
Factores de riesgo en el síndrome de muerte súbita del lactante y en el síndrome de muerte súbita e inesperada de la infancia: diferencias y similitudes

J. González de Dios^a, E. Fino^b

^aDepartamento de Pediatría. Hospital de Torrevieja. Universidad Miguel Hernández. Alicante, España.

^bServicio de Pediatría. Hospital José de San Martín. Carhué. Buenos Aires, Argentina.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10 Supl 1:S105-9

Javier Gonzalez de Dios, jgonzalez@torrevieja-salud.com

Referencia bibliográfica: Vennemann M, Bajanowski T, Butterfaß-Bahloul T, Sauerland C, Jorch G, Brinkmann B, et al. Do risk factors differ between explained sudden unexpected death in infancy and sudden infant death syndrome? *Arch Dis Child*. 2007;92:133-6.

Palabras clave en inglés: sudden infant death: etiology; sudden infant death: prevention and control.

Palabras clave en español: síndrome de muerte súbita del lactante: etiología; síndrome de muerte súbita del lactante: prevención y control.

Fuente original: González de Dios J, Fino E. Factores de riesgo en el síndrome de muerte súbita del lactante y en el síndrome de muerte súbita e inesperada de la infancia: diferencias y similitudes. *Evid Pediatr*. 2007;3:42.

Dirección electrónica del artículo: www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_2/2007_vol3_numero2.13.htm

Resumen estructurado

Objetivo: describir las causas del cuadro de muerte súbita e inesperada de la infancia (SUDI) con diagnóstico y comparar los factores de riesgo con los del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

Diseño: estudio de casos y controles en la población de tres años de duración (1998-2001).

Emplazamiento: dieciocho centros de 11 Estados de Alemania que, en el con-

texto del estudio GeSID (*German study on Sudden Infant Death*), aportaron todos los casos de muerte súbita e inesperada en niños, bien con diagnóstico (SUDI) o sin diagnóstico.

Población de estudio: cuatrocientos cincuenta y cinco niños fallecidos en forma súbita e inesperada según los criterios de inclusión (entre 7 y 365 días de vida y sin enfermedad preexistente de riesgo de para la vida) y en el que todos los casos

fueron sometidos a una autopsia protocolizada (incluyó histología, microbiología, virología y neuropatología). Como criterios de exclusión se consideraron los casos con sospecha de lesiones accidentales y no accidentales.

Evaluación del factor de riesgo: se analizaron variables maternas (edad, pareja, situación socioeconómica, número de nacimientos vivos previos, tabaquismo durante el embarazo) y variables del niño (peso de nacimiento, raza, posición para dormir, colecho, uso de almohada, alimentación al pecho en las dos primeras semanas de vida, utilización de chupete durante el último sueño y incremento de la temperatura de la habitación durante el último sueño).

Medición del resultado: un equipo multidisciplinario (formado por anatomopatólogo forense, histólogo, pediatra, microbiólogo y epidemiólogo) evaluó cada caso de muerte súbita e inesperada en la infancia, clasificándolo como SUDI o SMSL, y categorizándolo en cuatro grupos: G1: sin signos de enfermedad detectable, G2: enfermedad leve, G3: hallazgos más importantes, pero insuficientes como causa de muerte, G4: con diagnóstico de causa de muerte. Por cada caso de muerte súbita e inesperada se reclutaron tres controles equivalentes en edad, sexo, tiempo de sueño y región. La

comparación, entre los casos cuyos padres pudieron ser entrevistados en el grupo SIDS (n = 333) y SUDI (n = 40), se efectuó mediante regresión logística, con análisis uni y multivariante.

Resultados principales: de los 455 casos, 33 (7,3%) fueron asignados al G1, 278 (61,1%) al G2, 93 (20,4%) a la G3 y 51(11,2%) al G4 (corresponderían al grupo de SUDI, cuyo causa de muerte fue debida principalmente a infecciones generalizadas y bronconeumonía). No hubo diferencias significativas entre el grupo clasificado como SMSL y el grupo SUDI en edad, sexo, época del año y respuesta familiar a las encuestas estructuradas. Los factores de riesgo para SMSL y SUDI eran muy similares para ambas entidades, excepto la posición prona para dormir y la ausencia de alimentación al pecho las dos primeras semanas de vida. En el análisis multivariante la posición prona para dormir es un factor de riesgo mayor para SMSL (odds ratio [OR] ajustada: 7,16, intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 3,85 a 13,31), pero no para SUDI (OR ajustada: 1,71, IC 95%: 0,25 a 11,57); asimismo, la ausencia de alimentación al pecho en las primeras dos semanas un factor de riesgo para SMSL (OR ajustada: 2,37, IC 95%: 1,46 a 3,84) pero no para SUDI (OR ajustada: 0,39, IC 95%: 0,08 a 1,83).

Conclusión: la posición prona para dormir es el factor de riesgo con mayor significación estadística para SMSL, comparado en menor medida con la ausencia de la alimentación al pecho durante las dos primeras semanas. Estos factores de riesgo no son compartidos para los casos de SIDU. Otros factores de riesgo, como el tabaquismo materno durante el embarazo y la situación socioeconómica desfavorable, aunque sin significación estadística, se presentan como factores de riesgo compartidos en el SMSL y SUDI y que abren una ventana de oportunidad para intervenciones oportunas.

Conflicto de intereses: no existen.

Fuente de financiación: no consta.

Comentario crítico

Justificación: desde hace más de 15 años se vienen estudiando los factores de riesgo del SMSL en diversos estudios de casos y controles bien diseñado, habiendo reconocido como factores modificables más importantes: posición prona y lateral al dormir, tabaquismo materno durante la gestación, colecho, ausencia de lactancia materna y no uso del chupete. Tras el inicio de la campaña "ponle a dormir boca arriba" el SMSL ha sufrido una drástica disminución, si bien continúa siendo la principal causa de muerte en menores de un año en los países desarro-

llados y muchas de sus características epidemiológicas persisten, y son similares a las de la muerte súbita e inesperada (SUDI) en la infancia. Este estudio describe las causas de SUDI con diagnóstico y compara los factores de riesgo con el SMSL.

Validez o rigor científico: este estudio tiene un nivel de evidencia grado 3-b, con una fuerza de recomendación B (*Centre of Evidence Based Medicine, Oxford*), siendo una limitación del mismo el número relativamente pequeño de casos de SUDI (tal como reconocen los autores), provocado en parte por un 20 % de padres que no participaron en la encuesta (17,6% en el grupo SMSL y 21,6% en el grupo SUDI) y que limitaría el poder estadístico del estudio. Es una fortaleza el hecho de haber obtenido la historia del niño, y la entrevista con los padres, antes de ser clasificado como SMSL o SIDU, minimizando los sesgos de información. Los autores parecen conocer todos los determinantes del pronóstico de SMSL y los ajustan como variables para el análisis.

Interés o pertinencia clínica: el SMSL y el SIDU comparten factores de riesgo (incluyendo similar distribución etaria, pocas muertes antes del mes y luego del sexto mes de vida, mayor incidencia en niños de prematuros-bajo peso, problemas del

parto, baja edad materna, madres solteras o multíparas y de baja condición socioeconómica) y las únicas diferencias significativas, detectadas en el único estudio previo realizado sobre esta materia hasta la fecha (CESDI)¹, fueron: un pico de mortalidad a los dos meses, con distribución más uniforme posterior en SUDI; un mayor número de anomalías congénitas en SUDI (20% vs 8% en SMSL); y una mayor incidencia de tabaquismo materno durante el embarazo en SMSL (66% vs 49% en SUDI).

Este estudio concluye que la posición prona para dormir es un factor de riesgo mayor para SMSL, (pero no para SUDI), coincidiendo con estudios anteriores que demuestran que la combinación de posición prona o lateral para dormir, sumados a bajo peso de nacimiento, prematuridad y/o edad de 13 a 24 semanas de vida, potenciarían el riesgo de SMSL². Asimismo, concluye que la ausencia de alimentación al pecho las dos primeras semanas de vida es un factor de riesgo para SMSL, pero no para SUDI.

Los factores ambientales de riesgo relacionados con el sueño, como colecho, incremento de la temperatura de la habitación y uso de chupete, no mostraron diferencia significativa entre SMSL y SUDI,

si bien el uso de chupete parece reducir el riesgo de SMSL, especialmente disminuyendo la influencia de los factores de riesgo ambientales, relacionados con el sueño³, tal como ha sido analizado previamente en *Evidencias en Pediatría*⁴.

Aplicabilidad en la práctica clínica: la posibilidad de morir en el primer año de vida por SMSL (sin diagnóstico etiológico) o SUDI (con diagnóstico) está directamente relacionado con ciertos factores de riesgo, debiendo ser las familias educadas para reconocer estos factores de riesgo y las características del niño enfermo, que las lleven a una consulta oportuna, dado que al menos un episodio de aparente riesgo para la vida es experimentado con mayor frecuencia por niños que fallecen que en los controles (SMSL: 12% vs 3% controles; OR: 2,55, IC 95%: 1,02 a 6,41; SUDI con diagnóstico: 15% vs 4% controles; OR: 16,81, IC 95%: 2,52 a 112,30)⁵. Es útil reconocer en este estudio que describe las causas de SUDI con diagnóstico (mayoritariamente infecciosas) y confirma que la posición prona para dormir y la ausencia de alimentación al pecho son factores de riesgo para SMSL, pero no lo son para SUDI. Y que no se encuentran diferencias sobre otros factores ambientales.

Bibliografía

1. Leach CE, Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Berry PJ, et al.. Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. *Pediatrics*. 1999;104:e43.
2. Oyen N, Markestad T, Skaerven R, Irgens LM, Helweglarsen K, Alm B, et al. Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden infant death syndrome: the Nordic Epidemiological SIDS Study. *Pediatrics*. 1997; 100:613-21.
3. Li DK, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. 2006;332:18-22.
4. Balaguer A, González de Dios J. Usar el chupete al dormir reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. *Evid Pediatr*. 2006; 2:21.
5. Platt MW, Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Cole TJ, Leach CE, et al. A clinical comparison of SIDS and explained sudden infant death: how healthy and how normal? CESDI SUDI Research Group. Confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy study. *Arch Dis Child*. 2000;82: 98-106.

