

# La Muerte Súbita del lactante

Joan Mora\*, Xavier Uriarte\*\*

\*Médico Naturista y Homeópata, \*\*Médico Naturista

SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. MORA J, URIARTE X.

Key words: SIDS. Stress. Prevention. Death. Mortality. Pediatrics.

English abstract: Sudden infant death syndrome (SIDS) is defined as a subit death of a baby without other pathological disorders. This syndrome is far more frequent in developed countries and is the first cause of mortality in infants less than 1 year, excluding perinatal mortality. Every year, 10000 infants die of it in Europe, 500 of them in Spain.

## Resumen

El SMSL es una enfermedad preocupante, propia de nuestra cultura moderna, producto de la interacción sinérgica de muchos factores que pueden interferir en el desarrollo y en la maduración biolétrica y neuroendocrina del lactante. Actualmente contamos con el conocimiento suficiente como para poder disminuir de manera significativa su incidencia.

**Palabras clave:** Multifactorial. Estrés. Bloqueo. Prevención.

## Introducción

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL), también conocido por las siglas inglesas SIDS (Sudden Infant Death Syndrome), se define clínicamente como la muerte repentina, inesperada y brusca del lactante aparentemente sano, en el cual una autopsia

rutinaria no permite identificar la causa última de su fallecimiento.

Este síndrome, aunque existe desde los albores de la Humanidad, se manifiesta con más frecuencia en los países desarrollados, en los que representa el primer motivo de muerte en lactantes de menos de un año, excluyendo el período neonatal inmediato. Su incidencia promedio es del 1,5-2 por 1000 nacidos vivos; cada año mueren en Europa alrededor de 10.000 lactantes y en España aproximadamente unos 500.

## Epidemiología

Desde que se celebró en 1963 la primera conferencia internacional sobre las causas del SMSL, se han realizado amplias, interesantes y diversas investigaciones para llegar a la conclusión que se trata de una enfermedad multifactorial que, actuando de manera sinérgica, podría crear las

condiciones para una alteración estructural y funcional del sistema nervioso central, con repercusión directa sobre el control de la función cardiorrespiratoria central y periférica.

La Comisión de Salud Pública de la Unión Europea propició en 1991 la creación del grupo europeo para la prevención de la muerte infantil<sup>1</sup>.

En el seno de la Asociación Española de Pediatría se constituyó, a finales de 1991, un grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita.

En la Liga por la Libertad de Vacunación (a raíz de los escandalosos y mediatizados acontecimientos del año 1993) se creó el grupo de seguimiento de las investigaciones sobre dicho síndrome<sup>2</sup>.

Con la suma de todos estos esfuerzos se han llegado a describir ya los factores que rodean al lactante en la apari-

ción de esta enfermedad de tan rápido desenlace.

## Circunstancias previas del lactante

En los diferentes estudios europeos realizados tras las muertes de los lactantes, se ha observado una serie de variables que se presentan con frecuencia y que tienen gran valor epidemiológico.

**1. Edad.** Se ha observado una máxima incidencia entre los 2 y 4 meses postnatales. Es poco común antes del primer mes o después del sexto. Resulta ser excepcional después del año.

**2. Reincidencia.** Las posibilidades incrementan en el caso de los gemelos o trillizos (20 veces mayor) y después los hermanos siguientes (10 veces mayor).

**3. Horario.** Dentro de la franja horaria, aparece frecuentemente entre las 24 y las 9 horas, es decir, durante el sueño nocturno.

**4. Climatología.** Es en la estación fría del invierno, entre los meses de diciembre, enero, febrero y marzo, cuando más muertes se producen.

Predomina en áreas de gran densidad demográfica, como las zonas urbanas.

Aparece con más frecuencia en los ambientes sobrecalentados por un exceso de abrigo o de calefacción, y en medios contaminados de humos y de tabaco.

**5. Geografía.** La incidencia es mayor en las sociedades desarrolladas e industrializadas, donde los hábitos de alimentación, de sueño y de contacto se han modificado cuantitativa y cualitativamente, sobre todo, en la segunda parte del siglo XIX<sup>3</sup>.

**6. Nivel socioeconómico.** Aparece con mayor frecuencia en familias monoparentales, con madres jóvenes, con un bajo poder adquisitivo, estudios primarios y adicción a ciertas drogas.

**7. Antecedentes obstétricos.** Se ha podido observar, por parte de la madre, historia de abortos previos, nacimientos de bajo peso y pretérmino, utilización de cesárea, frecuencia de la anestesia general, un test de Apgar bajo y falta de orientación en los cuidados postnatales<sup>4</sup>.

**8. Alimentación.** Se ha observado con mayor frecuencia entre las familias que no practican la lactancia materna.

El declive de la lactancia materna en España comenzó en la década de los 60, para presentar su máxima expresión en la década de los 80. A finales del siglo XIX la práctica natural materna inició una recuperación gradual sin llegar, en la actualidad, a las cifras consideradas satisfactorias<sup>5</sup>.

**9. Postura y Sueño.** La práctica de la postura prono o boca abajo utilizada desde hace un tiempo para prevenir los efectos de la regurgitación, se relaciona con la aparición de la muerte. Sin embargo, por sí sola no constituye suficiente argumento en la aparición de este síndrome<sup>6</sup>.

**10. Utilización de vacunas.** En el año 1987, ya se describieron casos de cambios eléctricos cardíacos de tipo taquicardia supraventricular paroxística tras la vacuna DTP.

Parece observarse que hasta el 3% de todos los lactantes vacunados con la DTP presentan alteraciones inespecíficas del E.C.G.

También se han descrito casos de muerte súbita tras la inmunización con la DTP, por el desencadenamiento de una reacción inmunitaria de tipo anafiláctico<sup>7</sup>.

Algunos estudios muestran que los niños mueren con una frecuencia ocho veces superior a la normal en el período comprendido en los tres días consecutivos después de la DTP<sup>8</sup>. Recordemos que en nuestro país, esta vacuna se daba a los 3, 5 y 7 meses. Aproximadamente, el 85% de los decesos suceden entre el 1º y 6º mes, con un pico máximo

entre el 2º y 4º mes. En un estudio realizado se midieron los episodios de apnea e hipoapnea antes y después de la inyección de DTP.

Los resultados mostraron que la vacuna puede producir un incremento extraordinario de las apneas y de las hipoapneas. Además, las alteraciones en el ritmo respiratorio se mantienen incluso meses más tarde<sup>9</sup>.

En otro estudio llevado a cabo sobre 103 lactantes muertos, se encontró que más de las 2/3 partes habían sido vacunados con la DTP poco antes de morir.

De éstos, un 6,5% murieron en las 12 horas siguientes a la vacunación, el 13% en las 24 horas siguientes, el 26% durante los 3 días siguientes, y el 37%, 61% y 70% en la primera, segunda y tercera semana, respectivamente<sup>10</sup>.

Diferentes estudios no solamente relacionarían estos cambios con las vacunas DTP, sino que este vínculo se haría extensible también a las vacunas de la tuberculosis, polio y hepatitis.

**11. Sincronización del ritmo madre-lactante.** Durante miles de años la lactancia materna, además de ser un alimento necesario para el desarrollo de la estructura y de la función cerebral, ha supuesto un vínculo de contacto y de regulación permanente en el primer año de vida entre la madre y el lactante.

De tal manera que, independientemente del hecho de dormir juntos o separados, la congestión mamaria ha supuesto un gran estímulo nocturno en el despertar de la madre y, por lo tanto, en el despertar y en el ritmo respiratorio del lactante.

Se podría decir que entre el ritmo de la lactancia materna y el ritmo cerebral del lactante se da un sincronismo, que se repite cada 2-3 horas.

Con la pérdida de la lactancia materna, con el largo sueño nocturno del lactante y con la desaparición del contacto

Este síndrome se manifiesta con mayor frecuencia en los países desarrollados

dérmico desaparecen unas variables de gran importancia en el proceso madurativo neuroendocrino del neonato.

12. Presencia de reflujo cardiosofágico y de espasmo esofágico. Estas situaciones se han relacionado con la presencia de arritmias cardíacas y apneas en los lactantes<sup>11</sup>.

## Patogenia, estrés y bloqueo

Actualmente se está en condiciones de lograr avances en la fisiopatología de la muerte súbita.

Según los hallazgos anatómopatológicos, neuroendocrinos, metabólicos en autopsias y bioeléctricos en vida, se puede afirmar que los cambios bioeléctricos, biomagnéticos, nutricionales, celulares y endocrinos que se suceden en el SMSL, son los propios del mecanismo del estrés<sup>12</sup>.

Este mecanismo actuaría bloqueando, a través de la disfunción hipotámica, la transmisión de la energía vital del lactante. Se puede manifestar mediante alteraciones bioeléctricas y magnéticas a nivel del sistema neuroendocrino, con claro incremento de la actividad vegetativa simpática y o parasimpática, y de la secreción de la hipófisis, además de un aumento de las catecolaminas, de la dopamina<sup>13</sup> y de opiáceos endógenos circulantes.

También se han observado modificaciones en el mesencéfalo y cambios apreciables en la actividad y en el ritmo cardiorrespiratorio.

Según estudios realizados, en alguno de los lactantes se han observado bajos niveles en sangre del lactante de minerales como el calcio, magnesio, cobre, hierro, cinc, selenio, y de vitaminas como la C, E y D.

En algunas muertes se han observado niveles altos en sangre de metales como el mercurio, níquel, plomo, y de nitratos.

## Medidas preventivas

Diversos estudios realizados han relacionado la aplicación de diversas medidas higiénicas con la disminución de la muerte súbita del lactante.

En 1983 se hizo público el Informe Sheffield en el que se describían algunas de las razones por las que en Gran Bretaña se redujo la mortalidad en el período 1973-76.

Entre los factores que se observaron, destacan en primer lugar, el aumento considerable de la lactancia materna y de los cuidados postnatales, incluida la asistencia domiciliar llevada a cabo por las comadronas; en segundo lugar, el aumento de la edad media de la madre, una disminución en el número de embarazos y de partos precipitados<sup>14</sup>.

En el año 1995 se publicaron los resultados de una campaña de prevención llevada a cabo en Gran Bretaña para reducir el riesgo de muerte súbita, basándose en cuatro recomendaciones: postura en decúbito supino, no fumar en la habitación, no permitir que el lactante tenga excesivo calor y avisar al médico si el recién nacido se encuentra mal.

Tras la aplicación de la serie de recomendaciones se observó que la mortalidad había descendido del 2,3/1000 en 1988 al 0,70/1000 en el 92<sup>15</sup>.

Con estas experimentaciones llevadas a cabo en estas últimas décadas, estaríamos en condiciones de afrontar con mayor serenidad y seguridad, este fenómeno sociosanitario que tanto sufrimiento ha generado en nuestra cultura.

El nacimiento natural, la disminución de las cesáreas, la lactancia materna, los cuidados postnatales dirigidos tanto al recién nacido como a los progenitores, el contacto corporal entre los padres y el lactante, la posición de descanso, la temperatura de la habitación, la contaminación del aire y de los alimentos, la vacunación masiva combinada, son factores a tener en cuenta a la hora de elaborar un programa de higiene y de prevención.

Son hábitos muchos de ellos modificables, que tras su aplicación y aprendizaje, pueden disminuir significativamente la incidencia de este síndrome.

No obstante, quedan aspectos todavía por investigar.

## Bibliografía

1. Camarasa F. Síndrome de la muerte súbita del lactante. *Revista Jano* 1997;53(1231):54-6.
2. Mora J, Uriarte X. Vacuna y muerte súbita: datos para una reflexión. *Revista Medicina Hospitalaria* 1994;36:135-6.
3. Camarasa F. Síndrome de la muerte súbita. *Revista Jano* 1997;52(1231):54-6.
4. Ceña Callejo R. Síndrome de muerte súbita del lactante: sistemas para identificar niños con alto riesgo. *An Esp Pediatría* 1993;39(2):105-10.
5. Uriarte X. Estudio epidemiológico y prevalencia de la lactancia materna de la población de Gerona en el período 1970-1980. Tesina de Licenciatura, 1988.
6. William C. Orr, PhD. Efecto de las fases del sueño y de la posición sobre la incidencia de apnea obstructiva y central en lactantes. *Pediatrics* (ed.es.) 1985;19(5).

7. Cruz M. Complicaciones y contraindicaciones de las vacunas. *Monografía vacunas. Revista Jano* 1987;33: 34-6.

8. Fine, Chen. Confounding in studies of adverse reactions to vaccines". *American Journal of Epidemiology* 1992;136:21-35.

9. Viera Scheibnerova, Leif-Karlsson. Association Between Non Specific Stress Syndrome, DTP inyecciones and Cot death". 2nd. Immunisation Conference, Canberra, Australia: 1991; May 27-29.

10. Torch WC. DTP inmunización: a potencial cause of the sudden infant-death syndromes. *American Academy of neurology, 35 th Annual Meeting, Apr. 23-May 1, 1982. Neurology* 32 (4):2.

11. Pérez Fontán J. MD. Espasmo esofágico asociado con apnea y bradicardia en un lactante. *Pediatrics* (ed.es.) 1984; 17(1).

12. Uriarte X. El Estrés postvacunal. Libro Inmunidad o Vacunas. 1ª edición. Editorial Martorell, 1998.

13. Perrin DG. Síndrome de muerte súbita infantil: aumento del contenido en dopamina y noradrenalina del corpúsculo carotideo. *The Lancet* (ed. esp.) 1985;6(1).

14. Carpentier RG. Evaluación del Sheffield Intervention Programme. *The Lancet* (ed. esp) 1983;3(2).

15. Carvajal A. Vacuna DTP y síndrome de muerte súbita del lactante: un metaanálisis. *Medicina Clínica* 1996;106(17).