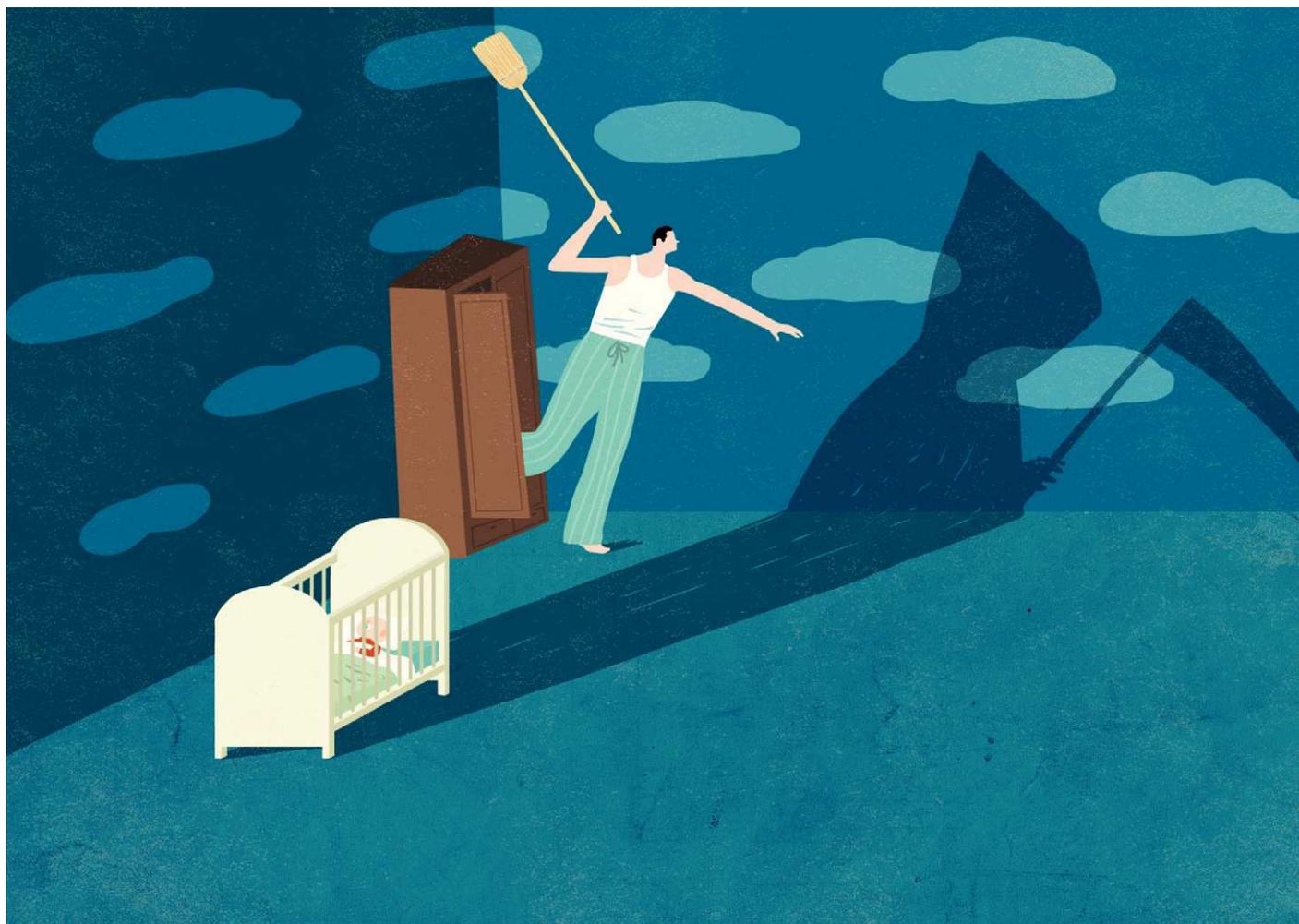


Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

JAVIER SÁNCHEZ RUIZ-CABELLO, LUIS CARLOS ORTIZ GONZÁLEZ Y GRUPO PREVINFAD

Centro de Salud Zaidín Sur. Granada. España
jsanchezrc@meditex.es; jsanchezrc@gmail.com



Puntos clave

- Para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es importante evitar la posición de prono durante el sueño. El decúbito supino para dormir es la postura más segura y claramente preferible al decúbito lateral. Cuando el lactante esté despierto, puede permanecer en prono con vigilancia.
- La cuna en la habitación de los padres constituye el lugar más seguro para el bebé. Conviene evitar los colchones blandos, las sábanas sueltas, los almohadones, los colgantes al cuello y cualquier otro objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño. Se recomienda evitar también el arropamiento excesivo del lactante, cuidando de no cubrirle la cabeza.
- No es recomendable que los padres fumadores compartan la cama con el bebé. Hay que aconsejar a los padres que no permitan que nadie fume delante del bebé.
- La lactancia materna es un factor protector del SMSL.

Introducción

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) se define como «la muerte súbita de un lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso que incluya autopsia completa, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica»¹. Se trata de un diagnóstico sindrómico al que se llega por exclusión y que es probable que tenga diferentes etiologías.

Aunque se han invocado un defecto en la autorresucitación durante el sueño y la reinhalación del aire espirado como posibles causas, no hay aún evidencia suficiente para admitirlas definitivamente. Actualmente, entre otras muchas, se estudian como posibles causas: factores genéticos, procesos inflamatorio-infecciosos en conjunción con alteraciones del sistema inmunitario, etc. Estos factores, interactuando con factores ambientales específicos aún no bien conocidos, podrían aumentar la susceptibilidad a SMSL.

Epidemiología

EL SMSL constituye la primera causa de muerte posneonatal (entre el primer mes y el año de vida) en los países desarrollados, supone un 40-50% de dicha mortalidad y dicha frecuencia varía geográficamente.

Desde el inicio de las campañas preventivas educacionales acerca del SMSL, iniciadas en torno a 1994, la prevalencia descendió de 1,37 por 1.000 nacidos vivos en 1987 a 0,57 en 2002 en Estados Unidos². Similares descensos se han apreciado en otros países.

En los últimos años las tasas de prevalencia del SMSL se han estabilizado en la mayoría de los países, por lo que persiste un fondo de preocupación por encontrar nuevos factores de riesgo y disminuir su prevalencia.

Hay un predominio del sexo masculino, con aproximadamente un 50% de sobretasa respecto del femenino. La máxima incidencia se produce entre los 2-3 meses de edad y son poco frecuentes los casos antes de las 2 semanas y después de los 6 meses. La gran mayoría de los casos ocurren entre la medianoche y las 9 de la mañana, por lo que se ha supuesto que acontecen durante el sueño. Predominan los casos ocurridos en los meses fríos y húmedos (doble incidencia) respecto de los cálidos y secos.

Factores de riesgo asociados al síndrome de muerte súbita del lactante

Factores relacionados con la madre

1. Cuidados prenatales y control de la gestación: existe una disminución del riesgo de SMSL de aquellos lactantes cuyas madres han seguido un adecuado control del embarazo³.

2. Lactancia materna: se ha probado la asociación de la lactancia materna como factor protector de SMSL^{4,5}. La lactancia materna debe prolongarse al menos hasta los 6 meses, ya que la gran mayoría de muertes súbitas aparecen en este periodo.

3. Compartir la cama-colecho y la cohabitación⁶: compartir habitación sin compartir cama disminuye el riesgo de SMSL. La cuna del bebé debe ser emplazada en la habitación de los padres, cerca de la cama de estos.

Hay estudios que relacionan el riesgo de SMSL y el compartir cama con los padres. Hay situaciones en las que el riesgo al compartir la cama aumenta: fumador habitual⁷, padres consumidores habituales de ciertos medicamentos (antidepresivos, ansiolíticos), alcohol o drogas, padres en situación de extremo cansancio, etc.

En una revisión exhaustiva⁸ sobre colecho, lactancia y SMSL, se encuentra el colecho como una práctica beneficiosa para la lactancia y se concluye que, bien practicado, evitando factores de riesgo, apenas guarda relación con la muerte súbita del lactante. Como alternativa al colecho, ante la presencia de alguna situación de riesgo, es recomendable la práctica de cohabitación con la cuna del bebé cercana a la cama de los padres.

4. Existe un riesgo incrementado de SMSL tras exposición prenatal y posnatal a alcohol o drogas⁹.

5. Tabaquismo materno: constituye un factor de riesgo tanto durante gestación o periodo posnatal, como el tabaquismo pasivo.

6. Factores socioeconómicos y demográficos: se ha relacionado el SMSL con el bajo nivel socioeconómico y nivel de educación, madres adolescentes o menores de 20 años y paridad superior a tres.

Factores relacionados con el niño

1. Antecedente de hermano fallecido por SMSL¹⁰.

2. Prematuridad y bajo peso al nacer¹¹: se confirma en los estudios una asociación inversa significativa entre el SMSL y el peso al nacer, sobre todo por debajo de 2.500 g.

Factores ambientales

1. Postura del lactante en la cuna: es el principal factor de riesgo modificable^{12,13}. El decúbito prono durante el sueño se ha asociado fuertemente con el SMSL en múltiples estudios. Los hallazgos son muy consistentes y se repiten independientemente del tiempo y la situación geográfica. Refuerza esta hipótesis la disminución de la incidencia de SMSL en aquellos países que han seguido la recomendación de poner a los lactantes en decúbito supino.

El decúbito lateral también presenta mayor riesgo que el decúbito supino, por lo cual no se considera seguro y no se recomienda.

El decúbito supino aumenta la frecuencia de plagiocefalia¹⁴. Por ello, debe recomendarse el prono bajo supervisión cuando el bebé esté despierto, así como cambios posturales frecuentes en la cuna.

2. Ambiente del dormitorio: determinadas variables del ambiente en el cual duerme el lactante influyen en el riesgo de SMSL.

– Superficie de descanso blanda: constituye un factor de riesgo consistente para el SMSL en varios estudios casos-control, especialmente si se combina con la posición prono¹⁵. Deben usarse siempre superficies firmes: los colchones deben ser firmes y mantener su forma incluso cuando sean

colocadas las sábanas, de modo que no haya espacios entre el colchón y la baranda de la cuna.

– Otros accesorios sueltos: mantas, edredones y almohadas también aumentan el riesgo de SMSL, independientemente de la postura para dormir¹⁶.

– Arropamiento excesivo y sobrecalentamiento en la cuna: el sobrecalentamiento se ha asociado con mayor riesgo, especialmente si la cabeza queda cubierta (*head covering*). Generalmente, se aconseja una temperatura de 20 a 22 °C y evitar el arropamiento excesivo. La «cabeza cubierta»¹⁷ es un factor de riesgo modificable importante asociado a SMSL: en una revisión sistemática sugirió que evitando la «cabeza cubierta» se podría reducir una cuarta parte de SMSL.

3. Uso del chupete al dormir¹⁸: el chupete durante sueño tiene un efecto protector del SMSL con fuerte correlación, calculándose una muerte evitable por cada 2.733 niños. El mecanismo no está claro.

4. Inmunización, y calendario vacunal¹⁹: no se ha apreciado relación entre las vacunaciones y el SMSL. De hecho la

evidencia sugiere que la inmunización puede tener un efecto protector contra el SMSL.

Actividades preventivas

La AAP recomienda incluir en la prevención de SMSL la formación del personal sanitario, aportar información antes del alta del recién nacido y la difusión de la información mediante campañas (material impreso y audiovisual) con la participación de profesionales sanitarios²⁰⁻²³. También es importante seguir avanzando en la investigación de SMSL.

Consejos para toda la población: evitar factores de riesgo modificables

La imposibilidad de identificar prospectivamente a las futuras víctimas del SMSL nos obliga a actuar sobre aquellos factores de riesgo que sean vulnerables a la acción preventiva (fig. 1 y tabla 1). Con los conocimientos que actualmente tenemos sobre el problema, pueden recomendarse los siguientes consejos preventivos:

Tabla 1²⁰. Resumen y nivel de evidencia de las recomendaciones

Recomendaciones de nivel A

- Posición en decúbito supino para dormir
- Uso de superficie firme para dormir
- Compartir habitación (*room-sharing*) sin compartir cama (*bed-sharing*)
- Mantener objetos blandos y ropa de la cama suelta fuera de la cuna
- Atención y cuidados prenatales regulares a mujeres embarazadas
- Evitar exposición al tabaco durante embarazo y después del nacimiento
- Evitar consumo de alcohol y drogas durante embarazo y después del nacimiento
- Recomendar lactancia materna
- Considerar ofrecer un chupete a la hora de la siesta y la hora de acostarse
- Evitar exceso de calor
- No usar monitores cardiorrespiratorios a nivel domiciliario como estrategia para reducir el riesgo de SMSL
- Expandir a nivel nacional campañas para reducir los riesgos de SMSL, incluyendo una mayor atención a un ambiente seguro para dormir y las maneras de reducir los riesgos de todas las muertes infantiles relacionadas con el sueño, entre el SMSL, la asfixia, y otras muertes accidentales. Pediatras, médicos de familia, y todo personal sanitario deben participar activamente en esta campaña

Recomendaciones de nivel B

- Vacunación de los niños de acuerdo a las recomendaciones de los calendarios vacunales vigentes, recomendaciones de las asociaciones de pediatría y de los centros de control y prevención de enfermedades
- Evitar los dispositivos comerciales comercializados para reducir el riesgo de SMSL
- La postura despierto boca abajo, supervisada, se recomienda para facilitar el desarrollo y reducir al mínimo el desarrollo de la plagiocefalia posicional

Recomendaciones de nivel C

- Los profesionales de la salud, personal de salas de recién nacidos y UCIN, y proveedores de cuidado infantil deben hacer suyas las recomendaciones para la disminución del SMSL desde el nacimiento
- Los medios de comunicación y los fabricantes deben seguir las directrices del sueño seguro en sus mensajes y la publicidad
- Continuar con la investigación y la vigilancia de los factores de riesgo, causas y mecanismos fisiopatológicos del SMSL y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño, con el objetivo final de eliminar por completo estas muertes

Estas recomendaciones están basadas en los niveles de recomendación de la US Preventive Services Task Force (www.uspreventiveservicestaskforce.org/USPSTF/grades.htm).

Nivel A: las recomendaciones están basadas en una buena y consistente evidencia científica (es decir, hay hallazgos consistentes en, al menos, 2 estudios caso-control bien diseñados, una revisión sistemática o un metaanálisis). Existe alto grado de certeza que el beneficio neto es importante y la conclusión es poco probable que se vea fuertemente afectada por los resultados de futuros estudios.

Nivel B: las recomendaciones están basadas en una evidencia científica limitada o inconsistente. La evidencia disponible es suficiente para determinar los efectos de las recomendaciones sobre los resultados de salud, pero la confianza en la estimación se ve limitada por factores tales como el número, el tamaño o la calidad de los estudios individuales o los hallazgos inconsistentes entre los estudios individuales. A medida que más información esté disponible, la magnitud o la dirección del efecto observado podría cambiar, y este cambio puede ser lo suficientemente grande como para alterar la conclusión.

Nivel C: las recomendaciones están basadas principalmente en el consenso y la opinión de expertos.

SMSL: síndrome de la muerte súbita del lactante; UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales.

Adaptada de la tabla de recomendaciones del Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, octubre 2011). Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/12/peds.2011-2284.full.pdf+html>

1. *Postura del lactante durante el sueño:* evitar la posición en prono durante el sueño desde el periodo neonatal hasta el año de vida, pero especialmente hasta los 6 meses de edad. *La posición más adecuada es el decúbito supino.* El decúbito lateral es inestable y muchos de los niños colocados así acaban en prono. *Esta es la recomendación principal.*

A pesar de que en decúbito supino los lactantes duermen algo menos y tienen más despertares y más prolongados durante la noche, es la postura que debe recomendarse. Solo por una indicación médica específica (reflujo gastroesofágico severo, malformaciones craneofaciales de la vía aérea superior) puede recomendarse el decúbito prono.

Una vez el lactante está despierto, este puede permanecer en decúbito prono con vigilancia, aunque el tiempo exacto no está establecido.

Efectividad: las campañas para evitar el decúbito prono durante el sueño en los lactantes producen una disminución del 30 al 50% en la tasa de mortalidad por SMSL en todos los países donde se ha conseguido disminuir drásticamente la prevalencia de esta postura. Por otra parte, el decúbito supino o lateral no ha mostrado ningún otro peligro asociado (muertes por aspiración u otras causas), lo que ha hecho que se extendiera la recomendación de evitar el prono en los países con alta tasa de mortalidad por SMSL.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: en estudios de casos-controles: *odds ratio* [OR] = 2,3-13,1 respecto de la postura en prono²¹. Nivel A de recomendación²⁰.

2. *Desaconsejar fuertemente el tabaquismo,* muy especialmente a la madre desde el comienzo de la gestación y también después.

Especialmente debe desaconsejarse a los padres fumadores que compartan la cama con el bebé. Igualmente, alcohol y drogas quedan totalmente desaconsejados durante la gestación y después.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: el tabaquismo materno se asocia como factor independiente al SMSL (OR ajustada de 2,92)²⁴, aunque no se conoce la efectividad exacta preventiva del consejo antitabáquico a la madre. Nivel A de recomendación²⁰.

3. La cuna en la habitación de los padres constituye el lugar más seguro: debe evitarse el compartir cama (*bed-sharing*), en situaciones de riesgo como: extremo cansancio, consumo de ciertos medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos...), padres fumadores, etc.

La decisión del colecho en bebés amamantados (que puede ser beneficiosa para la lactancia materna), debe ser decisión de los padres, convenientemente informados.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: en metaanálisis: OR de colecho frente a no colecho 2,89²¹. Nivel A de recomendación (compartir dormitorio evitando colecho)²⁰.



Figura 1. Consejos para reducir el riesgo de muerte súbita infantil. Tomado de: <http://enfamilia.aeped.es/prevencion/consejos-para-reducir-riesgo-muerte-subita-infantil>.

4. Superficie firme para dormir: deben evitarse los colchones blandos o de lana, almohadones y cojines, objetos blandos, colgantes al cuello y cualquier otro objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño, como cintas o cordones en las inmediaciones de la cuna. Deben usarse sábanas ajustables y ropa de cama específica.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: hay estudios que muestran un aumento de 5 veces el riesgo de SMSL en superficies blandas, llegando hasta 21 veces (intervalo de confianza del 95%, 7,8-56,2) si se combina con posición prono²¹. Nivel A de recomendación²⁰.

5. Evitar sobrecalentamiento: mantener en la habitación una temperatura adecuada (de 20 a 22 °C) y evitar el arropamiento excesivo (generalmente, basta con no más de una capa que un adulto usaría para estar cómodo), especialmente si el niño tiene fiebre. Para evitar el «*head covering*», poner al lactante a los pies de la cama y la manta hasta el pecho bien remetida (fig. 2).

Grado de evidencia y nivel de recomendación: nivel A de recomendación²⁰.

6. Promoción de la lactancia materna: recomendar la lactancia materna al menos los 6 primeros meses es un factor protector claro frente al SMSL.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: metaanálisis muestra OR = 0,55²¹. Nivel A de recomendación²⁰.

7. Chupete: en virtud a la asociación clara que demuestra que el uso chupete puede ser un factor preventivo en la SMSL, es prudente, al menos en una primera fase, *no rechazar el uso del chupete para el sueño durante el primer año*.

La creencia de que el chupete interfiere con la lactancia materna y produce problemas de maloclusión dental no está suficientemente demostrada.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: metaanálisis muestra OR de 0,71 (uso habitual de chupete) y OR = 0,39 (uso de chupete durante el sueño)²¹. Nivel A de recomendación²⁰.

8. Aconsejar control adecuado de la gestación y periodo perinatal: las mujeres embarazadas deben recibir cuidados periódicos y controles prenatales ya que se asocian a una reducción del riesgo de SMSL.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: nivel A²⁰.

9. Inmunizaciones: cumplir el calendario vacunal vigente: la vacunación parece disminuir el riesgo de SMSL.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: nivel B de recomendación²⁰.

Medidas específicas para la población de alto riesgo

10. No evidencia de la utilidad de monitorización a domicilio: no existe evidencia (estudios casos controles y prospectivos) de que el uso generalizado de monitores cardiorrespiratorios (usados en domicilio para detectar episodios de apnea, bradicardia, hipoxia) disminuyan la incidencia de SMSL, tanto en hermanos como en lactantes con episodios aparentemente letales (EAL).

La monitorización podría ser evaluada para determinados lactantes, en situaciones especiales, pero no debe usarse de rutina²⁵.

Efectividad: no hay datos concluyentes que prueben la efectividad de los programas de monitorización a domicilio para prevenir el SMSL, incluso con una utilización óptima de la técnica. Tampoco se dispone de ningún método suficientemente discriminativo para identificar a los lactantes que realmente son de alto riesgo.

Grado de evidencia y nivel de recomendación: nivel A de recomendación de la no utilización de monitorización como estrategia para la prevención del SMSL²⁰.

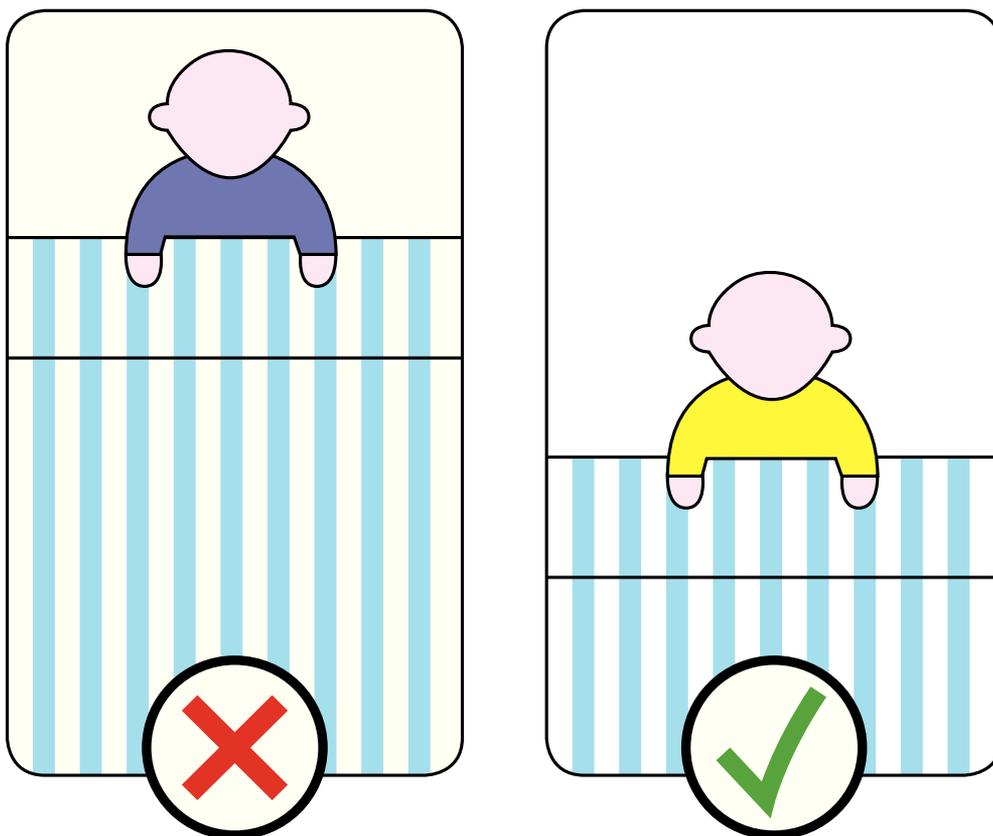


Figura 2. Posición «feet to foot». En esta posición los pies del bebé deben estar en la parte inferior de la cuna, la manta no debe sobrepasar el pecho del bebé y debe estar bien fijada, remetida, alrededor del colchón de la cuna.

Bibliografía



● Importante ● ● Muy importante

1. Beckwith J. Defining the sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:286-90.
2. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep.* 2004;53:1-116.
3. Getahun D, Amre D, Rhoads GG, Demissie K. Maternal and obstetric risk factors for sudden infant death syndrome in the United States. *Obstet Gynecol.* 2004;103:646-52.
4. Hauck FR, Thompson J, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann M. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;128:103-10.
5. Sánchez Ruiz-Cabello J. Revisor. Perlinfad, las perlas de PrevInfad [blog en Internet]. Lactancia materna y reducción del riesgo de SMSL [14 Abril 2009] [citado 19-04-2012]. Disponible en: <http://perlinfad.wordpress.com/>
6. Horsley T, Clifford T, Barrowman N, Bennett S, Yazdi F, Sampson M, et al. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161:237.
7. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, Stewart AW, Ford RP, Thompson JM, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. *New Zealand Cot Death Study Group. BMJ.* 1993;307:1312-8.
8. Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, Paricio Talayero JM, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT, et al. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;14:53-60.
9. Kandall SR, Gaines J, Habel L, Davidson G, Jessop D. Relationship of maternal substance abuse to subsequent sudden infant death syndrome in offspring. *J Pediatr.* 1993;123:120-6.
10. Hunt CE. Sudden infant death syndrome and subsequent siblings. CHIME Steering Committee. Collaborative Home Infants Monitoring Evaluation. *Pediatrics.* 1995;95:430-2.
11. Malloy MH, Hoffman HJ. Prematurity, sudden infant death syndrome, and age of death. *Pediatrics.* 1995;96:464-71.
12. Li DK, Pettiti DB, Willinger M, McMahon R, Odouli R, Vu H, et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997-2000. *Am J Epidemiol.* 2003;157:446-55.
13. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet.* 2004;363:185-91.
14. Turk AE, McCarthy JG, Thorne CH. The «Back to sleep campaign» and deformational plagiocephaly: is there cause for concern? *J Craniofac Surg.* 1996;7:12-8.
15. Mitchell EA, Scragg L, Clements M. Soft cot mattresses and the sudden infant death syndrome. *N Z Med J.* 1996;109:206.
16. Wilson CA, Taylor BJ, Laing RM, Williams SM, Mitchell EA. Clothing and bedding and its relevance to sudden infant death syndrome: further results from the New Zealand Cot Death Study. *J Paediatr Child Health.* 1994;30:506.
17. Sánchez Ruiz-Cabello J. Revisor. Perlinfad, las perlas de PrevInfad [blog en Internet]. HEAD COVERING, un nuevo factor de riesgo asociado a SMSL [01 Nov 2008] [citado 20 Abril 2012]. Disponible en: <http://perlinfad.wordpress.com/>

18. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics.* 2005;116:e716-23.
19. Venneman MM, Höffgen M, Bajonowski T, Hense HW, Mitchell EA. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine.* 2007;25:4875.
20. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics.* 2011;128:1030-9.
21. ● ● Corwin MJ. Sudden infant death syndrome: Risk factors and risk reduction strategies. [Monografía en Internet]. UpToDate 2012 [accedido 5 Abril 2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies>
22. ● ● Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). 2.ª ed. Madrid: Editorial Ergon; 2003. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/libro-blanco-muerte-subita-lactante-smsl>
23. ● Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shift, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics.* 2005;116:1245-55.
24. Taylor JA, Sanderson M. A reexamination of the risk factors for the sudden infant death syndrome. *J Pediatr.* 1995;126:887-91.
25. Strehle EM, Gray WK, Gopiseti S, Richardson J, McGuire J, Malone S. Can home monitoring reduce mortality in infants at increased risk of sudden infant death syndrome? A systematic review. *Acta Paediatr.* 2012;101:8-13.

Bibliografía recomendada

Corwin MJ. Sudden infant death syndrome: Risk factors and risk reduction strategies. [Monografía en Internet]. UpToDate 2012 [accedido 5 Abril 2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies>

Concreta, completa y hasta la fecha la más actualizada revisión del tema, aportando datos de la evidencia científica disponible. Muy buena selección bibliográfica con referencias bien escogidas.

Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics.* 2011;128:1030-9.

Constituye la más reciente de las revisiones sistemáticas llevadas a cabo por grupos de expertos de la AAP. Es concreta y clara. Aporta un resumen de los factores de riesgo y las principales recomendaciones preventivas, con la utilidad de aportar una tabla con los niveles de evidencia.

Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. Libro blanco de la muerte súbita del lactante (SMSL). 2.ª ed. Madrid: Editorial Ergon; 2003. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/libro-blanco-muerte-subita-lactante-smsl>

Excelente y exhaustiva revisión del tema por el grupo de la AEP, que es actualizado y revisado continuamente. Se podría decir que es el libro de texto de referencia en español para quien quiera profundizar en el estudio del SMSL.