 106-12.

22. Mitchell EA, Ford RP, Stewart AW et al. *Smoking and the sudden infant death syndrome.* Pediatrics 1993; 91: 893-6.

23. Leach CE, Blair PS, Fleming PJ et al. *Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. CESDI Sudden Unexplained Death in Infancy Research Group.* Pediatrics 1999; 104: e43.

24. Taylor JA, Sanderson M. *A reexamination of the risk factors for the sudden infant death syndrome.* J Pediatr 1995; 126: 887-91.

25. Malloy MH, Freeman DH, Ph DJ. *Birth weight- and gestational age-specific sudden infant death syndrome mortality: United States, 1991 versus 1995.* Pediatrics 2000; 105: 1227-31.

26. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*, 2nd edition. Philadelphia (PA): Lippincott-Raven; 1998. p. 244.

27. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B et al. *Prevalence and predictors of the prone sleep position among inner-city infants.* JAMA 1998; 280: 341-6.

28. Schlaud M, Eberhard C, Trumann B et al. *Prevalence and determinants of prone sleeping position in infants: results from two cross-sectional studies on risk factors for SIDS in Germany.* Am J Epidemiol 1999; 150: 51-7.

29. Willinger M, Hoffman HJ, Wu KT et al. *Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States: the National Infant Sleep Position Study.* JAMA 1998; 280: 329-35.

30. Iyasu S, Hanzlick R, Rowley D, Willinger M. *Proceedings of "Workshop on guidelines for scene investigation of sudden unexplained infant deaths" July 12-13, 1993.* J Forensic Sci 1994; 39: 1126-36.

31. Jones AM, Weston JT. *The examination of the sudden infant death syndrome infant: investigative and autopsy protocols.* J Forensic Sci 1976; 21: 833-41.

32. Peterson DR, van Belle G, Chinn NM. *Epidemiologic comparisons of the sudden infant death syndrome with other major components of infant mortality.* Am J Epidemiol 1979; 110: 699-707.

33. VanEenwyk J, Washington State Dept of Health. *Type of certifier and autopsy rates for sudden infant death syndrome-Washington, 1980-1994.* MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1996; 45: 863-6.

34. Frost F, Tollestrup K, Starzyk P. *History of smoking from the Washington State death certificate.* Am J Prev Med 1994; 10: 335-9.

35. Lesko SM, Corwin MJ, Vezina RM et al. *Changes in sleep position during infancy: a prospective longitudinal assessment.* JAMA 1998; 280: 336-40.

36. Ottolini MC, Davis BE, Patel K, Sachs HC, Gershon NB, Moon RY. *Prone infant sleeping despite the "Back to Sleep" campaign.* Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 512-7.

37. Johnson CM, Borkowski MM, Hunter KE et al. *Infant sleep position: a telephone survey of inner-city parents of color.* Pediatrics 1999; 104: 1208-11.

38. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. *Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998: the National Infant Sleep Position Study.* JAMA 2000; 283: 2135-42.

39. *Estrategias para el estudio y prevención de la muerte súbita infantil en Europa.* Camarasa F, Pérez G. An Esp Pediatr 1993 Oct; 39 (S 55): 16-8.