



Artículo Valorado Críticamente

## **La reducción del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante por la lactancia materna persiste durante el primer año de vida**

Juan Pablo Chalco Orrego. Pediatra libre. Correo electrónico: jpcho33@yahoo.com

Raúl Alberto Rojas Galarza. Unidad de Emergencia. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima. (Perú).

Correo electrónico: ralroga@yahoo.es

Términos clave en inglés: sudden infant death; risk factors; breastfeeding; case-control studies

Términos clave en español: muerte súbita del lactante; factores de riesgo; lactancia materna; estudios de casos y controles

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2009

Fecha de aceptación: 15 de mayo de 2009

Fecha de publicación en Internet: 1 de junio de 2009

Evid Pediatr. 2009; 5: 47

doi: vol5/2009\_numero\_2/2009\_vol5\_numero2.15.htm

### Cómo citar este artículo

Chalco Orrego JP, Rojas Galarza R. La reducción del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante por la lactancia materna persiste durante el primer año de vida. Evid Pediatr. 2009; 5: 47

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009\\_numero\\_2/2009\\_vol5\\_numero2.15.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009_numero_2/2009_vol5_numero2.15.htm)

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-09. Todos los derechos reservados. ISSN : 1885-7388

## La reducción del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante por la lactancia materna persiste durante el primer año de vida

Juan Pablo Chalco Orrego. Pediatra libre. Correo electrónico: jpcho33@yahoo.com

Raúl Alberto Rojas Galarza. Unidad de Emergencia. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima. (Perú).

Correo electrónico: ralroga@yahoo.es

**Referencia bibliográfica:** Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2009; 123: e406-10.

### RESUMEN

**Conclusiones de los autores del estudio:** la lactancia materna redujo el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) en un 50%, en todas las edades de la infancia. Se recomienda que se incluya el consejo de la lactancia materna durante el primer semestre de vida, como medida para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

**Comentario de los revisores:** de acuerdo con este estudio de casos y controles bien diseñado y con análisis de supervivencia, parece razonable incluir a la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida, dentro de las recomendaciones para reducir el riesgo de SMSL.

**Palabras clave:** muerte súbita del lactante; factores de riesgo; lactancia materna; estudios de casos y controles

**Reduction of risk from sudden infant death syndrome owing to breastfeeding continues through first 12 months of age**

### ABSTRACT

**Authors' conclusions:** breastfeeding reduced the risk of sudden infant death syndrome (SIDS) by 50% at all ages throughout infancy. We recommend including the advice to breastfeed through six months of age in sudden infant death syndrome risk-reduction messages.

**Reviewers' commentary:** according to this well designed case control study with survival analysis, it seems reasonable to include breastfeeding during the first six months of age, among the messages to reduce the risk of SIDS.

**Keywords:** sudden infant death; risk factors; breastfeeding; case-control studies

### Resumen estructurado:

**Objetivo:** examinar la asociación entre la lactancia materna y el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

**Diseño:** estudio de casos y controles basados en la población.

**Emplazamiento:** entre noviembre 1998 y octubre 2001 en 11 de los 18 estados federales de Alemania.

**Población de estudio:** el Estudio Alemán de Muerte Súbita del Lactante enroló a 333 casos con diagnóstico de SMSL y 998 controles apareados por edad. Respondieron el 82,4% de las familias de los casos y el 58,7% de los controles. Los controles fueron reclutados de la misma oficina de registro civil donde se registraron los casos y nacieron cuatro a seis semanas después que los casos; así los controles tuvieron la misma edad que los casos ( $\pm 2$  semanas) al momento de la entrevista. Si más de tres familias aceptaron participar, los tres controles con la mejor edad fueron reclutados. Se realizó la autopsia de todos los casos según un protocolo estandarizado, con una revisión para cada caso por el mismo grupo de expertos de SMSL. Se aplicó un cuestionario detallado a los padres en el domicilio, por encuestadores entrenados. El tipo de alimentación fue recogido retrospectivamente por cada mes de vida hasta la muerte (casos) o la fecha de referencia (controles).

**Evaluación del factor riesgo:** se definieron tres catego-

rias de alimentación, lactancia materna (LM) exclusiva, parcial y con fórmula infantil. Se recogieron además datos de tabaquismo materno en el embarazo, situación familiar de la madre, edad materna en el parto, estado socioeconómico de la familia, nacidos vivos previos, peso al nacer del lactante, lecho compartido la última noche, uso de almohada en la cuna, calefacción adicional durante el último sueño, posición al dormir y uso de chupete en el último sueño.

**Medición del resultado:** el tipo de alimentación infantil se recogió retrospectivamente a las dos semanas y al mes de edad y en el último mes de vida o el mes anterior a la entrevista para los controles. Se realizó análisis univariante y multivariante mediante regresión logística condicional. Se usó un análisis de supervivencia para comparar los casos de SMSL con los controles, utilizando la duración de la LM como variable de resultado. El control de posibles variables de confusión se realizó mediante regresión de Cox.

**Resultados principales:** a las dos semanas de edad, el 49,6% de los casos de SMSL estuvieron con LM comparado con el 82,9% de los controles con una odds ratio ajustada (ORa) de 0,43, [intervalo de confianza del 95% (IC95%): 0,27 a 0,69]. Al mes de edad un 39% de los casos de SMSL recibieron LM exclusiva comparado con el 71,9% de los controles (ORa 0,48; IC95%: 0,28 a 0,82). En el mes previo a la muerte o la entrevista solo el 9,3% de los casos

y el 35,5% de los controles recibieron LM exclusiva (ORa 0,27; IC 95%: 0,13 a 0,56) y la LM parcial tuvo una ORa de 0,29 [IC 95%: 0,16 a 0,53]. En el análisis de supervivencia mediante regresión de Cox, la duración de la LM, tanto exclusiva como parcial, mostró un efecto significativo, tras controlar el efecto de otras covariables.

**Conclusión:** la reducción de alrededor del 50% de la mortalidad por SMSL por la LM continúa mientras se mantiene ésta. Debido a que el 73% de lactantes murieron antes de los seis meses, parece aconsejable recomendar que la LM continúe hasta los seis meses de edad, momento en el que el riesgo de SMSL disminuye.

**Conflicto de intereses:** no existe.

**Fuente de financiación:** el Ministerio Federal Alemán para la Ciencia y la Educación desde 1998 al 2003. El Profesor Mitchell fue apoyado por la Fundación de Investigación del Niño Sano de Nueva Zelanda.

### Comentario crítico:

**Justificación:** el SMSL continúa siendo una de las primeras causas de muerte en menores de un año, a pesar de las constantes campañas para disminuir su incidencia, sobre todo en países desarrollados. No existe una teoría única de causalidad, confirmándose su naturaleza multifactorial<sup>1</sup>. Sin embargo, un factor protector descrito en muchas publicaciones como la LM, ha sido objeto de debate constante en las últimas décadas, siendo descartada inicialmente de muchas guías<sup>1</sup> por su efecto dispar, pero incluida finalmente en la mayoría de ellas<sup>2</sup>, más por su potencial beneficio que por su efecto demostrado<sup>3</sup>. Este trabajo quiere analizar el efecto de la duración de la LM en la disminución del SMSL y fortalecer el mensaje de su probable efecto protector.

**Validez o rigor científico:** estudio de casos y controles poblacional, escogidos adecuadamente, con criterios de inclusión y exclusión definidos y aunque no se haya mencionado un cálculo muestral, el tamaño no parece que afecte sus conclusiones. Además se buscaron factores de riesgo conocidos y potenciales. Se realizó análisis de supervivencia ajustado por factores de confusión, que resultó coincidente con el análisis de regresión logística, aunque considerando el carácter retrospectivo del estudio, no podemos asegurar un control completo de factores socioeconómicos asociados a SMSL en ambos análisis. En este sentido, el trabajo carece de información sobre los resultados matemáticos de los modelos predictivos, ofreciendo exclusivamente las estimaciones ajustadas de riesgo de la LM. Debe advertirse que la duración de la LM ha sido empleada como variable de resultado, en el análisis de supervivencia, sin tener en cuenta en dicho contraste el tiempo de supervivencia de los casos.

**Importancia clínica:** existen dos metanálisis realizados del efecto de la LM sobre el SMSL, el primero con 23 trabajos publicados hasta 1997<sup>4</sup> con un OR cruda de 0,47 (IC95%: 0,37 a 0,60) pero con algunos problemas metodológicos que impidieron un análisis multivariante. El segundo metanálisis<sup>5</sup>, un poco más exigente, analizó

solo seis trabajos publicados hasta 2006 (que incluyó los resultados de este trabajo ya publicados anteriormente de manera general) y encontró una OR ajustada de 0,64 (IC95%: 0,51 a 0,81) resultados muy similares a los publicados nuevamente por estos autores, pero que no exploran la relación temporal de la LM y el SMSL.

**Aplicabilidad en la práctica clínica:** aunque no tenemos información sobre la reproducibilidad de estos resultados en otros entornos, teniendo en cuenta los beneficios generales de la LM, resulta aceptable su aplicabilidad en nuestro medio. Por ello, parece razonable incluir definitivamente a la LM, ya sea de forma exclusiva o parcial, dentro de las recomendaciones para reducir el riesgo del SMSL, sobretodo en los primeros seis meses de vida.

**Conflicto de intereses de los autores del comentario:** no existe.

### Bibliografía:

- 1.- Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116: 1245-55.
- 2.- Department of Health. Publications policy and guidance. Reduce the risk of cot death (2009 edition) [en línea] [fecha de consulta: 28-4-2009]. URL disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4123625](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4123625).
- 3.- Comité en Síndrome de muerte súbita del lactante de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE). Consenso para la reducción del riesgo en síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) [en línea] [fecha de consulta: 28-1-2009]. URL disponible en: <http://www.aeped.es/gepmsl/protocolos/protocolo8.pdf>.
- 4.- McVea KL, Turner PD, Peppler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact*. 2000 ;16:13-20.
- 5.- Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007. [en línea] [fecha de consulta: 28-1-2009]. URL disponible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>.