

Prevencción del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

Actividad

- Recomendar hábitos de prevencción SMSL en la población general (anexo 1).
- Identificar niños de riesgo de padecer SMSL (anexo 2).
- En niños de riesgo aconsejar monitorización durante el sueño (anexo 3).
- Prevenir la plagiocefalia posicional colocando al niño en decúbito prono cuando esté despierto y supervisado por un adulto (anexo 4), dar información a los padres (anexo 5).

Población diana

Lactantes menores de 6 meses.

Periodicidad

En los controles de salud de los 6 primeros meses de vida.

Definición

- Se define muerte súbita del lactante como el fallecimiento inesperado y repentino de un niño menor de 1 año de edad, aparentemente sano, al que no se encuentra explicación después de una investigación minuciosa, incluyendo autopsia, examen del lugar de fallecimiento y revisión de sus antecedentes clínicos. La incidencia es 1-3/1.000 recién nacidos vivos.
- Se define episodio aparentemente letal como una apnea de aparición brusca acompañada de cambios en la coloración de la piel (generalmente cianosis o palidez y

Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

más raramente enrojecimiento o plétora), cambios en el tono muscular (hipotonía o hipertonia) y una sensación en el observador de producirse una muerte inmediata del niño.

Justificación

Aunque de causa desconocida, se conocen factores de riesgo cuya modificación ha reducido la incidencia un 50%.

Anexos

Anexo_1: Hábitos de prevención SMSL en la población general

- Poner al niño boca arriba, al menos hasta los 6 meses de edad.
- Desaconsejar el hábito tabáquico de la madre y del padre, antes, durante y después del embarazo.
- Recomendar la lactancia materna.
- Acostarle sobre una superficie rígida. Evitar almohadas.
- No desaconsejar el uso del chupete durante el primer año de vida si ya lo utiliza y está establecida adecuadamente la lactancia materna.
- Evitar el arropamiento excesivo del lactante, especialmente si tiene fiebre, cuidando no cubrirle la cabeza. Mantener una temperatura agradable en la habitación (idealmente de 20 y 22 °C).

Anexo_2: Población de riesgo de SMSL

- Antecedente de episodio aparentemente letal.
- Recién nacido con pausas de apnea idiopáticas.
- Apnea grave del nacido pretérmino.
- Hermano fallecido de SMSL.
- Riesgo de muerte repentina de causa conocida: malformaciones importantes de la vía aérea superior, displasia broncopulmonar grave, cuadros neurológicos o cardiológicos con apnea o arritmias, reflujo gastroesofágico grave asociado a patología pulmonar o neurológica.

Anexo_3: Monitorización durante el sueño en la población con riesgo de SMSL

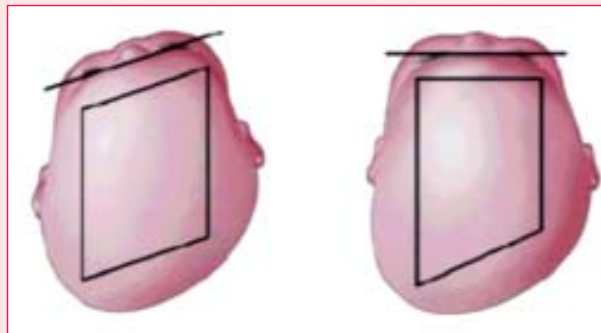
- En grupos de riesgo se aconseja monitorización durante el sueño. El sistema más utilizado es el de la impedancia torácica. En caso de incluirse al niño en un programa de monitorización domiciliaria, es necesaria la colaboración estrecha entre los profesionales que atienden al niño en Atención Primaria, los técnicos y los responsables del programa en el hospital de referencia.

Anexo_3 continuación

- La supresión de la monitorización se suele realizar entre los 6 y 12 meses de edad, si en los 2 meses previos no hubo apneas reales. En los hermanos de víctimas del SMSL, se retirará siempre al menos un mes después de la edad en que falleció el hermano. La supresión de la monitorización crea una gran ansiedad en la familia, por lo que deberemos prepararla con suficiente antelación.
- En general, la monitorización domiciliar es conflictiva y puede generar gran ansiedad a la familia, por lo que no se debe imponer nunca.
- No hay datos concluyentes que prueben la efectividad de los programas de monitorización a domicilio.

Anexo_4: **Prevención del moldeamiento occipital posicional (plagiocefalia)**

La plagiocefalia posicional puede ser diagnosticada rápida y fácilmente observando la forma de la cabeza del niño. Se debe mirar la cabeza desde el vértex. Desde este punto se aprecian bien los aplanamientos occipitales, así como la posición de los pabellones auriculares y de los arcos zigomáticos, se observa la plagiocefalia posicional típica que dibuja un paralelogramo.



Además del aplanamiento occipital unilateral, puede haber un abombamiento frontal y parietal, prominencia de los arcos zigomáticos y desplazamiento anterior de la oreja del mismo lado del occipucio aplanado.

Diferencias de la forma de la cabeza vista desde el vértex

- En la plagiocefalia posicional (figura izquierda) se produce una deformidad en forma de paralelogramo. En la sinostosis lambdoidea unilateral (figura derecha) se produce una forma trapezoidal de la cabeza.
- El examen de la cara puede detectar otras anomalías como desviación y aplanamiento contralateral. También debe realizarse una valoración de los movimientos cervicales para confirmar o descartar la presencia de tortícolis.

Anexo_4 continuación

Para la prevención y tratamiento de la plagiocefalia posicional tenemos a nuestra disposición distintas herramientas:

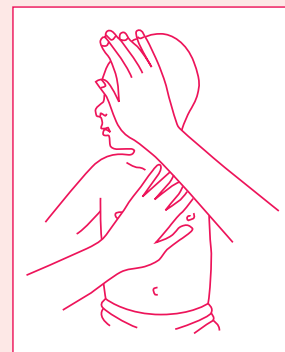
1. Cambios posturales

- Para prevenir la deformidad, se debe aconsejar a los padres desde el periodo neonatal, momento en el cual el cráneo es más maleable, colocar al bebé en posición supina para dormir, pero alternando posiciones de la cabeza en la cuna.
- **“Dormir boca arriba, jugar boca abajo”**. Cuando el bebé esté despierto y pueda ser observado, debe pasar un tiempo en posición decúbito prono (podemos ayudarnos con un rulo de toalla o pelota de tejido bajo el pecho y los brazos del lactante).

Una vez se desarrolla la plagiocefalia deformativa, utilizar las mismas estrategias preventivas para minimizar la progresión.

2. Ejercicios de estiramiento del cuello (si existe contractura de los músculos)

- La presencia de tortícolis perpetúa la posición de la cabeza sobre el lado aplanado y puede provocar mayor deformidad facial. Es preciso reeducar los músculos del cuello para conseguir su máxima movilidad. Se enseñarán los ejercicios correctores de la tortícolis a los padres, que deberán realizarlos con cada cambio de pañal y por lo menos 3 repeticiones para cada ejercicio:
 - **Ejercicio hombro-mentón:** se coloca una mano sobre el tórax superior del niño y la otra mano rota la cabeza de este de forma suave, de manera que el mentón haga contacto con el hombro. Se mantiene en esta posición durante 10 segundos. Después la cabeza se rota hacia el lado opuesto y se mantiene durante el mismo tiempo.
 - **Ejercicio oreja a hombro:** se moviliza la cabeza de manera que la oreja del niño toque su hombro. Nuevamente, se mantiene esta posición durante 10 segundos y se repite en el lado opuesto.



3. Tratamiento ortésico: cuando no hay una respuesta adecuada a los ejercicios modeladores se utilizan cascos de remodelación craneal.

Anexo_4 continuación

4. Cirugía: no suele ser necesaria si se realizan las recomendaciones anteriores. Se debe considerar la derivación a neurocirugía cuando existan dudas diagnósticas, una deformidad muy importante, una constante progresión o falta de mejoría.

Anexo_5: Información para padres y familiares sobre el moldeamiento de la cabeza posicional

Durante las primeras 6 semanas de vida, los niños pueden tener una forma anormal de la cabeza debido a su paso por el canal del parto. Pasado este tiempo la cabeza suele recuperar un aspecto normal.

En los niños las deformidades de la cabeza más frecuentes son las posturales. En estas deformidades, las suturas (los huesos que forman el cráneo están unidos por un tejido que forma las suturas y que les permite estar flotando para dejar al cerebro crecer durante los primeros meses de vida) están abiertas, permitiendo que el cerebro crezca sin que la deformación produzca ningún daño.

La causa de estos cambios en la forma de la cabeza es la presión ejercida sobre los huesos del cráneo durante el embarazo y en otras ocasiones por partos difíciles, tortícolis o en la mayoría de las veces por dormir siempre sobre el mismo lado. Es en estas ocasiones cuando frecuentemente la parte posterior de la cabeza del niño (región occipital) comienza a aplanarse bien en un lado o en los dos. Esta deformación puede también acompañarse de un adelantamiento del pabellón auricular del mismo lado, así como también de la frente e incluso de la mejilla.

¿Qué hacer para evitarlas?

Cambios posturales en la cuna.

¿Y para mejorarlas?

Se debe realizar una serie de sencillas medidas que en la gran mayoría de los casos van a curar al niño:

- Poner juguetes en el lado contrario al “plano” para que gire la cabeza.
- Colocar la cuna de tal forma que al niño se le estimule y hable desde el lado contrario al aplanado.
- Levantar el colchón poniendo una toalla o sábana hecha un rollo entre el propio colchón y el somier para inclinarlo.
- Permitir que el niño juegue sobre su “barriguita” durante los primeros 3-4 meses, siempre en presencia de los padres para fortalecer los músculos cervicales.