
ACTUALIZACIÓN

Síndrome de muerte súbita del lactante. Conocer la realidad propia

Sudden Infant Death Syndrome. Knowing the own reality

Dra.: Norma Elena Rossato*

Resumen

La mortalidad infantil en Bolivia es la segunda más alta de Latinoamérica y el Caribe, con una gran diferencia entre distintas regiones del país. Los estudios sobre mortalidad muestran un sistema inadecuado de registros, embarazos mal controlados, partos domiciliarios, oportunidades perdidas de educación para la salud, falta de nivel de alarma, y respuesta inadecuada del sistema de salud. En este contexto, la muerte súbita del lactante podría tener alta incidencia y aunque no sea la primera causa de mortalidad infantil, comparte con las otras causas muchos de los factores de riesgo.

La instrumentación de campañas de disminución del riesgo, tiene que abarcar los aspectos propios de cada comunidad. Una visión antropológica de la medicina incluye a los líderes comunitarios, a las personas que atienden habitualmente los nacimientos domiciliarios y a la escuela como agentes de educación para la salud. Los profesionales de la salud, deben incorporar en su práctica diaria el tema de la disminución del riesgo de muerte súbita.

El objetivo de esta comunicación es enfocar las campañas de disminución del riesgo de muerte súbita del lactante, desde la perspectiva de la comunidad local. La disminución de la mortalidad por esta y otras causas es un compromiso de cada miembro de la comunidad, sus profesionales, instituciones intermedias y gubernamentales.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2013; 52 (2): 90-8: mortalidad infantil, síndrome de muerte súbita del lactante, factores de riesgo, campañas de salud.

Abstract:

Infant mortality in Bolivia is the second highest in Latin America and the Caribbean, with a difference between different regions of the country. Mortality studies show an inadequate system of records, poorly controlled pregnancies, home birth, missed opportunities for health education, lack of alarm level, and inadequate response of the health system. In this context, sudden infant death might have high incidence and although it is not the leading cause of infant mortality, shares with other causes, many of the risk factors.

The implementation of a risk reduction campaign has to cover specific community aspects. An anthropological view of medicine includes as agents of health education the community leaders, people who regularly attend home birth and the school. Health care providers should incorporate into their daily practice the issue of reducing the risk of infant sudden death.

The aim of this paper is to focus on sudden infant death syndrome reduction campaigns from the perspective of the local community. The decline in mortality from this and other causes is a commitment of every member of the community, professionals, non-governmental and governmental institutions.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2013; 52 (2): 90-8: infant mortality, sudden infant death syndrome, risk factor, health campaigns.

* Médica pediatra neonatóloga. Médica de planta del Servicio de Neonatología, Sanatorio de la Trinidad Palermo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Editora Asociada de Archivos Argentinos de Pediatría.

Correspondencia: Dra. Norma Rossato: nerossato@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar

Introducción

Cada año, en las Reuniones de Editores de Revistas Pediátricas del Cono Sur, los editores de Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y Argentina, compartimos experiencias, logros y dificultades. También es una oportunidad para interactuar con la comunidad pediátrica local, en el campo de la docencia y la investigación sobre temas de interés específicos de cada miembro.

En la XII Reunión de Editores, realizada en La Paz, Bolivia en noviembre de 2007, los editores participamos con médicos pediatras invitados por la Sociedad Boliviana de Pediatría, en un curso de actualización. Uno de los temas fue el síndrome de muerte súbita del lactante, desde el punto de vista teórico de la fisiopatología, epidemiología y formas de disminución del riesgo.

En encuentros posteriores surgieron otras inquietudes. Una fue analizar las dificultades para llevar los conceptos teóricos a la práctica diaria¹ y otra fue adaptar las recomendaciones universales a la realidad de cada comunidad en particular.

El objetivo de esta comunicación es enfocar las campañas de disminución del riesgo de muerte súbita del lactante, desde la perspectiva de la comunidad local.

Conceptos

Se considera muerte súbita de una lactante, la muerte de un niño menor de un año de edad, que no se puede explicar luego de una revisión completa de su historia clínica, el examen del lugar del hecho y una autopsia completa. El SMSL es la primera causa de muerte infantil en los países en desarrollo. Ocupa un lugar menos destacado en otros países, luego de las causas perinatales, malformaciones e infecciones².

No todas las muertes de niños menores de un año se consideran muerte súbita del lactante. Este es un diagnóstico por exclusión. Hay otras causas de muerte inesperada donde es posible encontrar la causa de

la muerte: enfermedad, error congénito del metabolismo, cardiopatía, intoxicación, sofocación o traumatismo, intencional o no. Entre las causas conocidas (y en aumento) de muerte inesperada, se encuentran las muertes por sofocación durante el sueño³.

Dado que se puede modificar la incidencia de muerte súbita o por sofocación, a través de medidas que disminuyen el riesgo de ocurrencia, es deseable conocer la situación en cada comunidad para implementar medidas adecuadas a la misma.

Diferencias poblacionales

En las últimas recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría de 2011, se muestra que la incidencia global de SMSL durante 2006 fue de 0,54‰, pero cuando se analizan los casos con respecto a diferentes etnias, para la población nativa fue de 1,19‰. Lo mismo con respecto a las muertes por sofocación: 0,13‰ en la población general, frente a 0,44‰ en la población nativa.

Estas diferencias tienen relación con aspectos genéticos, socioculturales, de control del embarazo, que hacen a algunas poblaciones más vulnerables.

Factores de riesgo y factores protectores

El SMSL se puede explicar por la falla del mecanismo del despertar ante la asfixia. Se produce cuando coinciden tres circunstancias al mismo tiempo. Esto es lo que se denomina hipótesis del triple riesgo, que fue publicada por Guntheroth en 2002⁴.

Para que se produzca la muerte súbita de un lactante tienen que coincidir un niño vulnerable (con disfunción o inmadurez del mecanismo del despertar), una etapa crítica del desarrollo (el primer año de vida) y un factor ambiental desfavorable (posición para dormir, calor, tabaco, sofocación).

El niño vulnerable es aquel que por factores genéticos, o por una alteración de su crecimiento y desarrollo intrauterino, tiene menor capacidad de respuesta del sistema nervioso autónomo que regula la

actividad cardio-respiratoria. La restricción del crecimiento intrauterino, el embarazo gemelar, la prematuridad, la exposición del niño al tabaco o a las drogas, se asocian al nacimiento de niños vulnerables.

El riesgo de muerte súbita es mayor en las poblaciones con menor nivel educativo y necesidades básicas insatisfechas. Estas características son frecuentes en los pueblos originarios donde se suma la diferencia de idioma, de costumbres, el rechazo a las prácticas o a la concepción de salud de la medicina occidental.

Con respecto a los aspectos genéticos, hay comunidades donde es más alta la incidencia del SMSL. Existen variaciones en los genes reguladores de la respuesta serotoninérgica⁵, aunque la mayor incidencia de muerte súbita en esas poblaciones podría estar justificada por condiciones sociales desfavorables (madre menor de 20 años, sin pareja estable, embarazo mal controlado, intervalo intergenésico corto), diferentes costumbres en la posición del niño para dormir, práctica de colecho, sobreabrigo, etc.

La etapa de la vida en que la disfunción del sistema nervioso autónomo es más marcada es el período comprendido entre los 2 y 6 meses de edad, pero las recomendaciones para disminuir el riesgo de muerte súbita, se extienden desde el nacimiento hasta el año de edad. Hay casos rotulados como muerte súbita en niños mayores de un año⁶.

Los factores ambientales adversos, son la posición prona o lateral para dormir, el ambiente caluroso, el sobreabrigo, la exposición al tabaco, los objetos sueltos o blandos dentro de la cuna.

Así como hay factores de riesgo, hay otros que son protectores como la lactancia materna y el uso del chupete durante todas las ocasiones de sueño^{7,8}.

Campañas para disminuir el riesgo del SMSL

Teniendo en cuenta los factores de riesgo y los protectores se han diseñado campañas para disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante. Las primeras

campañas datan de fines de los 80 y comienzos de los 90. En muchos países los resultados han sido diferentes según sus grupos étnicos y socioculturales. Cada 5 años, luego de una reunión internacional de evaluación de la campaña y de actualización sobre los avances en el conocimiento de esta entidad, se difunden nuevas recomendaciones, donde cada uno de los aspectos es tratado con el mayor detalle y la evidencia científica más sólida que avala cada recomendación.

Las últimas recomendaciones, después de la reunión de 2010 fueron clasificadas según el nivel de evidencia científica, tratando de abarcar la multiplicidad de los aspectos⁹. Ver cuadro # 1.

Situación en Bolivia

La primera pregunta es cuán importante es el SMSL como causa de mortalidad infantil en Bolivia. En 2005 Cordero Valdivia publicó su “Análisis de la evolución de la mortalidad de la niñez en Bolivia”¹⁰. Menciona que la tasa de mortalidad infantil es la segunda más alta de Latinoamérica y el Caribe. La leve mejoría observada en la última década, se debería entre otros motivos a una mejor atención materno-infantil, a estrategias de atención primaria (control de enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, lactancia materna, programa ampliado de inmunizaciones –PAI-) y al programa AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

El mayor descenso en la mortalidad infantil, se registró en la región de los valles y en la población rural. Los indicadores que se tomaron para tratar de explicar este descenso, son algunas conductas de la familia, como pedir ayuda en caso de enfermedad respiratoria, cumplir con las inmunizaciones, acudir al sistema de salud para el control del embarazo y el parto, y alimentar al niño con lactancia materna exclusiva.

Desde la implementación del Seguro Universal Materno Infantil, que data de 2002, ha mejorado el control prenatal, y los partos institucionales se du-

Cuadro # 1. Recomendaciones para la disminución del riesgo de muerte súbita del lactante

Nivel de evidencia	Recomendación
<p>Nivel A Evidencia científica buena y consistente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dormir en posición supina en todas las ocasiones. 2. Usar una superficie firme para dormir. 3. Se recomienda compartir la habitación pero no la cama. 4. Retirar de la cuna los objetos blandos y la ropa de cama suelta. 5. Las embarazadas deben recibir cuidado prenatal adecuado. 6. Evitar la exposición al tabaco durante el embarazo y luego del nacimiento. 7. Evitar la exposición al alcohol y a las drogas durante el embarazo y luego del nacimiento. 8. Se recomienda amamantar. 9. Considerar el uso del chupete en todas las ocasiones de sueño. 10. Evitar el sobrecalentamiento. 11. Dar las inmunizaciones de rutina. 12. No usar monitores cardio-respiratorios como estrategia para reducir el riesgo de muerte súbita. 13. Expandir la campaña poniendo mayor foco en el medio ambiente para un sueño seguro y en las maneras de reducir los riesgos de muerte relacionada con el sueño de los niños, incluyendo SMSL, sofocación y otras muertes accidentales; pediatras, médicos de familia y prestadores de atención primaria deben participar activamente en esta campaña.
<p>Nivel B Evidencia científica limitada</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. Administrar las inmunizaciones del calendario nacional. 15. Evitar los dispositivos comercializados para reducir el riesgo de SMSL. 16. Se recomienda la posición prona con el niño despierto, con supervisión, para facilitar el desarrollo y minimizar la aparición de la plagiocefalia posicional.
<p>Nivel C Evidencia basada en opinión de expertos y consensos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 17. Los profesionales de la salud, los que trabajan en las unidades de internación conjunta y terapia intensiva neonatal y los proveedores de cuidados infantiles, deben adherir a estas recomendaciones desde el nacimiento. 18. Los medios de comunicación y los fabricantes deben seguir estas guías para el sueño seguro en sus anuncios y recomendaciones. 19. Continuar la investigación y el seguimiento de los factores de riesgo, causas y mecanismos fisiopatológicos del SMSL y otras muertes relacionadas con el sueño de los lactantes, con el objetivo de eliminar completamente estas muertes.

plicaron del 25 al 54%. Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (END-SA) que se realiza cada 5 años¹¹.

En 2008, el mismo autor realizó otra investigación con el objetivo de conocer las causas biológicas y sociales de mortinatalidad y mortalidad neonatal; identificar la proporción de muertes evitables y analizar el proceso de cada muerte neonatal¹².

Si bien este trabajo se refiere a la etapa perinatal y neonatal, aparecen algunas características que pueden aplicarse al tema del síndrome de muerte súbita del lactante.

- a) En primer término, surge claramente que no hay registros confiables. Por razones culturales la muerte de un recién nacido muchas veces no se registra. Es probable que no suceda lo mismo con la muerte inesperada de un niño más grande.
- b) Se observa una gran diferencia entre la realidad de distintas regiones del país. En El Alto, donde habitan especialmente migrantes del área rural, los partos son domiciliarios, atendidos por parteras tradicionales. Sin la institucionalización del parto, se pierde una oportunidad de educar para la salud, que es un eslabón fundamental en las

campañas de disminución del riesgo de muerte súbita del lactante. Esto se podría compensar con la capacitación de las parteras tradicionales como agentes de educación para la salud.

- c) En tercer término, el peso de la mortalidad perinatal y neonatal sobre la mortalidad infantil es enorme. Las causas más importantes de estas muertes son la asfixia perinatal y las infecciones, que son muertes evitables en gran parte.
- d) También aparece una frecuencia elevada de trastornos hipertensivos del embarazo. Es conocido que la restricción del crecimiento intrauterino y la hipoxia crónica fetal, aumentan la vulnerabilidad del niño a la muerte súbita, por su menor desarrollo neurovegetativo y menor respuesta de micro despertar ante la asfixia.
- e) Mediante el método de la autopsia verbal, los autores trataron de identificar la causa de la muerte. La autopsia social investigó la evitabilidad de la muerte, es decir si ésta pudo ser evitada con la búsqueda oportuna de ayuda, control prenatal adecuado, cuidado del recién nacido en el hogar. Las fallas encontradas fueron la falta de percepción del problema para el caso de los mortinatos, y luego, la falta de búsqueda de ayuda fuera del hogar y el manejo inadecuado del personal de salud.

En síntesis, sistema inadecuado de registros, embarazos mal controlados, partos domiciliarios, oportunidades perdidas de educación para la salud, falta de nivel de alarma, respuesta inadecuada del sistema de salud.

En este contexto es de suponer que la muerte súbita del lactante debe tener alta incidencia en la población. Aunque no sea la primera causa de mortalidad infantil, comparte con las otras causas muchos de los factores de riesgo.

Leer entre líneas

Cuando se observan los resultados de la ENDSA 2008¹¹, no se encuentran datos específicos sobre muerte súbita del lactante. Sin embargo, hay mu-

chos datos de interés que tienen que ver con el tema y pueden ser útiles en el momento de pensar estrategias de disminución del riesgo. Veamos cuáles son los factores de riesgo que se identifican.

Aspectos negativos

1.- Bajo nivel de educación

A nivel nacional, el 23 por ciento de los hogares cuenta con una mujer como jefe del hogar.

El 14% de las mujeres entrevistadas afirmó no haber alcanzado nivel alguno de educación, más de dos veces el nivel en el caso de los hombres entrevistados (6%).

Casi la mitad de las mujeres como la mitad de los hombres (48 por ciento en los dos casos) se clasifican con primaria incompletas.

Las proporciones más altas de mujeres sin acceso a ningún medio de comunicación se registran entre las mujeres sin educación (18 por ciento), en el quintil más bajo (19 por ciento), en el área rural (11 por ciento) y en los departamentos de Potosí (10 por ciento) y Pando (12 por ciento).

2.- Tabaquismo

El 9 por ciento de las mujeres bolivianas en edad reproductiva fuma cigarrillos.

Fuman el 4% de las mujeres embarazadas y el 3% de las mujeres que están dando leche materna a sus bebés.

Un tercio (33 por ciento) de las mujeres embarazadas y el 44 por ciento de las mujeres que están lactando fumó entre 1 a 5 cigarrillos el día anterior a la encuesta.

3.- Embarazo en adolescentes e intervalo intergénésico corto

Las mujeres de 15 a 19 años constituyen el 12 y 13% de las madres en áreas urbanas y rurales respectivamente.

Los resultados confirman que la procreación en Bolivia es temprana: entre las mujeres en unión, el 68 por

ciento de las de 15-19 años y el 90 por ciento de las de 20-24 ya han tenido al menos un hijo o una hija.

Entre los nacimientos de madres de 15 a 19 años, casi 2 de cada 3 (65%) ocurren antes de que haya transcurrido dos años desde el nacimiento previo vivo.

Entre las adolescentes con educación primaria la fracción de alguna vez embarazadas (32%) es 8 veces más que en adolescentes con educación superior (4%). Entre las adolescentes del quintil inferior un 31% ha estado alguna vez embarazada, 4 veces más que entre las adolescentes del quintil más alto (8%).

4.- Mortalidad infantil asociada a lugar de residencia, nivel de educación, nivel socioeconómico e intervalo intergenésico

La tasa de mortalidad infantil es de 50%, una de las más altas de América. En el área rural es de 75% mientras que en el área urbana es 43%.

Los niños de madres sin educación tienen una probabilidad de morir durante el primer año de vida (107 por mil) tres y medio veces más que los hijos de madres con nivel de educación superior (24 por mil).

En hogares del quintil más bajo la probabilidad de morir en el primer año de vida (89 por mil) es más de dos veces que en el quintil más alto (26 por mil).

La tasa de mortalidad infantil para los nacimientos sucesivos espaciados por un tiempo inferior a dos años (105 por mil) es casi dos veces más que en nacimientos con intervalo intergenésico de 4 años o más (37 por mil).

Tanto los nacidos muertos como las defunciones neonatales muy tempranas son difíciles de identificar y es por ello que el cálculo de este indicador es complicado por falta de datos precisos. A esto se suma el hecho de no contar con un buen sistema de estadísticas vitales que proporcione información confiable.

5.- Falta de control prenatal adecuado

Un 10% de las embarazadas no tuvo atención prenatal. Un 52% de las madres sin educación tuvo cuidado prenatal suministrado por un médico, en compa-

ración con 97% en madres con educación superior. En el quintil de riqueza más bajo la proporción de mujeres que recibió atención prenatal brindada por un médico (48 por ciento) es la mitad de la proporción que recibió en el quintil más alto (95 por ciento). El 58 por ciento en el área rural, frente a 91 por ciento en el área urbana.

El 72 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la encuesta tuvo al menos cuatro controles prenatales, lo cual es concordante con la norma. Sin embargo, en el área rural esa proporción llega a sólo 60 por ciento, frente a 81 por ciento en el área urbana.

6.- Parto domiciliario

Del total de nacimientos vivos ocurridos en los cinco años previos a la encuesta, un 68 por ciento aconteció en establecimientos de salud —57 por ciento del sector público y 11 por ciento del sector privado— y un 32 por ciento tuvo lugar en domicilios.

Los niveles más altos de nacimientos en domicilio se presentan en hogares del quintil más bajo de riqueza (69 por ciento), en madres sin educación (65 por ciento), en nacimientos sin ningún control prenatal (76 por ciento), en el área rural (56 por ciento) y en el departamento de Potosí (52 por ciento).

7.- Falta de control postnatal

La proporción de mujeres cuyos hijos nacidos más recientemente no recibieron atención postnatal es más alta en mujeres sin educación, en los municipios de alta pobreza, en el quintil inferior de riqueza, en nacimientos de sexto orden y más, en el área rural y en el departamento de La Paz (superiores a 23 por ciento en todos estos casos).

Aspectos positivos

1.- Lactancia materna

La duración de la lactancia en Bolivia es una de las más altas de América Latina: alrededor de 19 meses. Entre los menores de 6 meses que viven con la madre el 98 por ciento es amamantado.

2.- Comunicaciones

El 87% de los hogares cuenta con aparatos de radio y el 91% con televisores. En el área rural el medio más común es la radio (82% de los hogares).

Individualmente, la radio es el medio de mayor accesibilidad, es escuchada por un 85 por ciento de las mujeres en edad fértil al menos una vez por semana.

¿Qué se puede hacer y cómo?

Se puede pensar en medidas a largo, mediano y corto plazo.

Las medidas a largo plazo que disminuyen la mortalidad infantil en todas sus formas, tienen que ver con mejorar el nivel de educación y socioeconómico de una población, fortalecer el sistema de salud, tener estadísticas vitales confiables. Estas son políticas institucionales. La comunidad detecta la falencia, la plantea a sus organizaciones intermedias y eleva propuestas a los niveles más altos de decisión. Las comunidades rurales son las que necesitan con más urgencia medidas de promoción.

Si bien tener estadísticas vitales confiables es una tarea compleja, como toda tecnología, es operador-dependiente. Es la persona (médico, enfermero, empleado de oficina pública, personal administrativo), quien tiene que preguntar, anotar con claridad y detalle cada dato. Es la primera y necesaria colaboración, accesible, inmediata y disponible desde el momento actual para tener algún día mejores datos y un conocimiento de la situación real.

Las medidas que pueden tener un impacto a corto y mediano plazo son las que pueden ser más accesibles a las organizaciones intermedias:

- Programas de cesación del tabaquismo.
- Educación sexual y planificación familiar.
- Control del embarazo.
- Capacitación de agentes para la atención del parto domiciliario y educación para la salud.
- Control pediátrico.

- Campañas de difusión para la disminución del riesgo del SMSL.

Con respecto a estas últimas, motivo del presente artículo, se pueden tener en cuenta los aspectos analizados anteriormente para pensar el contenido y la forma de hacer una campaña.

Es necesaria una visión antropológica de la medicina para comprender la importancia de las costumbres en el cuidado de los niños, el rol del médico nativo, de las mujeres que atienden los partos. El planteamiento intercultural requiere respeto mutuo, diálogo permanente y reconocimiento del valor de lo que el otro puede ofrecer¹³.

Los líderes comunitarios y las personas que atienden habitualmente los nacimientos domiciliarios son agentes naturales de difusión. Capacitarlos tiene un efecto multiplicador de cualquier medida sanitaria.

La radio puede ser un excelente medio para llegar especialmente a las regiones más vulnerables. Aunque se tenga un nivel mínimo de instrucción, se puede comprender un mensaje oral.

La escuela tiene que actuar como agente de salud. Desde los primeros años se deben introducir conceptos de educación para la salud. El adelanto de la vida sexualmente activa no permite posponer esta formación. Los médicos pediatras en colaboración con los docentes, no solo pueden educar al niño sino que a través de él, integrar a la familia en la incorporación de conceptos de salud.

Los profesionales de la salud tienen que incorporar en su práctica diaria el tema de la disminución del riesgo de muerte súbita. La sobrecarga de trabajo, el tiempo breve de la consulta, las barreras interculturales atentan contra la calidad de la atención médica. Pero también hay oportunidades perdidas. Cuando el parto es institucional la familia debe recibir conceptos básicos sobre la seguridad del sueño del niño en el hogar. Si se logra crear un vínculo con el sistema de salud, estos conceptos se repetirán en las visitas de control del niño sano.

Cuadro # 2: Recomendaciones para un sueño seguro durante el primer año de vida

Contenidos para la comunidad

1. Todos los niños menores de un año deben dormir en posición supina en todas las ocasiones, sobre una superficie firme, en la habitación de los padres pero no en la misma cama.
2. Ofrecer el chupete para dormir, luego de establecida una lactancia satisfactoria u otra forma de alimentación adecuada (en general luego de los 15 días). Si el niño lo acepta, considerar el uso del chupete en todas las ocasiones de sueño.
3. Retirar de la cuna los objetos blandos y la ropa de cama suelta.
4. Asegurar un ambiente de temperatura agradable y libre de tabaco, y evitar el sobrecalentamiento del niño por exceso de abrigo.
5. Colocar al niño en posición prona, cuando está despierto, con supervisión, para facilitar el desarrollo y minimizar la deformación posicional de la cabeza (plagiocefalia posicional).
6. Las embarazadas deben recibir cuidado prenatal adecuado y evitar la exposición al tabaco, al alcohol y a las drogas durante el embarazo.
7. Se recomienda amamantar, evitar la exposición al tabaco, al alcohol y a las drogas durante el amamantamiento.
8. Concurrir a los controles de niño sano y dar las inmunizaciones de rutina.
9. Compartir estas recomendaciones con todas las personas (en el hogar, la guardería) que cuidan del niño durante el sueño.

Contenidos para las instituciones

1. Difundir estas recomendaciones entre pediatras, médicos de familia y otros prestadores de atención primaria para que participen activamente en esta campaña.
2. Los profesionales de la salud, los que trabajan en las unidades de internación conjunta y terapia intensiva neonatal y los proveedores de cuidados infantiles, deben adherir a estas recomendaciones desde el nacimiento.
3. Los medios de comunicación y los fabricantes deben seguir estas guías para el sueño seguro en sus anuncios y recomendaciones.
4. Continuar la investigación y el seguimiento de los factores de riesgo, causas y mecanismos fisiopatológicos del SMSL y otras muertes relacionadas con el sueño de los lactantes.

Sin duda que la campaña debe ser adaptada al medio al que va dirigido. Ante la escasez de tiempo y recursos, el desafío es optimizar el uso de los mismos. Pocas palabras, las necesarias, las adecuadas. Algunas recomendaciones, que se consideren no apropiadas para el medio como la utilización de dispositivos de monitoreo, se pueden omitir.

Los contenidos básicos de la campaña se muestran en la primera parte del cuadro # 2 y en la segunda parte, figuran otros aspectos dirigidos a las organizaciones profesionales, a las instituciones donde se internan recién nacidos de riesgo y al estado (fiscalización de la industrialización y comercio de productos relacionados con el sueño de los niños).

En conclusión, la muerte súbita del lactante comparte con otras causas de mortalidad infantil algunos fac-

tores de riesgo. La instrumentación de campañas de disminución del riesgo, tienen que abarcar los aspectos propios de cada comunidad. La disminución de la mortalidad por esta y otras causas debe ser un compromiso de cada miembro de la comunidad, sus profesionales, instituciones intermedias y gubernamentales.

Referencias

1. Rossato NE. Síndrome de muerte súbita del lactante. De la teoría a la práctica diaria. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Clinicas_del_Sur/vol_3/pdf/clinicas%20del%20sur_03_4.pdf (Acceso 25-5-13)
2. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Technical report. *Pediatrics* 2011;128:e1341–e1367.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Sudden Unexpected Infant Death and Sudden Infant Death Syndrome. Disponible en: <http://www.cdc.gov/sids/> (Acceso 25-5-13).
4. Guntheroth WG, Spiers PS. The Triple Risk Hypotheses in Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics* 2002;110:e64.
5. Filonzi L, Magnani C, Nosetti L, Nespoli L, Borghi C, Vaghi M, Nonnis Marzano F. Serotonin transporter role in identifying similarities between SIDS and idiopathic ALTE. *Pediatrics* 2012;130:e138–e144.
6. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2011-Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf> (Acceso 25-5-13).
7. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe, KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103–110.
8. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116(5):2716–e723.
9. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Policy statement. *Pediatrics* 2011;128:1030–1039.
10. Cordero Valdivia D, Aguilar Liendo AM, Zamora Gutiérrez A. Análisis de la evolución de la mortalidad de la niñez en Bolivia. *Rev Soc Bol Ped* 2005;44(3):181–8.
11. Instituto Nacional de Estadística. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA 2008. Disponible en: <http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/312/Encuesta-Nacional-de-Demografia-y-Salud-ENDSA-2008.pdf?sequence=1> (Acceso 25-5-13).
12. Cordero Valdivia D, de Bocaletti E, Alvarado Cáceres R, Chávez E, Lic. Pooley B. Autopsia verbal: una herramienta para determinar las causas de mortinatalidad y mortinatalidad en la comunidad. *Rev Soc Bol Ped* 2008;47(3):144–54.
13. Fernández Juárez Gerardo. Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. 1ª Edición Ediciones Abya-Yala. Quito-Ecuador, julio 2004.