

Gradu amaierako lana
Literaturaren errebisio kritikoa

Sehaska-heriotza aztertzen, osasun-profesionalon erantzukizuna

Gasteizko Erizaintza Unibertsitate Eskola

Egilea: Annie Urbina Pescador

Data: 2023/04/24

Hitz kopurua: 5786

AURKIBIDEA

SARRERA	3
MARKO KONTZEPTUALA ETA JUSTIFIKAZIOA	4
HELBURUA	8
METODOLOGIA	9
EMAITZAK ETA EZTABAIDA	11
FAKTORE ALDAEZINAK	11
1. <i>Bularreko haurrarekin erlazionatuta</i>	11
2. <i>Gurasoekin erlazionatuta</i>	12
3. <i>Inguruneko baldintza eta baldintza sozioekonomikoekin erlazionatuta</i>	13
FAKTORE ALDAGARRIAK	15
1. <i>Loarekin erlazionatuta</i>	15
2. <i>Alkohola, tabakoa eta bestelako drogekin erlazionatuta</i>	17
3. <i>Jaio aurreko zaintzarekin erlazionatuta</i>	18
4. <i>Edoskitzearekin erlazionatuta</i>	18
ONDORIOAK ETA INPLIKAZIOAK	19
BIBLIOGRAFIA	21
ERANSKINAK	24
I. ERANSKINA: KONTZEPTU TAULA.....	24
II. ERANSKINA: BILAKETA TAULA.....	26
III. ERANSKINA: IKERKETA KUANTITATIBOKO AZTERKETAREN IRAKURKETA KRITIKOA.....	30
IV. ERANSKINA: FLUXU DIAGRAMA.....	35
V. ERANSKINA: LABURPEN TAULA.....	36
VI. ERANSKINA: ZUHAITZ KATEGORIALA.....	47

SARRERA

Marko kontzeptuala eta justifikazioa: Bularreko haurren bat-bateko heriotza sindromea (*“Sudden infant death syndrome”*-SIDS ingelesez), urtebete baino gutxiagoko haurretan bat-batean gertatzen den ustekabeko heriotzari deritzo; hau da, haurraren historia klinikoaren berrikuspenaren, heriotza-gertaeraren azterketaren eta autopsiaren ikerketa zabala egin ostean, azaldu ezin den heriotza. SIDS oihartzun ikaragarriko fenomeno da, hedatuta dagoena mundu osoan zehar; 2019. urtean 27.685 heriotza zenbatu zirelarik mundu mailan. Sindromea jaioberrien heriotza berantiarren kausa nagusietako bat da, herrialde garatuetan haurren heriotza-tasaren %40 eta %50 arteko prebalentzia duelarik. SIDS-ak, gaur egun oraindik kausa ezezaguna badu ere, jatorrian multifaktoriala dela uste da. Horrela, literaturan zabalduen dagoen hipotesiaren arabera, **Arrisku Hirukoitza**, sindromea hiru arrisku faktore gainjartzen direnean gertatzen da: **haur zaugarria, garapen-aldi kritikoa eta ingurumenaren estresore exogenoa.**

Helburua: Bularreko haurren bat-bateko heriotza sindromea gertatzeko arrisku faktoreak zeintzuk diren identifikatzea.

Metodologia: Bilaketarekin hasi aurretik, hitz gakoak, sinonimoak eta datu-baseen deskriptoreak identifikatu ziren, gaztelaniaz zein ingelesez. Horrela, hizkuntza kontrolatua (deskriptoreak) konbinatuz, bilaketa-ekuazioak sortu ziren, datu-basearen arabera birformulatu zirenak, iragazkiak gehituz (adina eta hizkuntza). Artikuluen bilaketak hainbat datu-basetan (Medline, Ciuden, Lilacs, Pyscinfo, Cinahl, Embase, Cochrane) egin ziren, Myathens izeneko plataforma birtualaren bidez. Bestalde, eskuzko bilaketak ere egin ziren Journal of Pediatrics bilaketa-motorraren bidez. Hautaketa prozesua egin eta gero, artikuluen irakurketa kritikoa burutuz, 17 artikulu hautatu ziren.

Emaitzak: Emaitzak 17 artikulu kuantitatiboetan jasotako informazioan oinarrituta daude. Hauek aztertu ondoren, faktore aldagarriak eta aldaezinak topatu dira, hauen arteko konbinaketak daudelarik, SIDS arriskua areagotuz zenbat eta faktore gehiago egonez gero. Aldaezinen artean, haurrarekin (etnia, sexua, jaiotza-pisua, adina, adin gestazionala, jaiotza anitzak eta ordena), gurasoekin (etnia, adina, aurretiko haurdunaldiak, hezkuntza maila) eta inguruneko baldintza eta baldintza sozioekonomikoekin erlazionatuta daudenak eragina dutela ikusi da. Aldagarriei dagokionez, ordea, loarekin, jaio-aurreko zainketekin, alkohola, tabakoa eta bestelako drogekin eta edoskitzearekin lotuta daudela aurkitu da.

Ondorioak: berrikusitako informazioaren arabera, SIDS-ean eragina duten faktoreak anitzak dira; aldagarrien gainean esku hartzeak egin daitezkeelarik, eta aldaezinak biztanleria identifikatzeko laguntzen dutelarik. Horregatik, etorkizunean arrisku-faktoreak aztertzen jarraitzeko ikerketak egitea gomendatzen da, tasak murrizten laguntzeko edo sindromea erabat desagerrarazteko. Horrez gain, termino bakar bat adostu behar da, diagnostikatzeko orduan aldakortasunari bidea ez ematearren.

Hitz gakoak: bularreko haurrak, bat-bateko heriotza, arrisku faktoreak, prebentzioa, bularreko haurren bat-bateko heriotza sindromea

MARKO KONTZEPTUALA ETA JUSTIFIKAZIOA

Bularreko haurren bat-bateko heriotza sindromea (“*Sudden infant death syndrome*”-SIDS ingelesez), urtebete baino gutxiagoko haurretan bat-batean gertatzen den ustekabeko heriotzari deritza; hau da, haurraren historia klinikoaren berrikuspenaren, heriotza-gertaeraren azterketaren eta autopsiaren ikerketa zabala egin ostean, azaldu ezin den heriotza. Esan bezala, heriotza mota hau, 24 ordu lehenago gertatuko denik ez da aurreikusten, haurrak ez baititu kausa mediko ezagunik^{1,2,3}.

Historikoki, sindromeari “sehaska-heriotza” ere esan zaio. Antzinatik datorren kontzeptua da. Heriotza, ustekabeko itolarri, gainjartze edo itotze gisa azaldu da; edo, gutxienez, azalpen bat ematen saiatu da, azken hau garai eta zibilizazioaren arabera aldatuz. Mesopotamiar kulturaren, esaterako, beldur ziren Lamashtu jainkosa gauetz zelatan egongo ote zen haurtxoak suntsitzeko aukera izateko. Babilonian, bat-bateko haurren heriotza Labartu deabru jainkoari egozten zitzaion. Are gehiago, SIDS-en lehen deskribapena ez dago aldizkari zientifiko batean, Biblian baizik (“Eta gau batean emakume honen semea hil egin zen, bere gainean etzan zelako”)^{4,5}.

2021ean, ustekabeko heriotza haurtzaroan (SUDI, “*sudden unexpected death in infancy*” ingelesez) terminoak, SIDS kontzeptua ordezkatu du⁶. SUDI-k haur baten ustekabeko heriotzari egiten dio erreferentzia, normalean loaldian gertatzen dena, non heriotza kausa argirik ez dagoen. Kontzeptu hau, funtsean, ikerketa sailkapen bat da, heriotzaren kausa hasieran agerikoa ez diren baldintzei dagokiona. Hortaz, SIDS terminoarekin batera, SUDI-k beste kategoria motak ere barne hartzen ditu: heriotza baino lehen aitortzen ez diren infekzioak edo anormaltasun anatomikoak edo garapenekoak, lo-istripuak—arriskutsuak diren lo-inguruneen ondorioz—, eta gerora aurkitutako ustekabeko lesioak^{3,7}.

SIDS oihartzun ikaragarriko fenomeno da, hedatuta dagoena mundu osoan zehar. 2019. urtean, esaterako, 27.685 heriotza zenbatu ziren mundu mailan². Sindromea jaioberrien heriotza berantiarren kausa nagusietako bat da, herrialde garatuetan haurren heriotza-tasaren %40 eta %50 arteko prebalentzia duelarik^{3,13}. Gainera, haurren heriotza-tasaren hirugarren kausa da mundu mailan, gaixotasun perinataleta sortzetiko malformazioen ondoren. Europan, 2005-2015 urteen artean, urtebetetik beherako haurren heriotzen %9,7-a SIDS-en ondorioz eman ziren, bizirik jaiotako 100.000 biztanleko 34,9ko intzidentziarekin³. Azkenik, 2021ean, Espainian, Estatistikako Institutu Nazionalaren (INE) arabera, 44 haur hil ziren haurren bat-bateko heriotzaren ondorioz. Intzidentzia 2020koa baino txikiagoa da (56), eta, orokorrean, azken hiru hamarkadetan beheranzko joera argia izan du: 1990ean, adibidez, bat-bateko heriotzak 134 haurtxori eragin zien; 2000. urtean 70 izan ziren, eta 2010ean 57. Hala ere, kontuan izan behar da litekeena dela aitortu gabeko kasu asko egotea, besteak beste, heriotzaren kausaren diagnostiko desegokiagatik^{2,13,14,15,16,17}.

Haur osasuntsu baten bat-bateko heriotza bizi-gertaera traumatikoa da, hutsune bat dakarrena familiako kide bakoitzarengan eta familia-egituran, oro har; norberaren, bikotearen eta familia osoaren itxaropenak eta bizi-proiektua galtzeko esperientzia suposatzen duena. Hortaz, familia-nukleoaren barruan haustura-sentimendua agertzen da, haien emozioei eragiten dielarik. Gainera, gizarteari eta bikotearen bizitzari ere eragiten dio^{13,15}. Sindromeagatik haur bat galtzearen mina ez da handiagoa gaixotasun baten ondoren hiltzen den haur batena baino; hala ere, gertakaria ustekabekoa denez, sentimendu bortitzak, kontraesankorrak eta gertaeraren arrazoa ulertzeko zailtasuna edo ezintasuna sortzen du. Horrela, heriotzak, gurasoak munduaren gaineko sinesmen, balio eta premisen sistema sakonki berrikusteko beharrean jartzen ditu, gertaerak bateraezinak baitira haien itxaropenekin eta munduari buruzko aurretiko ikuspegiarekin. Horrek, bere bizitzako alderdi askori eragingo die: adibidez, bizitzari buruzko sinesmenen sistemari (zergatik gaude hemen), pertsonen arteko harremanei, zein gizartearen gaineko pertzepzioari^{16,18}.

Bestetik, dolua, sinesmenen, gizarte-inguruaren... arabera aldatzen den arren, guztiek eredu komuna dute, eta antzeko sentimenduak izaten dituzte: sineskortasun-, irrealitate- eta ukazio-sentsazioa, tristura, haserrea, errua eta autogaitzespena, besteak beste. Sindrome honen doluaren ezaugarri bat erru-sentimendua gehiegikeriaz bizi dela da. Honen aurrean, batzuetan, norbaiti heriotzaren errua egozteko premia larria sortzen da, norberaren erru-sentimendua gutxitzeko asmoz, babes-mekanismo gisa. Gainera, gurasoek ez badute ulertzen beren semea inolako kausarik gabe hil dela, gizarteak ere ez; honek are gehiago sendotzen du erruduntasun-sentimendua^{16,18}.

Bestalde, gizarteak onartzen ez duen dolua da. Izan ere, batzuetan, hildako haur baten gurasoek familia- eta gizarte-testuinguru hurbilaren hurrengoko adierazpenak jasotzen dituzte: "hobe da orain galdu izana, geroago baino", "egin behar duzuen lehena beste bat izatea da", "ezin diozu zeure buruari behera etortzen utzi, seme-alaba gehiago baitauezkazu zaintzeko". Adierazpen horiek baliorik gabe uzten, ezeztatzen, garrantzia kentzen edo esperientziarekiko ezinegona edo interesik eza erakusten dute. Hortaz, dolua ez denez balioztatzen, eta familiak ez duenez sostengu-sistema egokirik, haien gizarte- eta familia-inguruneak euskarri gisa porrot egin duelako, dolua ez-eraginkorra bilakatzen da, prozesua aurrera eramatea zailduz^{16,18}.

Etiologiari dagokionez, SIDS-ak, gaur egun oraindik kausa ezezaguna badu ere, jatorrian multifaktoriala dela uste da, faktore intrintseko eta estrintsekoak—genetikoak, inguremenekoak eta soziokulturalak—konbinatzen baititu literaturaren arabera^{7,8,9}. Historian zehar, hipotesi ugari garatu dira sindrome honen etiologia argitu nahirik, adibidez: Wedgwood garatutako “multiple contingency hypothesis”, edota Rognum eta Saugstad-ren “fatal triangle in SIDS”⁷. Gaur egun, literaturan zabalduen dagoen hipotesia, **Arrisku Hirukoitzarena** deiturikoa da. Filiano eta Kinney-k azaldu zuten. Haiek proposatzen dutena, heriotza hauek, hiru arrisku faktore gainjartzen direnean gertatzen direla da: **haur zaugarria**, **garapen-aldi kritikoa** eta **ingurumenaren estresore exogenoa**. Haurra, zaugarria izan daiteke haurdunaldian emandako bizi-funtzioekin lotutako sistema autonomikoen garapen anormalagatik, fetuaren hipoxia kronikoagatik edo oinarri genetikoak izateagatik. Garapenaren aldi kritikoari dagokionez, 0-12 hilabete bitartean ematen da, haurraren bi eta sei hilabete bitarteko etapa bereziki egoera kritikotzat hartuz, adin honi hemoglobinaren baliorik txikiena dagokiolarako. Aldi kritikoarekin jarraituz, aipatzekoa da, heldutasun eza, ezegonkortasuna eta neuro-begetazio-sistemaren disfuntzioa, bizitzako lehen urte osoan hedatzen direla, bereziki nabarmenak izanik bizitzaren lehen sei hilabeteetan. Garai honetan, esan bezala, oreka fisiologikoaren kontrolean hazkunde azkarra eta aldaketak gertatzen dira. Horiek agerikoak izan daitezke, hala nola loaren ereduaren edo esnatzearen; eta sotilak, besteak beste, arnasketan, bihotz-maiztasunean, tentsio arterialean eta tenperaturan. Bukatzeko, kanpo faktore estresoreak ditugu, faktore abiarazle gisa jokatzen dutenak, biziraupena babesten duten esnatzearen mekanismo neuro-begetatiboak huts eginez¹¹. Horrela, haurraren zaugarritasuna latente mantenduko da, garapen-garai kritiko batean sartzen den arte, eta estresore exogeno bat jasan arte. Ondorioz, dagoeneko estu dagoen sistema homeostatiko bat larrituz^{8,9,10,11}.



1. Irudia: Arrisku Hirukoitzaren eredua¹⁰

Beraz, sindromearen kasu gehienak arrisku faktore bat baino gehiagorekin lotzen dira, are gehiago, 2010ean egindako ikerketa batean gutxienez arrisku-faktore bat zegoen kasuen %96an, eta % 78an, arrisku-faktore batekin baino gehiagorekin eta/edo 7 arrisku-faktorerekin lotuta zeuden. Faktore aldaezinei dagokionez, guraso eta haurraren ezaugarriekin, haurdunaldiarekin eta ezaugarri sozioekonomiko eta ingurunearekin lotzen dira: amaren adina (20 urte baino lehenagoko haurdunaldietan, hiltzeko 3-4 aldiz arrisku handiagoa dute), etnizitatea, estatus sozioekonomikoa, hezkuntza, generoa, jaiotza-pisu txikia, garai aurreko erditzea...^{9,11,12,13}. Are gehiago, ikerketek diote gaur egun SIDS kasu gehienak arrisku faktore ugari dituzten familietan gertatzen direla, egoera sozioekonomiko baxua eta biztanleria

demografiko espezifikoak faktore horien barne egonik. Interes berezia duen beste datu bat sindromearen intzidentzia maximoa bi eta lau hilabete ingurukoa dela da, kasuen %90a sei hilabete baino lehen gertatuz. Ez esatearren, prebalentzia handiagoa dela mutiletan nesketan baino, kasuen %50 baino gehiago gizonezkoetan agertuz—3:2ko ratioa—. Bestalde, hilkortasun-tasa handiagoa ikusi da gauerdiko eta goizeko bederatzien artean, gertakariak lo-orduetan gertatzen direla ondorioztatuz. Halaber, intzidentzia handiagoa erregistratu da hilabete hotz eta hezeetan, kasuen bikoitza inguru estimatuz^{13,19}.

Bestetik, faktore aldagarriak, haurdunaldiarekin-amarekin, haurrarekin eta ingurumenarekin lotuta daude batez ere. Horien artean, hurrengoak ditugu: tabakoaren kearen esposizioa jaio aurretik (ama erretzailea haurdunaldian) eta jaio ondoren, alkohol-abusua, drogen kontsumoa, haurrak ahuspez edo alboz etzanda oheratzea, ohea partekatzea, gehiegizko isolamendu termikoa —ohe eta jaioberriaren arropak—, lo egiteko gainazal bigunak eta jantzi edo objektu askeak^{9,11,12}. Faktore hauek alda daitezkeenez, prebentzio kanpainak hauetan oinarritu dira historikoki.

90eko hamarkada aldera, ebidentzia epidemiologikoaren aurrean, herrialde garatu askotan kanpaina publikoak ezarri ziren herritarrek sindromeari lotutako hazkuntza-ohituretan arrisku-faktoreei buruz hezteko¹³. Horrela, osasun publikoko etengabeko ahalegin eta kanpainen bidez, arrisku faktore aldagarriak gutxituz, haurtzaroan azaldu gabeko heriotzen tasak erdira baino gehiagora murriztu ziren^{1,15}. Honen adibide argiena “Back to Sleep” kanpaina da, zeinak sindromearen hilkortasunaren beherakada ikusgarria eragin zuen. Estatu Batuetan hain zuzen ere, intzidentzia nabarmen murriztu zen: 1990ean bizirik jaiotako 100.000 haurreko 130 heriotzatik (± 5.000) 2017an bizirik jaiotako 100.000 haurreko 35,4 heriotzara igaro zen³. Beste herrialde batzuek, Australia, Japonia, Ingalaterra eta Holanda esaterako, antzeko beherakadak izan zituzten^{2,15}. Bere aldetik, Nafarroan eta Euskal Autonomia Erkidegoan, 1993an, pediatria talde batek ahoz beherako etzanearen aurkako prebentzio-kanpainak abiarazi zituen, eta hurrengo urteetan sindromeak eragindako heriotza-tasa %70ra jaitsi zen Nafarroan, eta %50ra Euskal Autonomia Erkidegoan¹⁸.

Ondorioz, familiarentzat zorigaitz bat izateaz gain, komunitatearentzako kezka bat da, eta osasunaren adierazlea, osasun- eta gizarte-arazoa bilakatuz. Horregatik, erizaintzaren aldetik, ezinbestekoa izango da sindromeaz kontzientziaztea, bai osasun-arloan, medikuak eta erizainak tartean sartuz, bai gizarte-arloan, arazoa zein eragiten duten faktoreak ezagutaraziz, horiek saihestu ahal izateko. Izan ere, faktore aldagarrien identifikazioa eta ezaguerak, kanpainak egitea ahalbidetu du, gizartean osasun heziketa eginez, eta modu honetan heriotzak nabarmen murriztuz. Hortaz, sindromearen prebentzioa egin ahal izateko, eta familiek jasan lezakeen kaltea saihestearren, osasun hezkuntza eskaintzea ezinbestekoa da; eta, horretarako, arrisku faktoreak ezagutaraztea beharrezkoa da, hauek ekiditea baita sindromea prebenitzeko ardatza.

HELBURUA

Bularreko haurren bat-bateko heriotza sindromea gertatzeko arrisku faktoreak zeintzuk diren identifikatzea.

METODOLOGIA

Diseinu mota

Gradu Amaierarako Lanaren helburuari erantzuteko asmoz, literaturaren irakurketa kritikoko lan bat burutu da.

Barneratze- eta kanporatze-irizpideak ezarri ziren bilaketa bibliografikoa mugatzeko eta helburuari erantzun ahal zioten artikulua lortzeko:

Barneratze-irizpideak:

- *Hizkuntza:* gaztelaniaz eta ingelesez, hauek baitira menperatzen diren hizkuntzak.
- *Populazioa:* 12 hilabete baino gutxiagoko haurrak.
- *Argitalpen data:* azkenengo bost urteko artikulua erabiliko dira, ahalik eta literatura eguneratuena izateko (2017tik aurrera).
- *Argitaratutako artikulua motak:* ikerketa-aldizkari zientifikoetako artikulua, praktika klinikoko gidak eta literaturaren berrikuspen sistematikoak onartuko dira.
- *Geografia:* mundu osoko eta kultura guztietako artikulua kontuan hartuko dira, informazio gehien eta osatuen eskuratzeko asmoz.
- SUDI/SUID-en inguruko ikerketak ere kontuan hartuko dira; SIDS-en datuak barne hartzen baititu.

Kanporatze-irizpideak:

- *Argitaratutako artikulua motak:* liburuak, iritzi-artikulua, argialetxeentzako gutunak, eta literatura grisa, hala nola doktore-tesiak, hitzaldiak eta posterrak, etab.
- *Populazioa:* 12 hilabete baino gehiagoko bularreko haurrak.
- *Argitalpen data:* 2017 aurretik.
- Gainerako barneratze-irizpideak betetzen ez dituzten artikulua kanporatu egin dira.

Bilaketarekin hasi aurretik, hitz gakoak, sinonimoak eta datu-baseen deskriptoreak identifikatu ziren, gaztelaniaz zein ingelesez (1. eranskina). Horrela, hizkuntza kontrolatua (deskriptoreak) konbinatuz, bilaketa-ekuazioak sortu ziren, datu-basearen arabera birformulatu zirenak, iragazkiak gehituz (adina eta hizkuntza), lanaren helburuari erantzuna emango zioten emaitzarik egokienak aurkitzeko. Prozesu guzti hau, lortutako emaitzekin batera, hainbat iturriren bilaketaren arabera erregistratu da (2. eranskina).

Artikuluen bilaketak hainbat datu-basetan (Medline, Ciuden, Lilacs, Pyscinfo, Cinahl, Embase, Cochrane) egin ziren, Myathens izeneko plataformaren bidez. Datu-base bakoitzean artikulua aurkitu ondoren, horiek "full textean" bilatzeari ekin zitzaion EHUK eta

Osakidetzak sinatutako aldizkarietan. Bestalde, eskuzko bilaketak ere egin ziren Journal of Pediatrics bilaketa-motorraren bidez.

Lortutako lehen emaitzetatik, lehen ezabapen bat egin zen artikuluen izenburua eta laburpena irakurriz. Horrela, arreta planteatutako gaien jartzen ez zutenak edo inklusio-baldintzak betetzen ez zituztenak baztertu ziren. Lehen hautaketa honen ondoren, bigarren hautaketa bat egin zen, testu osoa bazuten eta lanerako informazio interesgarria ematen bazuten egiaztatuz (4. eranskina).

Horrela, 79 artikuluen testu osoa irakurtzen hasi zen. Horietatik, 32 artikulua hautatu ziren (31 bilaketa datu-baseetan eta eskuzko bilaketa bat) irakurketa kritikoa egiteko. Irakurketa-prozesu horren ondoren (3. eranskina), 17 artikulua hautatu ziren laburpen-taula bat (5. eranskina) eginez, bai eta zuhaitz kategoriko bat ere (6. eranskina). Horietatik, berrikuspen sistematiko bat eta kasu-kontrol bat gaztelaniaz ziren, eta gainerakoak ingelesez: 10 azterlan deskriptibo, 3 kasu eta kontrol azterlan, kohorte-azterlan 1 eta praktika klinikoko gida 1.



EMAITZAK ETA EZTABAIDA

Emaitzak 17 artikuluetan jasotako informazioan oinarrituta daude. Lanaren helburuari erantzuteko asmoz, faktoreak honela multzokatu dira: aldagarriak eta aldaezinak. Faktore aldaezinak ere aztertzea erabaki da, garrantzitsutzat jo baitira arrisku-taldea identifikatu ahal izateko; hau da, faktore horiek ezagutzea ere garrantzitsua da sindromea izan dezaketen haurrak hautemateko, eta modu honetan gurasoei heziketa gehiago eman ahal izateko.

FAKTORE ALDAEZINAK

1. Bularreko haurrarekin erlazionatuta

Sexua SIDS-ari laguntzen dion elementu garrantzitsutzat jotzen da. Aztertutako artikuluko gehienetan, gizonezkoen sexua arriskuaren igoerarekin lotu zen, emakumezkoen sexuarekin alderatuta. Aldiz, Winterbach et al-en ikerketan emakumezkoak laginaren gehiengoa ziren, %54,61 izanik, gainerakoetan gehiengoa gizonezkoak izan ziren²⁰⁻³⁰.

Bestetik, adinari dagokionez, ikusi da kasu gehienak 6 hilabete bete baino lehen gertatzen direla^{20,21,22,23,24,26,27,29,30,31}. Winterbach et al-ek, esaterako, euren ikerketa deskribatzailean adierazi zuten %89,28 sei hilabete bete baino aurretik hil zirela, eta haurren erdiak baino gehiago (%61,6) 12 aste bete aurretik²⁹. Godoy et al-ek egindako ikerketan, non 10 urteetan zehar 145 kasu aztertu zituzten, eta Osawa et al-ekoenean, 259 kasu ikertu zituztelarik, heriotza adinik ohikoena hilabete batekoa izan zen^{21,23}. Jhun et al-aren ikerketan ere, SIDS kasuen erdia baino gehiago (%56) 0-2 hilabete bitarte gertatu ziren²².

Era berean, Drake et al-ek adierazi zuten sindromearen kasurik ugariena zuen talde etnikoa beltzak zirela (%42,3)²⁰. Yamada et al-ek ere antzekoa aurkeztu zuten Ipar Karolinan burututako ikerketan: hispanoak ez diren bularreko haur beltzek SIDS izateko 1,76ko arrisku erlatiboa zuten, hispanoak ez diren bularreko haur zuriekin alderatuta; eta, haur hispanoen sindromearen arrisku-proporzioa, hispanoak ez diren haurtxo zurien aldean, 0,49koa izan zen. Oro har, aurkikuntza horiek erakusten dute SIDS-ak duen intzidentziak desberdintasun iraunkorrak dituela arraza/etnien artean, hispanoak ez diren bularreko haur beltzei neurritz kanpo eraginez. Gainera, haur hispanoek arrisku erlatibo txikiagoa dute, hispanoak ez diren haur zuriekin alderatuta²⁸. Aitzitik, Anderson et al-ek egindako ikerketan, haurren arraza-talde handiena zuria izan zen (%64,5)³¹ Gainera, indigeno eta ez-indigenoen artean alde nabariak ikusi dira, lehenengo hauek SIDS garatzeko arrisku handiagoa dutelarik. Izan ere, Shipstone et al-ek azaltzen duten moduan, indigenoen artean, indigenak ez diren haurren aldean, prebalentzia handiagoa dute sindromearen arrisku faktore gehiago garatzeko²⁴.

SIDS-ari lotu zaizkion beste ezaugarri batzuk haurdunaldiko asteak eta jaiotzean duten pisua dira. Bietan, zenbat eta txikiagoa izan, orduan eta sentikorragoa izango da haurra^{24,27,28,29,32}.

Jaiotza-pisuari dagokionez, oro har, autore gehienak bat datoz 2.500 gramotik beherakoa denean SIDS neurri handiagoan gertatzen dela^{24,25,27,28,29,32}. Winterbach et al-en ikerketan, esaterako, kasuen %54,82k jaiotza-pisu txikia (<2500g) izan zuten²⁹. Kanits et al eta Gutierrez et al-ek egindako ikerketetan, 2500g baino gutxiago izan zuten haurren ehunekoak txikiagoak izan ziren: %19 eta %32, hurrenez hurren^{25,26}. Adin gestazional, bestetik, ikusi da haur goiztiarrek arrisku handiagoa dutela^{23,28,30,34}. Ostfeld et al-en arabera, SIDS garatzeko probabilitatea altuagoa da 24-27 aste artekoetan, 39-42 aste dituztenekin konparatuz ($p < 0,000$). Autoreak ere adierazten du zenbat eta haurdunaldi adina handiagoa izan, orduan eta heriotz gutxiago daudela; eta, hortaz, haurdunaldi adina handitu ahala, SIDS arriskuak behera egiten duela³⁰. Osawan et al-ek bat datoz jaiotze-goiztiarreko haurrek probabilitate handiagoa dutela sindromea garatzeko garaiko jaioberriekin alderatuz, 2,6 aldiz handiagoa hain zuzen ere ($p < 0,001$)²³.

Jaiotza anitzak ere sindromearekin lotu dira, bai eta jaiotza ordena ere^{20,23,25,27,29,32}. Jaiotza-ordenaren arabera banaketari dagokionez, Osawa et al-ek aurkitu zuen haurren %31 lehensemeak izan zirela, eta gainerakoak bigarren edo ondoren jaiotako haurrak. Hortaz, aukera erlatiboak, heriotza-maiztasunari dagokionez, adierazi zuen jaiotza-ordena berantiarrena arrisku-faktore garrantzitsua zela ($p < 0,001$)²³. Kanits et al eta Winterbach et al-en ikerketetan ere, kasuak maizago bigarren edo ondorengo jaiotza izan ziren: lehenengoan %47,5 jaiotza tartean bigarrenak izan zirelarik, eta %20a hirugarrenak edo gehiago; eta, bigarren ikerketan, hildako haurren %53,63 hirugarren semea edo ondorengoa izan ziren^{25,29}. Are gehiago, azken autore honek jaiotza-ordena beste faktore batzuekin lotzen du, hala nola egoera sozioekonomiko ahularekin. Gainera, Palomo et al-en arabera, haurdunaldi anizkoitz batekin, lehenengo egunetan arriskua 10 aldiz altuagoa da³².

2. Gurasoekin erlazioatuta

Gurasoen adinari dagokionez, hainbat ikerketetan bat datoz SIDS gertatzeko arriskua areagotu egiten dela amak gazteak direnean^{21,23,24,26,28,30,32}. Osawa et al-ek adibidez, bere azterlan deskribatzailean zehazten du batez ere 19 urte edo gutxiago zituzten amen haurren heriotza-intzidentziaren probabilitateak handiena zela (11,1ko aukera erlatiboa), 20-29 eta 30-39 (2,1ko aukera erlatiboa) urte bitarteko amekin alderatuta ($p < 0,001$)²³. Beste batzuk, Godoy et al-ek bezala, aurkitu zuten hildako haurren amek Manitobako batez besteko amak baino bederatzire urte lehenago izan zutela semea (19,9 urte versus 28,6 urte); eta, berez, %53,8 20 urte baino gutxiago zuten euren haurra izan zutenean²¹. Hortaz, bien aurkikuntzek adierazten dute ama gazteenak, bereziki nerabeak, loan SIDS-a agertzeko arrisku-faktore garrantzitsutzat hartu behar dela^{21,23}. Shipstone et al-ek, bere aldetik, nerabeen amatasuna egoera sozioekonomiko txarrekin lotzen du, ohikoagoa baita komunitate pobreetan²⁴.

Gurasoen etnari buruz, ikerketa askok erakutsi dute Afroamerikar/beltzen artean aurkezteko probabilitatea handia dela^{20,28,30,33}. Ostfeld et al-en ikerketa deskribatzailean, bizirik atera zirenen taldearekin alderatuta, SIDS taldeak ama afroamerikar ez hispanoen ehuneko bikoitza zuen³⁰.

Allen et al-en kasu-kontrollean, non bularreko haurren bat-bateko heriotzan hiltzeko adinari lotutako faktoreak aztertzen duten, arraza heriotza-adinaren faktore erabakigarri bat zela egiaztatu zuten. Horrela, aitaren arraza ezezaguna zenean jaiotza-agirian ($p < 0,001$), edo amaren arraza beltza ($p < 0,01$), heriotza-adin txikiago batekin lotzen zen. Berriz, aitaren arraza zuria ($p < 0,01$) edo hispanoa ($p < 0,01$) zenean, eta amaren arraza hispanoa ($p < 0,001$), heriotza-adin zaharrago batekin lotzen zen³³. Yamada et al-ek bere aldetik, frogatu zuen SIDS garatzeko probabilitateak nabarmen murriztu zirela ($p < 0,01$) hispanoa ez den arraza/etnia zuriarekin edo hispanoarekin, hispanoa ez den arraza beltzarekin alderatuta (OR 0,78 eta 0,35, hurrenez hurren)²⁸. Ouattara et al-en ikerketa deskribatzailean, amaren arraza haurrarekin lo egiteko intzidentziarekin lotu zen; ikerketaren ama ez-zuriek (horietatik %80a arraza beltzaranakoak izanik), ama zuriek baino lau aldiz aukera gehiago zituzten ohea seme-alabekin partekatzeke, haurrarekin ohea partekatzeke probabilitateak 4,2 aldiz handiagoak izanik ama ez-zurientzat zurientzat baino³⁴.

Bestetik, gurasoen hezkuntzaren ildotik, autore batzuek nabarmentzen dute heziketa gutxiago izatea SIDS gertatzeko arrisku faktore bat dela^{25,29,30,33}. Kanits et al-en kasu-kontrolaren ikerketaren arabera, amagandiko edoskitzearen prebalentzia handiagoa da goi-mailako ikasketak dituzten amen artean (%90 jaiotzean eta %51 jaiotzaren ondorengo bost hilabeteetan) ikasketa txikiagoak dituzten amen artean baino (%69 jaiotzean eta %33 jaiotzaren ondorengo bost hilabeteetan). Era berean, tabakismoa ohikoagoa da hezkuntza-maila baxuko pertsonen artean (25-44 urte: gizonak %55, emakumeak %40) hezkuntza-maila handiko pertsonen artean baino (25-44 urte: gizonak %17, emakumeak %13). Horrek esan nahi du arrisku-faktoreak metatzen direla (amagandiko edoskitzerik eza eta tabakismoa) hezkuntza-maila txikiagoa duten gurasoengan; eta, beraz, arrisku handiagoaren adierazlea dena²⁵. Winterbach eta Ostfeld et al-ek burututako ikerketetan ere, gurasoen eskola-hezkuntza osatugabea oso ohikoa zen^{29,30}. Azken honetan, SIDS taldeak, kontrola taldearekin alderatuta, 1,7 aldiz handiagoa zuen batxilergoa baino ikasketa-maila txikiagoa zuten amen ehunekoa³⁰. Are gehiago, Allen et al-ek adierazten dute goi-mailako hezkuntzako titulua zuten amen haurrek, lizentziatura edo master bat barne, eta lizentziatura bat zuten aitenak, heriotza-adin nabarmen handiagoarekin erlazionatu ziren gainerako SIDS biztanleriarekin alderatuta³³. Ikerketa guzti hauetan, ezaugarri hau egoera sozioekonomiko ahularekin lotu zen, estuki erlazionatuta dagoena haurren heriotza-tasa orokorrarekin^{29,30,33}.

Bukatzeko, amak aurretik izandako haurdunaldiak ere kontuan hartu behar dira, aurretik jaiotza gehiago izateak SIDS arriskua handitu egiten baitu^{23,24,29,33}. Palomo et al-ek gehitzen dute sindromeagatik hildako anai-arrebaren bat edukitzeak arriskua bost aldiz areagotzen duela³².

3. Inguruneko baldintza eta baldintza sozioekonomikoekin erlazionatuta

Oro har, SIDS-a maila sozioekonomiko baxuko familietan agertzen da gehien^{20,21,24,26,30,33,34}. Gutiérrez et al-ek burututako lan deskribatzailean, %73aren egoera sozioekonomikoa defizitariora

zen (361 kasu)²⁶. Maila sozioekonomikoa ebaluatzeko irizpidea aldatu egiten da azterlanaren arabera, faktore ezberdinak kontuan hartzen baitituzte hura balioztatzeko. Godoy et al-ek esaterako, auzoko batez besteko familia-errenta eta egoitza-aglomerazioarekin erlazionatzen du: Manitoban, loarekin lotutako haurren heriotza guztien %60 batez besteko familia-errenta 35.000 dolarretik beherakoa zen auzoetan gertatu ziren. Beste %31 urtean 35.001 eta 50.000 dolar arteko diru-sarrerak zituzten eremuetan gertatu zen. Testuinguruan kokatzeko, Manitobako batez besteko familia-sarrera 68.147 dolarrekoa izan zen (2005 eta 2015 artean). Gainera, familien %60,7k aglomerazioan bizi ziren, eta %30 gizarte-laguntzak jasotzen ari ziren²¹. Winterbach et al-en arabera, baldintza sozioekonomiko txarrak, hala nola amaren langabezia (%87,98; n=183), eskola-hezkuntza osatugabea (%86,9; n=164) eta ezkongabeko amatasuna (%86,87; n=258) oso ohikoak ziren SIDS kasuetan²⁹. Allen et al-ek azaltzen dute egoera sozioekonomiko ahularekin zerikusia zuten faktoreak, amaren IMC altua (≥ 35) ($p < 0,01$), ama ezkongabeak jaiotzean ($p < 0,001$), Medicaid aseguruia ($p < 0,001$), WIC programan parte hartzea (Emakume, Haur eta Haurrentzako Nutrizio Programa Osagarria) ($p < 0,01$) eta hirugarren hiru hilekoan jaio aurreko zainketak ($p < 0,01$) zirela, guzti hauek heriotzaren adin gazteago batekin lotuz³³. Ildo beretik, Ouattara et al-ek zehazten dute Medicaiden (estatus sozioekonomikoaren adierazlea; izan ere, diru-sarrera txikiak dituzten amek bakarrik betetzen dituzte Estatuko aseguruaren laguntzak jasotzeko baldintzak) ama onuradunek 4,1 aldiz aukera gehiago zituztela ohea partekatze³⁴. Aipatu beharrekoa da Drake eta Shipstone et al-ek gehitzen dutela kanpoko eskualdeetan eta eremu sozioekonomiko baxu eta urrunetan bizitzea ere arrisku faktoretzat hartzen dela, heriotza-tasa handitu egiten baitzen urruntasunarekin^{20,24}.

Ingurumen-faktoreak ere aztertu dira. Winterbach eta Jhunek, esaterako, aurkitu zuten negua heriotz gehien izan zituen urtaroa izan zela (30.67%; %30,7), heriotz gutxien udan emanaz (18.95%; %18,9)^{22,29}. Hortaz, Jhunek ikertutakoaren arabera, tenperaturaren 5,6°C-ko igoerari dagokionez, SIDS arriskua %8,6 handitu zen udan (ekaina-abuztua) eta %3,1 murriztu zen neguan (abendua-otsaila). Jokabide-efektuak garrantzitsuak dira neguko tenperaturaren eta SIDS-aren arteko erlazio negatiboa ulertzeko; izan ere, neguan tenperatura beroenak sindromearen aurkako babesgarriak izan ziren. Neguko tenperatura hotzenera lotutako SIDS arriskua handitzea, bularreko haurrek arropa eta bilgarri gehiegi izateak azal dezake; beraz, gurasoen portaerak tenperatura baxuei erantzuteko (haurra gehiago janstea edo ezaltzea), tenperatura hotzagoetako benetako esposizioaren ondorioak baino arriskutsuagoak direla esan daiteke²². Gehitu beharrekoa da, Jhunek lortutako emaitzen arabera, kanpoko beroaren eragin diferentzial estimatuek SIDS tasetako arraza-desberdintasunei laguntzen dietela, kontuan izanik tenperatura igotze berberarako haur beltzek bost aldiz arrisku handiagoa zutela haur zuriekin alderatuta²². Egunaren orduari dagokionez, Winterbachek aurkitu zuen heriotza gehienak (%62,59) gauetz eta goizeko lehen orduetan (19:00-07:00) gertatu zirela²⁹. Osawak egindako ikerketaren arabera, goizeko 7ak eta 8ak bitartean ordurik ohikoena izan zen, igoera handi bat ikusiz goizeko seiak eta bederatzia artean²³. Anderson et al-en ikerketa deskribatzailean, non zehazten duten ze faktore dauden lotuta bularreko haurraren bat-bateko heriotzarekin eguneko

ordu bakoitzeko, ere bat datoz heriotza gehienak gauez ematen direla (%61), 00:00etatik 07:00etara aurkitutako SIDS kasuen kopurua pixkanaka areagotu egiten zirelarik orduak igaro ahala. Gainera, gaueko SIDS-arekin gehien lotu ziren faktoreak hurrengoak izan ziren: ohea partekatzea, haur txikiagoak (0-2 hilabete), arraza ez-zuriko haurrak eta lo egiteko ahoz gorako etzaneran jarriak eta ahoz gorako etzaneran aurkituak; deskribatutako SIDS-en arrisku-faktoreen aldaketa zirkadianoek azpiko heriotza-mekanismo kausal desberdinak iradokiz³¹.

FAKTORE ALDAGARRIAK

1. Loarekin erlazionatuta

Segurtasunik gabeko loa, ustekabeko itotze-arriskua duena, SIDS-aren arrisku faktore ezaguna da. Praktika horien artean, komunitate zientifikoak argi eta garbi ezarri du ahuspezko jarrera, hau da, ahoz behera etzanda lo egitea, eta alde batera lo egitea, SIDS-aren arrisku-faktore garrantzitsuak direla^{20,21,23,25,27,29,31,32,35}. Are gehiago, Palomo et al-ek aldatu daitekeen arrisku faktore nagusia dela zehazten dute; ahoz gorako jarrera gomendatuz, haurrak okerrago erreakzionatzen baitu estimulu negatiboen aurrean gainerako gorputz-jarrerekin. Alboko etzanerak, nahiz eta SIDS-arako arrisku txikiagoa suposatu ahuspezkoarekin alderatuta, ahoz gorako etzanerarekin konparatuz, arrisku bikoitza dakar³². Drake et al-ek esaterako, euren ikerketaren haurren heriotza guztietatik (n=732) 350 (%53,3) ahuspezko etzaneran aurkitu zituzten, 93 (%14,1) alboko etzaneran eta 214 (%32,6) ahoz gorako etzaneran²⁰. Osawaren azterlanean, ordez, SIDS izan zuten bularreko haurren ahuspezko jarrerak kasuen %40an eman ziren, eta %7 alboko jarreran aurkitu ziren. Aipatzekoa da, azterlan honetan, zehazten dutela buelta emateko gaitasunik ez zuten 0-2 hilabeteko bularreko haurren %28, gutxi gorabehera, ahuspez eta alboz etzanda aurkitu zutela²³. Weissek burututako praktika klinikoko gidan ere, ahoz beherako etzanera arrisku faktore garrantzitsua dela defendatzen du, 2'3 eta 13'1 arteko aukera erlatiboarekin. Jarrera hau oheko arropen haurra lurperatu edo itotzearen ondoriozko arrisku handiekin lotzen da; arrisku horien artean isuritako gasen asfixia eta/edo birinspirazioa, temperatura zentralaren igoera, sistema kardiobaskularraren eta arnasketa-sistemaren kontrol autonomoaren aldaketa, eta esnatzeko gaitasunaren aldaketak sartzen dira, esnatzeko atalasea altuagoa bilakatuz³⁵.

Badira beste praktika batzuk, hala nola lo egiteko azalera partekatzea, haurrarentzat batez ere arriskutsutzat jotzen direnak, bat-bateko heriotzen ehunekoa handiagotzen delarik ohea partekatzean^{20,21,23,24,25,26,27,29,31,32,34,35,36}. Drake et al-en ikerketan, hain zuzen, haurren erdiak baino gehiago (%53,4) hilda aurkitu zituzten ohe berbera partekatzen zuten bitartean. Horietatik, %59,2 heldu batekin partekatu zuten ohea, eta %29,2 bi helduekin²⁰. Bestelako ikerketetan ere, hala nola Godoy (%50), Osawa (%61), Winterbach (%92,6), eta Mitchell-en ikerketetan (%57,5) hiltzean gainazala partekatzen zuten haurren ehunekoa handia izan zen^{21,23,27,29}. Azken honetan, ikerlariek zehazten dute ohea partekatzeak SIDS arriskua boskoitzen zuela (aOR = 4,96; IC %95

= 2,55, 9,64)²⁷. Gainera, ikerketa askotan azalera partekatzea beste arrisku faktoreekin konbinatzeak arriskua areagotzen zuen. Palomo et al-ek burututakoan, esaterako, haurrarekin lo egiteari 20 urtetik beherako gurasoen adina gehitzean, sindromearen arriskua handitu egiten zen³². Ouattarak, bere aldetik, amaren arrazarekin lotzen zuen; izan ere, ikerketaren ama ez-zuriek, ama zuriek baino lau aldiz aukera gehiago zituzten ohea seme-alabekin partekatzeko³⁴. Anderson et al-ek gaueko SIDS-arekin lotu zuen faktorea³¹. Weiss eta MacFarlanek bat zetozten haurdunaldian tabakismoaren eta ohe partekatuaren konbinazioaren eraginpean zeuden haurren SIDS arriskua nabarmen handitzen zela; Weissek edari alkoholduak kontsumitzeak gehituz^{35,36}.

Bestetik, lo egiteko gainazalaren garrantzia ere aztertu da; gainazal bigun batean lo egiteak arriskutsutzat jo baita; prebentziozko neurri gisa, bularreko haurrek lo egiteko irmotasun ertain-altuko koltxoiak erabiltzea gomendatuz^{20,21,26,32,34,36}. Godoy et al-en azterlanean hildako %77ak ez zuten gainazal homologatu batean lo egin, eta horien artean %50 hil ziren helduen koltxoi batean lo egiten ari zirelarik. Gainera, ikusi zuten urtebetetik beherako bularreko haurrek aukera nabarmen handiagoa zutela homologatu gabeko lo egiteko azalera baten gainean hiltzeko ($p = 0,003$). Ez esatearren, loaldian ustekabean hil ziren lau haurretik batek (%25) ez zuela lo-azalera homologaturik etxean²¹. MacFarlane et al-en kasu-kontrollean, ohe heldu batean, sofa batean edo beste gainazal batean, bakarrik edo beste pertsona batekin, lo egiten zuten haurrek SIDS arrisku maila handiagoa erakutsi zuten, sehaska batean lo egiten zuten haurren aldean³⁶. Weissek baieztatzen du sofak azalera arriskutsuenetako bat direla, hiltzeko probabilitatea OR 66,9, 95% CI 2,8, 1497 delarik³⁵. Winterbachen ikerketan, bakarrik %3,37 euren sehaskan zeudelarik hil ziren; Drake et al-enean, haurren %77,8 helduen tamainako koltxoi batean hil ziren, Godoy-en ikerketan ere sehaska bat ez zen beste lo-eremu batean zeuden haurren ehunekoa handia izan zen (%90)^{20,21,29}.

Segurtasunik gabeko beste lo-jokabide arriskutsuak oheko arropa askeak erabiltzea eta beharrezkoak ez diren objektuen presentzia dira^{21,24,34,35}. Godoyk egindako ikerketaren arabera, haurren %89 beren lo-ingurunean beharrezkoak ez ziren objektuekin aurkitu zituzten, horietatik mantak (%90) eta haurren gaineko edo inguruko burkoak (%56) ohikoenak izanik. Lo-giroan dokumentatutako objektuen kopurua bat eta hamalau artekoa izan zen, batez bestekoa lau izanik²¹. Are gehiago, Ouattararen arabera, gehien burututako lo-praktika arriskutsuen artean, arropa biguna erabiltzea izan zen³⁴. Weissen azterlanean oheko osagarri bigunak erabiltzea (hala nola koltxoi-babesleak, mantak, ardi-larruak, burkoak, kolpe-leungailu-babesleak, lo egiteko kuxinak eta umeentzako lo egiteko ziriak) bost aldiz handiagoa den SIDS arriskuarekin lotu zen, haurraren hasierako posizioa edozein zela ere, eta ahuspez lo egiten zuten haurrentzat 21 aldiz handiagoa zen arriskuarekin³⁵.

Lo-praktikekin bukatzeko, gainberotzea sindromeak bularreko haurren artean duen intzidentzia handiagoarekin lotu da^{21,32,35}. Loarekin zerikusia zuten haurren heriotzen ia erdiek (%48) gainberotzearen adierazleak (autopsian ikusitako haurren transpirazioa, buru estalia edo

gela beroa—21°C baino gehiago—) zituzten Godoyren ikerketan²¹. Weissek azaltzen du American Academy of Pediatrics-ak gehiegizko beroa saihestea gomendatzen duela; horrela, izerdia edo tenperatura altuak bularra ukituz monitorizatu behar dira, eta haurraren burua estaltzea saihestu behar da³⁵.

Aipatzekoa da gela partekatzea gomendatzen dela, gurasoekin oherik partekatu gabe. Hortaz, haurrak gurasoen ohean elikatu edo kontsolatu daitezke, baina beren ohera itzuli behar dira gurasoak berriz lo egiteko prest daudenean. Arau horri jarraituz, SIDS-en arriskua %50eraino murrizten da, eta, aldi berean, bularreko haurraren elikadura, eta zaintza errazten ditu. AAPk gomendatzen du (A maila) gurasoek logela haurrarekin partekatzea bizitzako lehen urtean, eta gutxienez lehen 6 hilabeteetan, lo egiteko azalera bereziak izanik, itotzea saihesten baitu^{32,35}.

2. Alkohola, tabakoa eta bestelako drogekin erlazionatuta

Alkohola, tabakoa eta bestelako drogen kontsumoa sindromearen beste arrisku faktore aldagarritzat identifikatu da^{20,21,23,24,25,26,27,28,29,30,33,34,35,36}. Are gehiago, Mitchell et al-en ikerketan, alda zitekeen arrisku-faktore nagusia amaren haurdunaldiko tabakismoa izan zen²⁷. Winterbach et al-en ikerketan ere, amaren erretzea jaio aurreko arrisku-faktorerik nagusia izan zen, haurren erdiak baino gehiago (%55,82) haurdunaldian tabakoaren eraginpean baitzegoen. Bestetik, erditze osteko arrisku faktorerik nagusia ere tabakoaren kearen eraginpean egotea izan zen, ohea haurrarekin partekatu ohi zutenen %53ak tabakoa erretzen zutelarik²⁹. Weissek azaltzen du tabakoarekiko esposizioa neurotoxikoa dela umetokian; izan ere, eszitazio-mekanismoetan anomaliak eragiten ditu, loaren apnea buxatzailea areagotzen du eta loaren apnea luzatzen du. Horrela, tabakoarekiko esposizio fetal eta/edo ingurumenagatiko SIDS arriskua dosiaren arabera da; haurdunaldian egunean 10 zigarro edo gehiago erre zituzten amek egunean 1 eta 9 zigarro artean erre zituzten amek baino arrisku handiagoa izan zutelarik (OR, 2,3; IC % 95, 1,3-4,2), eta, SIDS kasuen heren bat, gutxi gorabehera, saihestu egingo litzateke amek erretzen ez bazuten³⁵. Allen et al-ek adierazten dute oro har, zenbat eta zigarro gehiago erre haurdunaldian, orduan eta gazteagoa zela haurraren heriotza-adina ($p < 0,001$)³³. Gutiérrez et al-ek baieztatzen du arriskua 2-3 aldiz handiagoa dela amak haurdunaldian eta edoskitzaroan erre badu, eta jaio ondoren tabakoarekiko esposizioak SIDS arriskua bost aldiz handitzen duela kontsumoa eguneko 20 zigarro baino gehiagokoa bada²⁶. Hortaz, ama-erretzaileen intzidentzia handia da ikerketa askotan; Ostfeld-ek hain zuzen, SIDS taldean, kontrol taldearekin alderatuta, haurdunaldian erre zuten amen ehuneko 3,6 aldiz handiagoa izan zela adierazten du ($p < 0,001$)³⁰. Godoy et al-en azterlanean, tabakoaren kearekiko esposizioa neurtzen zuten aldagai guztiak kontuan hartuz (besteak beste, aitaren tabako-kontsumoa, haurdunaldiaren aurreko eta ondorengo tabakismoa eta etxeko edozein erretzaile), haurren %50a tabakoaren kearen eraginpean egon ziren²¹. Draken ikerketan, haurren amen %39,3ak tabako-kontsumoaren aurrekariak izan zituzten; Osawa et al-enean, ama haurdunaren

tabakismoaren intzidentzia % 34koa izan zen; eta Mitchell et al-en azterlanean kasuen %74an eman zen^{20,23,27}.

Aipatu beharrekoa da, tabakismoaren eta ohea partekatzearen arteko lotura estua aurkitu dela, lehen aipatu den moduan, ohea partekatzearekin lotutako arriskua are gehiago handitzen baita gurasoek erretzen dutenean edo amak edari alkoholduak kontsumitzen dituenean ($p < 0,005$).^{21,27,35,36}. Horrela, Mitchellen ikerketan, ohea partekatzearen eta erretzearen konbinazioa heriotzen %48rekin lotu zen (32 aldiz arrisku handiagoa egonik)²⁷. Gutiérrez et al-ek adierazi zuen jaio ondorengo tabakoaren kontsumoa eta haurrarekin lo egitea SIDS arriskua 10 aldiz handiagoa izatearekin lotzen zela²⁶.

3. Jaio aurreko zaintzarekin erlazionatuta

Jaio aurreko zainketen kudeaketa eta ezagutzak behar bezala kontrolatzearen garrantzia ere aztertu da hainbat ikerketetan^{24,28,30,32}. Izan ere, sindromearen arriskua handiagoa izatea haurdunaldiaren kontrol eskasarekin lotu da. Haurdunaldiaren eta jaiotza-inguruko aldiaren jarraipen egokia egitea aholkatu beharko litzateke: haurdun dauden emakumeek aldi baterako zaintzak eta jaio aurreko kontrolak jaso behar dituzte, arriskua murriztearekin lotzen baitira³². Ostfelden ikerketan, SIDS taldeak, kontrol taldearekin alderatuta, jaio aurreko arreta desegokia izan zuten amen ehunekoa 1,7 aldiz handiagoa izan zen ($p < 0,001$)³⁰.

4. Edoskitzearekin erlazionatuta

Amagandiko edoskitzea A mailako gomendiotzat hartzen da sindromearen prebentzioan, edoskitzerik eza arrisku gisa identifikatu baita^{25,27,32,35}. Palomo et al-en arabera, edoskitzearen iraupena zenbat eta luzeagoa izanda, orduan eta txikiagoa da SIDS arriskua³². Hortaz, osasun-arloko profesionalak edoskitze eskusiboa gomendatzen dute bizitzako lehen sei hilabeteetan; izan ere, amagandiko edoskitzeak %50ra gutxitzen du bularreko haurraren bat-bateko heriotzaren arriskua, haurraren immunitatea handitu eta esnatzea errazagoa egiten baitu^{32,35}. Kanits et al-en ikerketan, inolako amagandiko edoskitzerik jaso ez zuten 4 hilabete baino gutxiagoko bularreko haurrentzat arrisku batez ere handia ikusi zen [aOR = 9,2 (3,0-28,6)]²⁵.

ONDORIOAK ETA INPLIKAZIOAK

Burututako lanaren bidez, haurrak bularreko haurraren bat-bateko heriotzaren sindromea garatzeko aukera handiagoa izatea eragiten duten arrisku-faktoreak identifikatu ahal izan dira, hala aldagarriak nola aldaezinak. Gainera, faktore horietako asko elkarrekin lotuta daudela ondorioztatu daiteke, batera gertatzen direnean arriskua are gehiago handitzen delarik.

Faktoreak hainbat alderdiri lotu zaizkie. Bularreko haurrarekin lotutakoei dagokienez, adibidez, ikusi da sexu maskulinoak, adinak, etniak, jaiotzean duten pisuak, haurdunaldiko asteek, jaiotza anizkoitzek eta jaiotzean duten ordenak eragina dutela bularreko haurrak sindromea izateko joera handiagoa izan dezan. Egileak bat datozte esatean bularreko haurrek SIDS garatzeko arrisku handiagoa dutela batez ere 6 hilabete baino gutxiago dituztenean, etnia beltz ez-hispanikokoak direnean, indigenak ez-indigenen aurrean, jaiotzean duten pisua eta haurdunaldiko asteak zenbat eta txikiagoa izanda (batez ere, 2500g baino gutxiago dutenean). Gainera, SIDS kasu gehiago izaten dira lehensemeak ez diren haurretan.

Gurasoekin lotutako faktoreetan ikusi da haien etnia eta adina, egoera zibila, aurreko jaiotzak eta hezkuntza-maila ere faktore eragingarriak direla. Adinari dagokionez, adin zehatzaren adostasunik ez dagoen arren, ondorioztatu da ama gazteekin, batez ere nerabeak direnean, SIDS-aren arrisku handiagoa dagoela. Izan ere, haur bat haztea eta behar dituen zaintzak ematea zailagoa suerta daiteke oraindik hazten eta heldutasunerako prozesuan dagoen pertsona batentzat, zaharragoa den eta esperientzia handiagoko pertsona batekin alderatuta. Era berean, ikusi da gurasoak afroamerikar etniakoak direnean aukera gehiago daudela sindromea garatzeko. Gainera, hezkuntza-maila zenbat eta txikiagoa izateak, ama ezkongabeak eta aurretiko jaiotzak izateak arrisku handiagoa dakar, batez ere horietako bat sindromearen ondorioz hil denean.

Egileen artean ere akordio bat dago, non estatus sozioekonomikoa zenbat eta behartsuagoa den, sindromearen garapenean laguntzen duen; baita pobrezia eta kanpoko eta urrutiko eremuetan bizitzeak ere. Gainera, neguak, gauak eta goizeko lehen orduak (19:00etatik 07:00etara) ere eragina dute.

Faktore aldagarriak ere identifikatu dira, hauek loa-, alkohola, tabakoa eta bestelako drogak-, jaio-aurreko zainketak-, txertaketak- eta edoskitzearekin lotu direlarik. Loarekin zerikusia duten faktoreei dagokionez, batez ere ikusi da ahuspez eta/edo alde batera lo egiteak, azalera bigunetan edo helduen koltxoietan lo egiteak, ohea partekatzeak, beharrezkoak ez diren objektuen presentziak eta gainberotzeak arrisku bat suposatzen dutela, SIDS-aren prebalentzia areagotuz. Hortaz, lo-praktika hauek saihestu beharko lirateke. Gainera, amagandiko edoskitzea eta txertaketa sindromearen aurkako babesleak izan daitezkeela adostu da, baina ez dago horren ebidentzia ziurrik.

Bestetik, gaia etikoki korapilatsua izan daitekeenez, aztertzea lan zaila suertatzen da. Horrela, aurkitutako mugak ikerketa motak eta hauetan aztertutako laginen arteko aldeen eta aldagaien elkarreraginen ondorio dira. Honek ikerketen kalitatea eztabaidagarria bilakatzen du. Honen adibide kasu-kontrolen laginean dugu, SIDS taldearen lagina askoz txikiagoa baita kontrol taldearekin alderatuta; zalantzan jartzen duena bi taldeak konparatuz lortutako datuak. Hortaz, artikuluen kalitatea onena ez izateak informazioaren kalitatea ere zailtzen du. Gainera, erabilitako ikerketa motak ez dira ebidentziaren piramidean gorenen dauden artikulua, ulergarria dena etikoki ezinezkoa izango litzaketelako ikerketa esperimentalak bezalako lanak burutzea. Guzti honek, ebidentzia-maila txikiagoa izatea eragiren du; are gehiago, artikuluko bakoitzean faktoreak neurtzeko baremo desberdinak erabiltzen badituzte, maila sozioekonomikoarekin gertatzen denez esaterako, ezin dugu modu berean estrapolatu eta beraz informazioa ez da zuzenena izango.

Gainera, aipatu beharrekoa da izandako beste limitazio bat terminoen anbiguitasuna izan dela. Izan ere, termino berriak garatuz joan direnez, ikerketaren arabera, bakoitzak termino zehatz bat erabiltzen zuen sindromea aipatzeko; diagnostikoan eta kasuen identifikazioan akatsak eragin ditzakeena. Horrela, herrialde batzuetan SUDI terminoa proposatu da SIDS terminoa ordezkatzeko, SUDI SIDS baino argiagoa dela defendatuz. Era berean, Center for Disease Control and Prevention (CDC) erakundeak proposatu du SUID erabiltzea. Honek sindromea ebaluatzeko argitasun eta adostasun falta dakar, eragina duena gaiari buruzko azterketak egiterakoan, nahasmena sor baititzake.

Hala eta guztiz ere, azterlanaren indarguneetako bat sistematikoki egin dela da, bai bilaketan, bai artikuluen aukeraketan; gainera, datuak analisi kritikoaren bidez atera dira. Lanaren beste indargune bat alda daitezkeen faktoreak eta aldaezinak aztertu direla da, eta guk esku har dezakegun faktoreei ez ezik, arrisku-taldea detektatzen lagun diezaguketen faktoreei ere garrantzia eman zaiela. Horrela, osasun-profesionalek ebaluatzeko eta kontuan hartzeko faktoreek duten premia eta garrantziaz jabetzen dira. Gurasoei heziketa ona emateak duen garrantziaz ere jabetzen da; horrela, sindromeari buruz gehiago kontzientziazten dugu eta garaiz identifikatzen laguntzen dugu.

Laburbilduz, berrikusitako informazioaren arabera, SIDS-aren zifrak denborarekin murrizten joan diren arren, azken urteetan gelditu egin dira. Horregatik, etorkizunean arrisku-faktore horiek eta beste batzuk aztertzeko jarraitzeko ikerketak egitea gomendatzen da, tasak murrizten laguntzeko edo sindromea erabat desagerrarazteko. Horrez gain, termino bakar bat adostu behar da, diagnostikatzeko orduan aldakortasunari bidea ez ematearren.

BIBLIOGRAFIA

1. Fitzgerald DA, Jeffery H, Arbuckle S, du Toit-Prinsloo L, O'Sullivan T, Waters K. Sudden Unexpected Death in Infancy [SUDI]: What the clinician, pathologist, coroner and researchers want to know. *Paediatr Respir Rev.* 2022;41:14-20
2. Park S, Han JH, Hwang J, Yon DK, Lee SW, et al. The global burden of sudden infant death syndrome from 1990 to 2019: a systematic analysis from the global burden of disease study 2019. *QJM: An International Journal of Medicine.* 2002; 115(11):735-744
3. Cepeda SJ, Zenteno AD, Fuentes SC, Brockmann VP. Muerte súbita inesperada en la infancia: Actualización y medidas de prevención. *Andes pediátrica.* 2021;92(4):609–16
4. Michael Obladen. Cot Death: History of an Iatrogenic Disaster. *Neonatology.* 2017;113:162–9
5. Russell-Jones DL. Sudden infant death in history and literature. *Archives of disease in childhood.* 1985;60(3):278–81.
6. Shapiro-Mendoza CK, Palusci VJ, Hoffman B, Batra E, Yester M, Corey TS, et al. Half century since SIDS: A reappraisal of terminology. *Pediatrics.* 2021;148(4)
7. Horne R. Sudden infant death syndrome: current perspectives. *Internal Medicine Journal.* 2019;49(4):433
8. Polavarapu M, Klonoff-Cohen H, Rosenblatt K, Joshi D, Kumar P, An R. Development of a Risk Score to Predict Sudden Infant Death Syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022;19(16)
9. Mitchell EA, Krous HF. Sudden unexpected death in infancy: A historical perspective. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2015;51(1):108–12
10. Spinelli J, Collins-Praino L, Van Den Heuvel C, et al. Evolution and significance of the triple risk model in sudden infant death syndrome. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2017;53(2):112-115
11. Rossato NE. Síndrome de la muerte súbita del lactante. De la teoría a la práctica diaria. *Clín Pediatr Sur.* 2010; 3(4):65-82
12. Van Nguyen J, Abenhaim H. Sudden Infant Death Syndrome: Review for the Obstetric Care Provider. *American journal of perinatology.* 2013; 30(09):703-714
13. Herrero MD. Abordaje enfermero del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *Nuberos científica.* 2016;3(18):45–51
14. De Visme S, Chalumeau M, Levieux K, et al. National Variations in Recent Trends of Sudden Unexpected Infant Death Rate in Western Europe. *Journal of Pediatrics.* 2020; 226: 179-185 e4
15. Perrone S, Moretti S, Prezioso G, Toscani G, et al. Sudden infant death syndrome: Beyond risk factors. *Life.* 2021;11(3):1-14–14
16. Aguilera B, Cáceres C, Alcalde C, Camarasa F, et al. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Asociación Española de Pediatría. 2013

17. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2021. Eskuragarri hemen: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
18. Aguilera B, Camarasa F, Carceller F, Cartagena JM, et al. V Simposium Nacional Sobre Síndrome De La Muerte Súbita Del Lactante (SMSL). Asociación Española de Pediatría. 2007
19. Goldberg N, Rodriguez-Prado Y, Tillery R, et al. Sudden Infant Death Syndrome: A Review. *Pediatric Annals*. 2018;47(3):e118-e123
20. Eileen R. Giardino, Sherhonda Harper, Stacy A. Drake, Thomas F. Reynolds, Yijiong Yang, Jennifer Ross, et al. A Descriptive and Geospatial Analysis of Environmental Factors Attributing to Sudden Unexpected Infant Death. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*. 2019;40:108–16
21. Godoy M, Maher M. A ten-year retrospective case review of risk factors associated with sleep-related infant deaths. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2022;111(6):1176-1185–1185
22. Jhun I, Mata DA, Nordio F, Lee M, Schwartz J, Zanobetti A. Ambient Temperature and Sudden Infant Death Syndrome in the United States. *Epidemiology*. 2017;28(5):728–34
23. Osawa M, Nagao R, Kakimoto Y, Ueno Y, Sugimoto M, Ikeda N, et al. Circumstances and factors of sleep-related sudden infancy deaths in Japan. *PLoS ONE*. 2020;15
24. Shipstone RA, Young J, Kearney L, Thompson JMD. Prevalence of risk factors for sudden infant death among Indigenous and non-Indigenous people in Australia. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2020;109(12):2614-2626
25. Kanits F, L'Hoir MP, Feskens EJM, Boere-Boonekamp MM, Engelberts AC. Risk and Preventive Factors for SUDI: Need We Adjust the Current Prevention Advice in a Low-Incidence Country. *Frontiers in Pediatrics*. 2021;9
26. Gutiérrez C, Rodríguez A, Beltramo P, Kanopa V, Palenzuela S, García R, et al. Muerte inesperada del lactante: Análisis de 591 casos. *Arch Pediatr Urug*. 2017; 88(1):12-18
27. Mitchell EA, Thompson JM, Zuccollo J, MacFarlane M, et al. The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: the New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study. *N Z Med J*. 2017;130(1456):52-64
28. Yamada MM, Li JS, Landstrom AP, Rosamilia MB, Chiswell KE, et al. Risk Factors for Sudden Infant Death in North Carolina. *Frontiers in Pediatrics*. 2021;9.
29. Winterbach M, Hattingh C, Heathfield LJ. Retrospective study of sudden unexpected death of infants in the Garden Route and Central Karoo districts of South Africa: Causes of death and epidemiological factors. *South African Journal of Child Health*. 2021;15(2):74
30. Ostfeld BM, Schwartz-Soicher O, Reichman NE, Teitler JO, Hegyi T. Prematurity and Sudden Unexpected Infant Deaths in the United States. *Pediatrics*. 2017;140(1)
31. Anderson TM, Ramirez J-M, Allen K, Mitchell EA. Circadian variation in sudden unexpected infant death in the United States. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2021;110(5):1498-1504–1504

32. Palomo IMC, Rodríguez MRL, Márquez ÁM. Muerte súbita del lactante. Prevención primaria. *Enfermería Docente*- 2018; 64-72
33. Allen K, Chajewska U, Anderson TM, Ramirez J-M, Mitchell EA. Factors associated with age of death in sudden unexpected infant death. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2021;110(1):174-183–183
34. Ouattara BS, Tibbits MK, Toure DM, Baccaglioni L. Sudden unexpected infant death rates and risk factors for unsafe sleep practices. *World Journal of Pediatrics*. 2022;18(3):225
35. Weiss S. Protecting Infants from Sudden Unexpected Infant Death: Guidelines for Interventions during the Perinatal Period from the French National College of Midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2022;67(S1):S83-S92– S92
36. MacFarlane ME, Thompson J MD, Wilson J, Lawton B, Taylor B, Elder DE, et al. Infant Sleep Hazards and the Risk of Sudden Unexpected Death in Infancy. *The Journal of Pediatrics*. 2022;245:56–64

ERANSKINAK

i. Eranskina: Kontzeptu taula

Kontzeptu nagusia	Lengoaia naturala		Lengoaia kontrolatua (deskriptoreak)
	Sinonimoa	Ingelesez	
Bularreko haurrak	<ul style="list-style-type: none"> - Ume - Haur 	<ul style="list-style-type: none"> - Infant - Breastfed - Baby 	Medline (MeSH): infant CINAHL (Descriptor de CINAHL): infant PsycINFO (Thesaurus): sudden infant death Cochrane Database (MeSH): infant CUIDEN: lactantes EMBASE (EMTREE): infant
Bat-bateko heriotza	<ul style="list-style-type: none"> - Heriotz - Hiltze 	<ul style="list-style-type: none"> - Death - Sudden death 	Medline (MeSH): death, sudden CINAHL (Descriptor de CINAHL): sudden death PsycINFO (Thesaurus): sudden death Cochrane Database (MeSH): death, sudden CUIDEN: muerte súbita EMBASE (EMTREE): sudden infant death
Bularreko haurren bat-bateko heriotza sindromea		<ul style="list-style-type: none"> - Sudden infant death syndrome - Sudden unexpected infant death 	Medline (MeSH): sudden infant death CINAHL (Descriptor de CINAHL): sudden infant death PsycINFO (Thesaurus): sudden infant death Cochrane Database (MeSH): sudden infant death CUIDEN: síndrome de muerte súbita EMBASE (EMTREE): sudden infant death syndrome
Arrisku faktoreak	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizio - Ahultasun - Kausa 	<ul style="list-style-type: none"> - Risk - Risk factors - Cause 	Medline (MeSH): risk, risk factors CINAHL (Descriptor de CINAHL): risk factors PsycINFO (Thesaurus): risk factors Cochrane Database (MeSH): risk, risk factors CUIDEN: factores de riesgo EMBASE (EMTREE): risk factor
Prebentzioa	<ul style="list-style-type: none"> - Neurriak 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevention - Precaution - Avoidance 	Medline (MeSH): primary prevention CINAHL (Descriptor de CINAHL): preventive health care PsycINFO (Thesaurus): prevention Cochrane Database (MeSH): primary prevention CUIDEN: prevención

			EMBASE (EMTREE): prevention
--	--	--	------------------------------------

ii. Eranskina: Bilaketa taula

Datu-basea	Bilaketa ekuazioa	Emaitzak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
MEDLINE/PUBMED 1	(Death, Sudden) AND [(Risk Factors) OR (Risk)] AND (Infant) + limitea 2017-Current	10	0	2 artikuluek ez zuten adinaren barneratze-irizpidea betetzen, gainerakoek (n = 8) ez zioten helburuari erantzuten. Hurrengorako bilaketan kontzeptuak aldatu.
MEDLINE/PUBMED 2	(Sudden Infant Death) AND [(Risk Factors) OR (Risk)] + limitea 2017-Current + limitea english or spanish	166	30	10 artikuluek ez zuten adinaren barneratze-irizpidea betetzen, 16k ez zuten abstrakturik, 7 errepikatuta zeuden, eta gainerakoek ez zioten helburuari (n =103) erantzuten. 30 aukeratu ziren lehenengo irakurketa bat egiteko, horietatik 4 emaitzetarako erabiliz.
MEDLINE/PUBMED 3	(Sudden Infant Death) AND [(Risk Factors) OR (Risk)] AND (Primary Prevention) + limitea 2017-Current	1	0	Bilaketa txarra, ez zuten abstrakturik. Hurrengorako kontzeptuak aldatu.
MEDLINE/PUBMED 4	(Sudden Infant Death) AND (Primary Prevention) + limitea 2017-Current	4	0	Batek ez zuen abstrakturik, 2 errepikatuta zeuden, eta gainerakoak (n=1) ez zion helburuari erantzuten.
CUIDEN 1	(Lactantes) AND (Muerte súbita) AND (Factores de riesgo)	10	1	9 artikuluek ez zuten argitalpen-dataren barneratze-irizpidea betetzen (2017tik aurretik argitaratuak). Emaitzetarako 1 aukeratu zen.
CUIDEN 2		5	0	Aurreko bilaketaren artikulua berdinak (n=5 errepikatuta).

	(Síndrome de muerte súbita) AND (Lactantes) AND (Factores de riesgo)			
CUIDEN 3	(Muerte Súbita) AND (Lactantes)	24	0	12 artikuluek ez zuten argitalpen-dataren barneratze-irizpidea betetzen, 9 errepikatuta zeuden, eta 3k ez zioten helburuari erantzuten.
COCHRANE 1	(Sudden Infant Death) AND (Risk Factors) + limitea 2017-2023	0	0	Bilaketa txarra. Hurrengorako kontzeptuak aldatu.
COCHRANE 2	(Infant) AND (Death, Sudden) AND (Risk Factors) + limitea 2017-2023	0	0	Kontzeptuak aldatu.
COCHRANE 3	(Sudden Infant Death) AND (Primary Prevention) + limitea 2017-2023	0	0	Bilaketa txarra.
COCHRANE 4	(Sudden Infant Death) + limitea 2017-2023	3	0	Bi artikuluek ez zioten helburuari erantzuten eta gainerakoa errepikatuta zegoen.
LILACS 1	(Lactante) AND (Muerte súbita) AND (Factores de riesgo) + limitea 2017-2023	12	5	6 artikuluek ez zioten helburuari erantzuten; batek ez zuen abstrakturik. 5 artikuluek lehenengo irakurketa bat egiteko hautatu ziren. Horietatik, bat emaitzearako erabili zen.
PSYCINFO 1	(Sudden Infant Death) AND (Risk Factors) + limitea 2017-Current	14	2	6 artikuluek literatura grisa (disertazioak) ziren; bat liburu baten atala zen; 2 artikuluek ez zioten helburuari erantzuten, eta 3 errepikatuta zeuden.

				Gainerako biak lehenengo irakurketa bat egiteko erabili ziren.
CINAHL 1	(Infant) AND (Death, Sudden) AND (Risk Factors) + limitea 2017- 2023	2	0	Ezein artikuluek ez zioten helburari erantzuten (n=2).
CINAHL 2	(Sudden Infant Death) AND (Risk Factors) + limitea 2017-2023	49	8	4 artikuluek ez zuten abstrakturik, batek ez zuen adinaren barneratze-irizpidea betetzen, 24 errepikatuta zeuden, eta 12 artikuluek ez zioten helburuari erantzuten. Gainerakoek (n=8) lehenengo irakurketa bat egiteko aukeratu ziren, horietako 6 emaitzearako erabiliz.
EMBASE 1	(Infant) AND (Death, Sudden) AND (Risk Factor) + limitea 2017- 2023	31	3	3 artikuluek ez zuten abstrakturik, 15 errepikatuta zeuden, 10k ez zioten helburuari erantzuten. Gainerakoek (n=3) lehenengo irakurketa bat egiteko hautatu ziren, horietatik bat emaitzearako erabiliz.
EMBASE 2	(Sudden Infant Death Syndrome) AND (Risk Factor) + limitea 2017- 2023 + limitea English or Spanish	267	26	20k ez zuten adinaren barneratze-irizpidea betetzen, 9k ez zuten abstract atalarik, 112 artikulua errepikatuta zeuden, eta gainerakoek (n=100) ez zioten helburuari erantzuten. 26 artikuluen lehenengo irakurketa bat egin zen, horietatik 3 baliagarritzat hartuz emaitzearako.
EMBASE 3	(Sudden Infant Death Syndrome) AND (Risk Factor) AND (Prevention) + limitea 2017-2023	9	3	2 artikuluek ez zioten helburuari erantzuten, 4 errepikatuta zeuden, gainerakoek (n=3) lehenengo irakurketa egin zen, emaitzearako bakar bat erabiliz.
The Journal Of Pediatrics	(Sudden Infant Death) (hitzak izenburu, abstract eta/edo hitz gako gisa) AND (Risk Factors)	15	1	Artikulu bat emaitzearako hautatu zen. Bi artikuluek ez zuten adinaren barneratze-irizpidea betetzen, 9 errepikatuta zeuden, eta gainerakoek (n=3) ez zioten helburuari erantzuten.

	AND (Prevention) + limitea 2017-2023			
--	--------------------------------------	--	--	--

iii. Eranskina: Ikerketa kuantitatiboko azterketaren irakurketa kritikoa

Artikulua: Prevalence of risk factors for sudden infant death among Indigenous and non-Indigenous people in Australia			
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Ikerketarekin lortu nahi duena eta zehazki azaltzen baitu. Helburua Queenslandeko indigena australiarren eta indigena ez diren SUDI arrisku-faktore ezagunen prebalentzian dauden aldeak aztertzea da, haur indigenen artean SUDI-ren heriotza-tasa handiagoa azal dezaketen faktoreak identifikatzeko.
Diseinua	Erabilitako diseinu-mota egokia da ikerketaren helburuari dagokionez (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Kohortean atzera begirako azterketa da, arrisku-faktorearen eta haren eragin hipotetikoaren arteko kausazko erlazioa aurkitzeko.
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimenteral bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Esku-hartze azterlan/azterlan esperimenterala ez denez, ez da galdera hau baloratu.
Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Bai, Queenslandeko Familia eta Haurren Batzordeak (QFCC) ikertzaile nagusiari eman zizkion 2010eko urtarrilaren 1etik 2014ko abenduaren 31ra bitartean izandako 228 bularreko haurren heriotzak, SUDI kasu guztiek barneratze-irizpideak betetzen zituztelarik (haurrak <1 urte izatea; heriotza bat-batekoa izatea, heriotza eragin zezakeen egoerarik egon gabe; heriotza ustekabekoa izatea; heriotzaren kausa berehala nabaria ez izatea).
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Pazienteak barneratze eta kanporatze irizpideak jarraituz hautatuak izan ziren, horrela lagina aukeratuz Queenslandeko Familia eta Haurren Batzordeak emandako heriotzetatik.
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Ez daude kasuen kopurua behar bezala kalkulatu denik adierazten duten irizpideak, "we were unable to estimate the population prevalence". Lagina 339 umetakoa da, baina ez da kalkulua nola egin den adierazten duten azalpenik.

Aldagaiaren neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Aldagai bakoitzaren azalpena ematen da, hau da, zertan oinarritu diren hura baloratzeko. Gainera, aldagai hauek nola neurtu diren ere azaltzen dute: "Associations between Indigenous status and factors were assessed using chi-square for categorical, and <i>t</i> tests or Wilcoxon tests for continuous variables according to the normality of the distribution of the continuous variables. Quantification of the association between factors and Indigenous status was estimated by odds ratios determined by carrying out logistic regression. Initially, univariable odds ratios were estimated, and then, a multivariable model was developed".
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasuneko edo harremaneko den: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiari dagokienez homogeenak direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Esku-hartze azterlan/azterlan esperimentalak ez denez, ez da galdera hau baloratu.
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Esku-hartze azterlan/azterlan esperimentalak ez denez, ez da galdera hau baloratu.
Emaitzak	Emaitzak, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Emaitzak bat datoz ikerketa-galderarekin, eta modu zehatz eta ulergarrian erakusten dituzte arrisku faktoreen desberdintasunak eta prebalentzia bi biztanleria-taldeetan.
Azken balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai HH Ez	<i>Zergatik?</i> Lortutako ondorioak bat egiten dutelako nire lanaren helburarekin; hau da, bularreko haurren bat-bateko heriotzaren arrisku faktoreak identifikatzen ditu. Gainera, metodologia egokia jarraitzen du, hau da, helburua eta biztanleria zehazten ditu, aldagaien eta datuen bilketa nola burutu den azalpena ematen da, eta emaitzak ondo aztertzen dira.

Artikuluak:

- 1 A Descriptive and Geospatial Analysis of Environmental Factors Attributing to Sudden Unexpected Infant Death.
- 2 A ten-year retrospective case review of risk factors associated with sleep-related infant deaths.
- 3 Ambient Temperature and Sudden Infant Death Syndrome in the United States.
- 4 Circadian variation in sudden unexpected infant death in the United States.
- 5 Circumstances and factors of sleep-related sudden infancy deaths in Japan.
- 6 Factors associated with age of death in sudden unexpected infant death.
- 7 Infant Sleep Hazards and the Risk of Sudden Unexpected Death in Infancy.
- 8 Muerte súbita del lactante. Prevención primaria
- 9 Muerte inesperada del lactante: Análisis de 591 casos
- 10 Prematurity and Sudden Unexpected Infant Deaths in the United States.
- 11 Protecting Infants from Sudden Unexpected Infant Death: Guidelines for Interventions during the Perinatal Period from the French National College of Midwives
- 12 Retrospective study of sudden unexpected death of infants in the garden route and central karoo districts of South Africa: Causes of death and epidemiological factors
- 13 Risk and Preventive Factors for SUDI: Need We Adjust the Current Prevention Advice in a Low-Incidence Country
- 14 Risk Factors for Sudden Infant Death in North Carolina
- 15 Sudden unexpected infant death rates and risk factors for unsafe sleep practices
- 16 The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: the New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study.

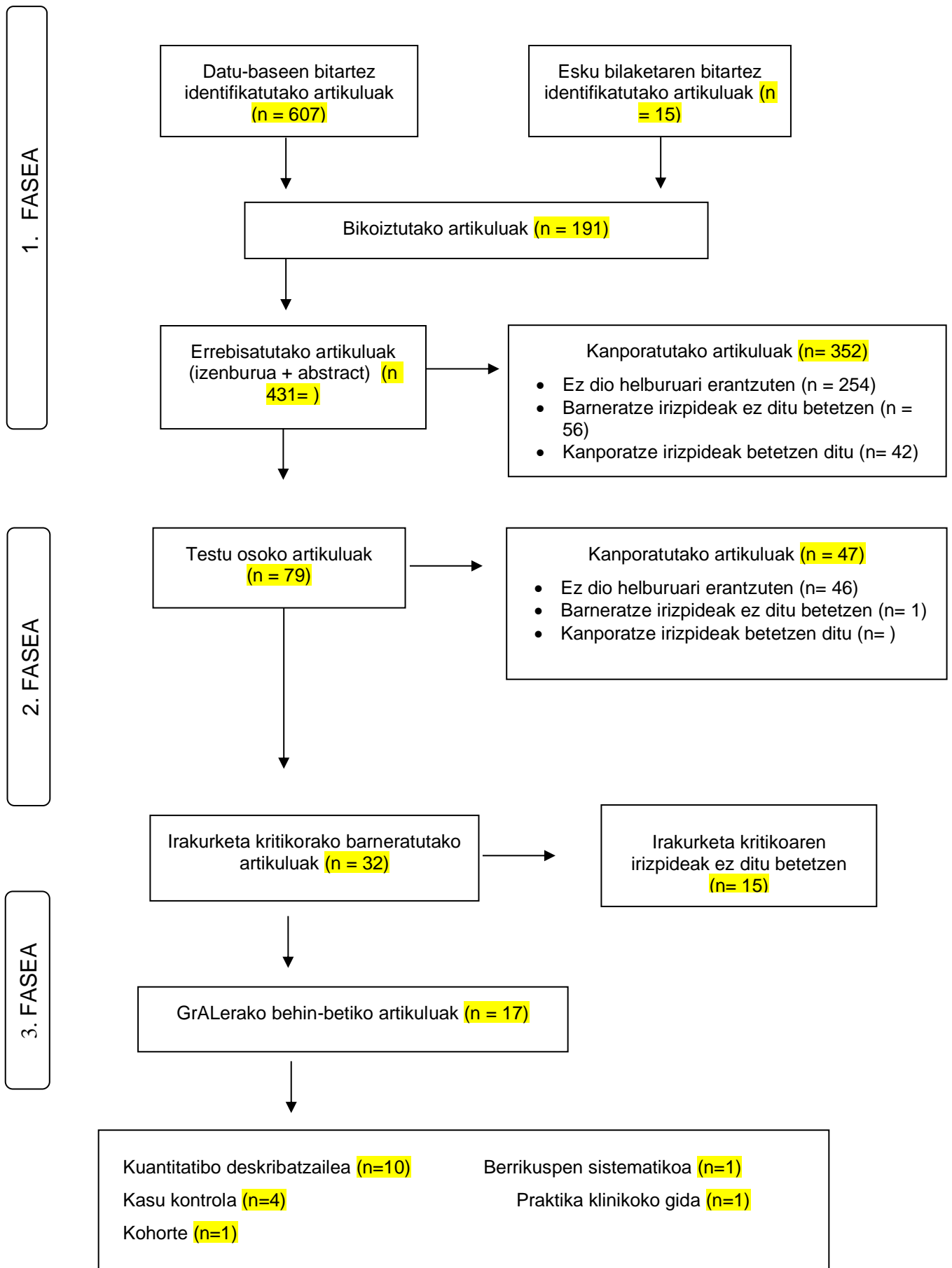
		Irizpideak									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Helburua k eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Diseinua	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimetal bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Aldagaien neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiei dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Emaitzak	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Amaitu balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

	Irizpideak	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Diseinua	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimantal bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Populazioaren kontzeptua eta	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Aldagaien neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaien dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Emaitzak	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Amaitu balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

iv. Eranskina: Fluxu diagrama



v. Eranskina: Laburpen taula

Egileak (urtea)	Helburua	Diseinua	Lagina/Interbentzioa	Idea nagusiak eta emaitzak
A Descriptive and Geospatial Analysis of Environmental Factors Attributing to Sudden Unexpected Infant Death				
Drake SA et al. 2019	<p>Bi helburu ditu:</p> <p>1) SUID-ekin lotutako aldagaiak deskribatzea (adib. haurren ezaugarri demografikoak, lo-egiteko jarrera eta kokapena haurra aurkitutakoan, amaren ezaugarriak, autopsiaren emaitzak) eta</p> <p>2) haurren heriotzen kontzentrazio geografikoak identifikatzea, eta SUID-en arrisku-eremuak zehaztea.</p> <p>Azterketaren emaitzak dokumentazio medikojuridikotik eta komunitate-ezaugarri ezagunetatik atera zirenez, asmoa SUIDeri begirada berri bat ematea da, arrisku-faktoreak identifikatzen laguntzeko.</p>	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	<p>Kasuak 0tik 365 egunera bitarteko haurtxoen heriotzen 732 ikerketa-erregistroak izan ziren, 2004 eta 2013 artean hil zirenak.</p> <p>Ikertzaileek tresna bat garatu zuten heriotzen ikerketa-erregistroetatik datuak sistematikoki ateratzeko.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Heriotzen kasu gehienak gizonezkoak ziren (%57,5). - Arraza-talde nagusia beltza izan zen (%42,3), haur hispaniar (%29,9) eta zurien (%25,1) proportzioak berdintsuak izanik. - Laginean 21 haur zeuden (%8,6) biki edo hiruki multzo bateko kide zirenak. - %39,3 tabako-kontsumoan aurrekariak izan zituzten, %29 alkohol-kontsumoan eta %48,4 langabezian zeuden. - %53,3 ahuspezko etzaneran aurkitu zituzten, %14,1 alboko etzaneran eta %32,6 ahoz gorako etzaneran. - Haurren erdiak baino gehiago, %53,4 hilda aurkitu zituzten, ohe berbera partekatzen zuten bitartean. Horietatik, %59,2 heldu batekin partekatu zuten ohea, eta % 29,2 bi helduekin. - %77,8 haur heldu baten neurriko koltxoi batean hil ziren.
A ten-year retrospective case review of risk factors associated with sleep-related infant deaths.				
Godoy M, et al. 2022	<p>Manitoban (Kanada) 2009ko urtarriletik 2018ko abendura bitartean izandako bularreko haurren (0 – 24 hilabete) loarekin erlazionatutako heriotzekin lotutako arrisku-faktoreak identifikatzea.</p>	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	<p>Lagina 145 haur izan ziren, 0-24 hilabete bitartekoak, 2009-2018 artean hil zirenak.</p> <p>Autopsien txostenetatik, polizia-zerbitzuetatik eta, hala bazegokion, haurren ongizate-agentzietatik,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Batez besteko adina 4,8 hilabetekoa zen, eta adinik ohikoena hilabete batekoa. - %61,6 gizonezkoak ziren. - %77 ez zituzten gainazal homologatu batean lo egiten jarri, eta horien artean %50 hil ziren helduen koltxoi batean lo egiten ari zirelarik.

			<p>osasan-erregistroetatik eta ospitaleetatik jaso ziren datuak.</p> <p>“Office of the Chief Medical Examiner”-eko (OCME) mediku adituen ustez, 145 heriotzak loarekin zerikusia zuten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 129 haur beren lo-ingurunean beharrezkoak ez ziren objektuekin aurkitu zituzten - Loarekin zerikusia duten haurren heriotzen ia erdiek (%48) gainberotzearen adierazleak zituzten. - Lau hilabete baino gutxiago zituzten haurren artean, %90 sehaska bat ez zen beste lo-eremu batean zeuden, %65 beste pertsona batekin ohea partekatzen zeuden hil zirenean, eta %45 tabako-kearen eraginpean zeuden. - %61 ahoz gora etzanda zeuden, eta %54 ahoz gora ez den etzaneran aurkituak izan ziren. - 72 haur (%50) tabakoaren kearen eraginpean egon ziren. - Heriotzen %88an, hiru arrisku-faktore edo gehiago hauteman ziren.
Ambient Temperature and Sudden Infant Death Syndrome in the United States.				
Jhun I, et al. 2017	AEBko 210 hiritan, 35 urteko aldian, giroko tenperaturak SIDS arriskuaren gainean duen eragina ebaluatzea.	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	<p>Urte bat baino gutxiagoko haurren hilkortasunari buruzko eguneroko datuak 1972 eta 2006 artean bildu ziren AEBetako 210 hiritan, Osasun Estatistikako Zentro Nazionaletik. SIDS kasuak (n=60 364) Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren bidez identifikatu ziren.</p> <p>Denboran estratifikatutako kasuen analisi gurutzatua erabili zuten egun bereko airearen tenperaturaren eta SIDSaren arteko lotura ebaluatzeko.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SIDS-aren intzidentzia handiagoa izan zen gizonezkoen artean (%60), eta altuagoa neguan (%30,7) eta baxuagoa udan (%18,9). - SIDS kasuen erdia baino gehiago (%56) 0-2 hilabete bitarte gertatu ziren. - Tenperaturaren 5,6°C-ko igoerari dagokionez, SIDS arriskua %8,6 handitu zen udan (ekaina-abuztua) eta %3,1 murriztu zen neguan (abendua-otsaila). - SIDS-aren arriskua aldatu egiten da arraza eta haurren adinaren arabera. - Udako tenperaturarekin lotutako SIDS arriskua handiagoa izan zen 4 hilabeteko haurren artean (%20,9).
Retrospective study of sudden unexpected death of infants in the garden route and central karoo districts of South Africa: Causes of death and epidemiological factors				

Winterbach M, et al. 2021	SUDIren profila deskribatzea Mendebaldeko Lurmuturreko landa-eremuetan, Hego Afrikan. Ikerketaren helburua, SUDIren epidemiologia deskribatzea zen; eta, beraz, eskualde horietan SUDIrentzat arrisku handiena duen haurraren "profila" identifikatzea.	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	2012-2016 bitartean SUDI-gatik hildako 401 haur hautatu ziren. SUDI kasuak Garden Route eta Central Karoo barrutietako (Mendebaldeko Lurmuturra) zazpi gorputegietan onartu ziren. FPS Kasu Erregistroan eskuz bilatu zituzten bularreko haurren onarpen guztiak (urtebete baino gutxiagoko haur bat). Atzemandako datuak EpiDatatik Excelera (Microsoft Corp., AEB) eta Estadistika 64 (StatSoft, AEB) software programara esportatu ziren.	<ul style="list-style-type: none"> - %54,61 emakumeak ziren. - Negua heriotz gehien izan zituen urtaroa izan zen (%30,67). Heriotz gutxien udan eman ziren (%18,95). - Heriotza gehienak (%62,59) gauez eta goizeko lehen orduetan (19:00-07:00) gertatu ziren. - Haur gehienak 6 hilabete bete baino lehen hil ziren (%89,28) eta haurren erdiak baino gehiago 12 aste bete aurretik (%61,60). - Kasuen %54,82k jaiotza-pisu txikia (<2500 g) zuten. - Amaren erretzea jaio aurreko eta osteko arrisku-faktorerik nagusiena zen, %55,82 haurdunaldian tabakoaren eraginpean. Amen %46,23k alkohola kontsumitu ohi zuen haurdunaldian. - 10 haur (%3,37) hil ziren euren sehaskan bakarrik lo zeudelarik. %90 baino gehiago hil ziren ohea partekatzen zeuden bitartean. Horietatik, %49,44a ohea heldu batekin eta %21,19a bi helduekin partekatzen ari ziren. - Hildako haurren aurkitutako lo egiteko jarrera ohikoenak hurrengoak ziren: alboko etzaneran %48,15; ahoz gora %38,15; eta ahuspez %11,11. - Baldintza sozioekonomiko txarrak, hala nola amaren langabezia (%87,98), eskola-hezkuntza osatugabea (%86,9) eta ezkongabeko amatasuna (%86,87) oso ohikoak ziren. - Haurren erdiak baino gehiago, amaren hirugarren edo geroagoko jaiotako seme-alaba ziren.
Circadian variation in sudden unexpected infant death in the United States.				
Anderson TM, et al. 2021	Zehaztea ze faktore dauden lotuta bularreko haurraren bat-bateko heriotzarekin (SUID) eguneko ordu bakoitzeko.	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	Datu multzoa Fatality Review Case Reporting System (NFR-CRS) erakundeak eman zuen. 2006tik 2015era 37 estatutan izandako haurren 20 005 heriotza biltzen ditu. Heriotza-orduaren eta 118 aldagairen arteko banaketa-patroiak	<ul style="list-style-type: none"> - Eguneko heriotzak: %39; eta gaueko heriotzak: %61. - Tarterik bereizgarrienak 22:00etatik 09:00etara eta 10:00etatik 21:00etara izan ziren. - Haurren %64,5 zuriak ziren, hauetatik %55,1a gauez hil zirelarik. - %89,7a lo-ingurunearekin lotutako heriotza izan zen; horietatik %94,1a gauez gertatu zela. - Heriotzen %35,6a helduentzako ohe batean gertatu zen, %49,8a gauez gertatuz. - Kasuen %29,6a ohea partekatzen zegoen hil zenean.

			konparatu ziren, SUID heriotza-orduarekin korrelazio handia zutenak zehazteko, modelizazio estatistikoko teknika aurreratuen bidez.	<ul style="list-style-type: none"> - Heriotzen %33,8 eta %10,5a izandako lo egiteko jarrera ahuspez eta alde batera izan zen, hurrenez hurren. - Gaueko SUID-arekin gehien lotu ziren faktoreak hurrengoak izan ziren: ohea partekatzea, haurtxo txikiagoak (0-2 hilabete), arraza ez-zuriko haurrak, lo egiteko ahoz gorako etzaneran jarriak eta ahoz gorako etzaneran aurkituak, eta zaintzailea gurasoa izatea.
Circumstances and factors of sleep-related sudden infancy deaths in Japan.				
Osawa M, et al. 2020	Bularreko haurren bat-bateko heriotza kasuen baldintzen eta arrisku-faktoreen Japoniaren azken joerak ikertzea, loadian kolapso bat gertatu denean.	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	Loarekin lotutako SUIDren 259 kasu hautatu ziren, 2013tik 2018ra. Honako hauek izan ziren kasuetarako kontuan hartzeko irizpideak: gutxienez astebete eta gehienez 12 hilabete izatea, eta ustekabeen loadian gertatutako kolapsoa. Lortutako datuak postmortem informazioan oinarrituta aztertu ziren.	<ul style="list-style-type: none"> - Heriotza gehienak hilabeteko haurren artean gertatu ziren (%18). - %56 gizonezkoak ziren. - Jaiotze goiztiarreko haurrak SUIDren ondorioz hiltzeko 2,6 aldiz probabilitate handiagoa zuten ($p < .001$). - ≤ 19 urte zituzten amen haurren heriotza-intzidentziaren probabilitateak handiena zen (11,1), 30 eta 39 urte bitarteko amekin alderatuta ($p < .001$). - Lehensemeen aukera erlatiboak adierazten du ondorengo jaiotza-ordena arrisku-faktore garrantzitsua dela ($p < 0.001$). - Goizeko 7ak eta 8ak bitartean 30 kasu aurkitu ziren (%12), ordurik ohikoena izanik. Igoera handi bat ikusi zen goizeko seiak eta bederatziak bitartean. - %61 ohea partekatzen zuten. - Kasuen %40a ahuspez aurkitu ziren, eta %7 alde batera. - Ama haurdunaren tabakismoaren intzidentzia % 34koa izan zen.
Factors associated with age of death in sudden unexpected infant death.				
Allen K, et al. 2021	Ikerketak haurdunaldia, jaiotza eta demografiarekin zerikusia duten faktoreak sistematikoki aztertzea zuen helburu, ustekabeko haurren bat-bateko heriotzan.	<i>Kasu kontrola (longitudinala atzerabegirakoa)</i>	Datuak "Centers for Disease Control and Prevention's Cohort Linked Birth/Infant Death" datu multzotik aztertu ziren (2011-2013; 11.737 930 bizirik jaioak). Kasuak haurren bat-bateko heriotzaren sindromearen	<ul style="list-style-type: none"> - Heriotzaren batez besteko adina 103 egunekoa. - Haurdunaldiaren aurreko hiru hilabeteetan erretzen zuten amen eta haurdunaldian erretzen zuten haurren heriotza-adina gazteagoa zen, erretzen ez zuten amekin alderatuta ($p < 0,001$). - Egoera sozioekonomiko ahularekin zerikusia duten faktoreak, amaren IMC altua (≥ 35) ($p < 0,01$), ama ezkongabeak jaiotzean ($p < 0,001$), Medicaid aseguruia ($p < 0,001$), WIC programan parte hartzea (Emakume,

			<p>ondorioz, gaizki definitutako kausen ondorioz, edo ohean itota hildako haurrak ziren. 9668 SUID kasu izan ziren (7-364 egun; haurdunaldia >28 aste; 0,82/1000 bizirik jaiotak). Kontrolak haurdunaldiko 28 asteetan jaiotako (edo, geroago) haurrak izan ziren, lehen urtean bizirik iraun zutenak.</p>	<p>Haur eta Haurrentzako Nutrizio Programa Osagarria) (p<0,01), C hepatitisaren diagnostikoa (p<0,01) eta hirugarren hiruhilekoan jaiotako aurreko zainketak (p<0,01) barne, heriotzaren adin gazteago batekin lotzen ziren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aitaren arraza ezezaguna zenean jaiotza-agirian (p<0,001), edo amaren arraza beltza (p<0,01), heriotza-adin txikiago batekin lotzen zen. Aitaren arraza zuria (p<0,01) edo hispanoa (p<0,01) zenean, eta amaren arraza hispanoa (p<0,001), heriotza-adin zaharrago batekin lotzen zen. 12-17 hilabete gehiagoko anai-arrebak zituzten haurren heriotza-adina handiagoa zen (p<0,001). - Jaiotza-pisu txikiarekin (750-999g eta 1000-1249 g, p<0,001 eta <0,01, hurrenez hurren), haur goiztiarrekin (28-31 aste, p<0,001) eta haurdunaldiaren eta erditzearen konplikazioekin bat datozen faktoreak, SUIDen adin kronologiko nabarmen zaharrago batekin lotu ziren.
Infant Sleep Hazards and the Risk of Sudden Unexpected Death in Infancy.				
<p>MacFarlane ME, et al. 2022</p>	<p>Haurrak sofan lo egiteak, zaintzaileen alkoholaren, kannabisaren eta/edo beste droga batzuk berriki kontsumitu izanak, eta ohe eta burko motek, Zeelanda Berrian haurtzaroan ustekabeko heriotzan dituzten ondorioak aztertzea.</p>	<p><i>Kasu-kontrola (longitudinala atzerabegirakoa)</i></p>	<p>2012ko martxotik 2015eko otsailera bitartean, etorkizuneko kasu-kontrol ikerketa bat egin zen. Guraso/zaintzaileekin egindako elkarrizketetan jaso ziren datuak. Kasu guztiak (n=137) Zeelanda Berrian gertatutako SUDI heriotzak izan ziren. Heriotza horiek guztiak forentse batek ikertu zituen eta polizia ikerketa bat, SUDIren elkarrizketa bat (ikertzaile trebatua) eta autopsia osoa barne hartu zituen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Haurdunaldian tabakismoaren eta ohe partekatuen konbinazioaren eraginpean dauden haurren SUDI arriskua nabarmen handitzen da. - Sofa batean lo egitea SUDIren arrisku nabarmen handiagoarekin lotzen zen. - 3 hilabete baino gutxiagoko haurrek ohea partekatzerakoan SUDI-a izateko arrisku handiagoa zuten. Arriskua areagotu egiten zen haurdunaldian tabakoa erretzearekin. - Ohe heldu batean, sofa batean edo beste gainazal batean, bakarrik edo beste pertsona batekin, lo egiten zuten haurrek SUDI arrisku maila handiagoa erakusten zuten, sehaska batean lo egiten zuten haurren aldean.

			Kontrolak ausaz hautatu ziren(n=258), jaiotza-ospitale obstetrikoren, sexuaren, amaren etniaren eta elkarrizketaren uneko adinaren arabera parekatu ondoren, 2003-2007 aldian Zeelanda Berriko SUDI kasuen banaketarekin bat etorritz.	
Muerte súbita del lactante. Prevención primaria				
Palomo IMC, et al. 2018	Helburu orokorra lehen mailako prebentzio-neurriak identifikatzea da, bularreko haurraren bat-bateko heriotzaren aurrean. Helburu espezifikoa, bestetik, sindrome honekin lotutako arrisku-faktoreak adieraztea da, batez ere, alda daitezkeenak.	Berrikuspen sistematikoa	Bilaketa bibliografikoa Cuiden Plus, Scielo, Cochrane, PubMed eta ENFISPO datu-baseetan.	<ul style="list-style-type: none"> - Haurdunaldiaren kontrol eskasa SIDS izateko arrisku handiagoarekin lotzen da. - Arriskua 2-3 aldiz handiagoa da amak haurdunaldian eta edoskitzaroan erre bada. - Jaio ondorengo tabakoaren kontsumoa eta haurrarekin lo egitea SIDS arriskua 10 aldiz handiagoa izatearekin lotzen da. - Jaio ondoren tabakoarekiko esposizioak SIDS arriskua bost aldiz handitzen du kontsumoa eguneko 20 zigarro baino gehiagokoa bada. - Alkoholen eta beste drogen kontsumoak SIDS izateko arriskua areagotzen du. - Haur goiztiarrak eta jaiotzean pisu txikia izateak arriskua areagotzen du. - SIDS-agatik hildako anai-arrebarik izatea arriskua bost aldiz areagotzen du. - Haurdunaldi anizkoitzetan lehen egunetan arriskua hamar aldiz handitzen da. - Lo egiteko jarrerak(ahuspez eta alde batera), gainazal bigun batean lo egiteak eta haurrarekin lo egiteak SIDS arriskua areagotzen du. Gainazal bigun batean lo egiteak arriskua areagotzen du. - Amagandiko edoskitzeak %50 gutxitzen du arriskua.
Prematurity and Sudden Unexpected Infant Deaths in the United States.				

Ostfeld BM, et al. 2017	Zehaztea zer lotura dagoen haurdunaldiaren adinaren eta SUID jaiotzen artean, 2011ko "Safe Infant Sleep Guidelines"-ren ondoren.	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	AEBetako haurren jaiotza- eta heriotza-ziurtagirien 2012 eta 2013ko espedienteak Osasun Estatistikako Zentro Nazionalaren webgunetik deskargatu ziren. Oinarritzko inklusio-irizpideak betetzen zituzten 7.057.122 jaiotzetatik, 4658 SUID-i egotzitako heriotzak ziren, horietatik 2337 (%50) SIDS kasutzat identifikatuta.	<ul style="list-style-type: none"> - Heriotzaren ondorengo batez besteko adina egunetan: 110,2. - SUIDen probabilitate altuagoa haurdunaldiko 24 eta 27 aste bitarteko haurrentzat. - SUID kasuetako amek heziketa gutxiago zuten, gazteagoak ziren, ezkongabeak izateko aukera gehiago zituzten, eta Afrikako Amerikarrak izateko aukera gehiago zituzten bizirik zeuden haurrekin alderatuz (p<0,001). Ezaugarri hauek pobrezia-probabilitate handiagoarekin lotzen dira, estuki lotuta dagoena haurren heriotza-tasa orokorrekin, haur goiztiarrekin eta lo-praktika seguruak gutxiago betetzearekin. - Alde nabarmenak egon ziren bizirik atera zirenen eta SUID kasuen arteko banaketetan, kasu hauetan: 24-27 asteko adin gestazionala (p<0,000), amaren etnia zuri ez hispaniarra izatea (p<0,000), egoera zibila ezkondua izatea (p<0,000), amaren adina <18 (p<0,000), amaren hezkuntza bigarren mailako ikasketak baino gutxiagoa izatea (p<0,000), tabakismoa haurdunaldian (p<0,000), jaiotza aurreko arretaren erabilera desegokia (p<0,000), jaiotza-pisua 500-999g bitartean izatea (p<0,000), haurra neska izatea (p<0,000), eta jaiotza anizkoitzak (p<0,000).
Prevalence of risk factors for sudden infant death among Indigenous and non-Indigenous people in Australia				
Shipstone RA, et al. 2020	Queenslandeko indigena australiarren eta indigena ez direnen SUDI arrisku-faktore ezagunen prebalentzian dauden aldeak aztertzea, haur indigenen artean SUDI-ren heriotza-tasa handiagoa azal dezaketen faktoreak identifikatzeko.	Atzerabegirako kohorte ikerketa	Queenslandeko Familia eta Haurren Batzordeak (QFCC) ikertzaile nagusiari eman zizkion 2010eko urtarrilaren 1etik 2014ko abenduaren 31ra bitartean izandako 228 bularreko haurren heriotzak, SUDI kasu guztiek barneratze-irizpideak betetzen zituztelarik (haurrak <1 urte izatea; heriotza bat-batekoa izatea, heriotza eragin zezakeen	<ul style="list-style-type: none"> - Hainbat jaiotza-aurreko-eta jaiotza-faktoreek, ingurumeneko faktoreek eta faktore soziodemografikoek, indigenoen artean prebalentzia handiagoa dute indigenak ez diren haurren artean baino. - Heriotzen 170 kasuetan, egoera sozioekonomikoa baxua/neurritzkoa zen. - Familia ez indigenen artean, %50,9 ama erretzaileak ziren; eta, ama indigenei dagokionez, %75 (p=0,002). - %60,1a gizonezkoak ziren. - %13,8 haur goiztiarrak ziren. - %20 <2500g-ko jaiotza-pisua izan zuten. - Erdiak (%50) goiko arnasbidearen infekzio berria izan zuten. - %19,9 ahuspez oheratu ziren, eta %16,7 alde batera. %50,5 ahuspez hilda aurkitu ziren.

			egoerarik egon gabe; heriotza ustekabekoa izatea; heriotzaren kausa berehala nabaria ez izatea).	<ul style="list-style-type: none"> - %42,5 lo egiteko azalera partekatzen zuten. - %62,1 lo egiteko burkoak zituen. - Haur indigenen artean %90,2a tabako-kearen eraginpean zegoen etxean; ez-indigenak ordea %59,9 ziren ($p < 0,001$). - Alkoholaren eta legez kontrako beste substantzia batzuen kontsumoa heriotzaren gauean: %42,5.
Risk and Preventive Factors for SUDI: Need We Adjust the Current Prevention Advice in a Low-Incidence Country				
Kanits F, et al. 2021	SUDIaren arrisku-faktoreak eta prebentzio-faktoreak identifikatzea, bai eta 12 hilabetetik beherako haur holandarretan duten prebalentzia ere, 2014-2020 aldian, faktore horiek arrisku handiko taldeetan aztertuz.	Atzerabegirako kasu-kontrola	Kasuak 0 eta 12 hilabete arteko 47 SUDI kasuek osatzen zuten, 2014 eta 2020 bitartean hil zirenak Herbehereetan, Holandako Pediatria Elkarteko SUDI aditu taldeari jakinarazi zitzaizkionak. Kontrol-taldearen datuak, lo egiteko baldintza seguruei buruzko Holandako inkesta nazional batetik berreskuratu ziren, 2017an. Inkesta horretarako, 12 hilabete baino gutxiagoko haur bat duten 1192 gurasoei online inkesta bat betetzeko eskatu zitzairen.	<ul style="list-style-type: none"> - %59,6 gizonezkoak ziren. - %47,5 jaiotza tartean bigarrenak izan ziren, eta %20a hirugarrenak edo gehiago. - %19,1 2500g-ko jaiotza-pisua izan zuten. - Arrisku handiak aurkitu ziren edredoi baten azpian jarritako bularreko haurretan, amak haurdunaldian zehar eta/edo ondoren erretzen zituen haurretan eta lo egiterakoan ahuspez jarritako haurretan. - SUDI arrisku handia aurkitu zen 4 hilabete baino gutxiagoko haurretzat, ahuspez jartzerakoan, ohea partekatzerakoan edo edredoi baten azpian jartzen zituztenean. - Arrisku nabarmen handia aurkitu zen haur gazteentzat, gaur egun amak erretzen edo haurdunaldian erretzen dituen haurretzat, eta bularra ematen ez dioten haurretzat.
Protecting Infants from Sudden Unexpected Infant Death: Guidelines for Interventions during the Perinatal Period from the French National College of Midwives				
Weiss S. 2022	Jaio aurreko eta lehen haurtzaroko profesionalen SUID-ean esku hartzen duten babes-faktoreak eta saihestu daitezkeen arrisku-faktoreak gogoraraztea, guraso guztiei eta etorkizuneko gurasoei azal diezazkieten, haurdunaldian	Praktika klinikoko gida	2014ko maiatzetik 2019ko maiatzera bitartean SUID-en prebentzioari buruz ingelesez eta frantsesez argitaratutako azterlanen MEDLINE datu-base informatizatua bidez	<ul style="list-style-type: none"> - Ahoz beherako etzaneraren posizioa arrisku handiarekin lotzen da. - Alboko jarrera, hau da, albo batera lo egitea, ahoz beherako etzaneraren antzeko arriskuarekin lotzen da (alde batera lo egitea: OR doitua, 2,0; IC % 95, 1,2-3,4; ahoz behera etzanda lo egitea: aOR, 2,6; IC % 95, 1,5-4,5)

	eta erditu ondoren; horrela, heriotza horietako batzuk prebenituarren.		literatura zientifikoa berrikusi zen.	<ul style="list-style-type: none"> - Oheko osagarri bigunak bost aldiz handiagoa den SUID arriskuarekin lotu da. - Sofak azalera arriskutsuenetako bat dira, hiltzeko probabilitatea 66,9ra iristen delarik. - Erretzen ez zuten emakumeekin alderatuta, erretzaile guztiek zuten SUID izateko arrisku handiagoa (aOR, 2,44; IC %95, 2,31-2,57), baita haurdunaldian egunean zigarro bakarra erretzen zutenek ere (aOR 1,98; IC % 95, 1,73-2,28). - Gurasoek alkohola eta/edo drogak kontsumitzeak eta haurtxoarekin ohea partekatzeak SUID arrisku bereziki handia eragiten diote haurrari. - Gainberotzea SUIDen arrisku-faktore bat da. - Lehen 6 hilabeteetan amagandiko edoskitze eksklusiboak % 50eraino murriztu dezake SUID arriskua.
Muerte inesperada del lactante: Análisis de 591 casos				
Gutiérrez C, et al. 2017	Berrikuspen honen helburua SIDS-aren patologien azterlan deskribatzailea egitea da, eta heriotzaren inguruko inguruabarrak aztertzea, arrisku-faktoreak identifikatzeko.	<i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i>	Azterlan honetan, bat-batean eta ustekabeen hildako urtebetetik beherako 591 haur parte hartu zuten, 1998ko urritik 2015eko abendura MIL programan sartuta, 2002-2006 bitarteko tarte librearekin.	<ul style="list-style-type: none"> - %42 emakumezkoak %58 eta gizonezkoak ziren. - Adina 4 hilabetetik beherakoa izan zen kasuen %69,7. - Amen %61a 20-35 urte bitartekoak ziren; %31 nerabeak ziren eta %8a 35 urtetik gorakoak. - Alderdi sozioekonomikoari dagokionez, %73 defizitariora izan zen, %21 onargarria eta % 6 ona. - Kasuen %91k lo egiteko praktika arriskutsuak zeudela egiaztatu zen.
The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: the New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study.				
Mitchell EA, et al. 2017	Azterlan honen helburua Zeelanda Berriko haurren heriotza-tasa murriztea da, batez ere maorien artean. Horretarako, azterketa nazional bat egin da, haurtzaroko bat-bateko heriotzaren arrisku-faktore aldagarriak identifikatzeko.	<i>Atzerabegirako kasu-kontrol longitudinala</i>	Kasuek (n=133) Zeelanda Berrian jaio eta bertan bizi behar zuten, eta zazpi egun eta urtebete artean izan behar zuten (jaiotza-osteko adin-taldea). Kontrolei (n=649), bere aldetik, elkarrizketatu beharreko adin batausaz esleitu zitzaizen, kontrol-taldeak lehen	<ul style="list-style-type: none"> - Amaren haurdunaldiko tabakismoak SUDI arriskua areagotu zuen (OR doitu = 6,01; IC % 95 = 2,97; 12,15) kasuen %74an egonik. - Lo egiteko ahoz behera etzanda zeuden bularreko haurrek arrisku handiagoa zuten (ORa = 3,85; IC % 95 = 1,07; 13,89) lo egiteko ahoz gora jarritako bularreko haurren aldean. - Heriotzen %57,5a ohe partekatuan gertatu ziren. Ohea partekatzeak SUDI arriskua handitu zuen (aOR = 4,96; IC % 95 = 2,55, 9,64) ohea partekatzeak arriskua boskoiztuz.

			<p>deskribatutakoaren antzeko adin-banaketa izango zuela bermatzeko. Hautaketaren ondorioz, kasuen banaketak eta kontrolak oso antzekoak izan ziren (ospitaleari, etniari eta adinari dagokienez), zuzeneko parekatzerik egon gabe.</p>	<p>Gurasoen logela partekatzen ez zuten bularreko haurrek SUDI izateko arrisku handiagoa zuten (aOR = 2,77; IC % 95 = 1,45, 5,30).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haurdunaldian ama erretzaileen bularreko haurrek eta ohea partekatzen zutenek, SUDI izateko arrisku nabarmen handiagoa zuten (aOR = 32,8; IC % 95 = 11,2; 95,8), amaren tabakismoaren eta ohea partekatzearen eraginpean ez zeuden bularreko haurren aldean. - %57,9 gizonezkoak. - Heriotzak ugariagoak izan ziren bikietan eta jaiotza pisu txikia izan zutenetan. Heriotza gehieneko adina 1-3 hilabetekoa izan zen. - Amen % 74k erretzen zuten. Ama erretzaileen bularreko haurrek SUDI izateko sei aldiz arrisku handiagoa zuten ama ez-erretzaileen bularreko haurren aldean. - Desberdintasun esanguratsuak aurkitu ziren honako faktore hauetan: egoera zibila (p=0,002), aurretik bizirik jaiotakoen kopurua (p<0,0001), amaren adina (p<0,0001), tabakismoa haurdunaldian (p<0,0001, jaiotza ugari (p=0,01), pisua jaiotzean, lo egiteko jarrera (p=0,0006), ohea partekatzea (p<0,0001), bularra ematea (p=0,014), gela partekatzea (p=0,006).
Sudden unexpected infant death rates and risk factors for unsafe sleep practices				
<p>Ouattara BS, et al. 2021</p>	<p>SUID tasak kalkulatzeko 2008tik 2017ra, eta Douglas konderriko (Nebraska) lo-praktika ez-seguruen determinatzaileak ebaluatzea.</p>	<p><i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i></p>	<p>Azterlanaren populazioa Douglaseko konderrian (Nebraska) bizirik jaiotako haur guztiek ordezkatu zuten, 2008tik 2017ra. Ikerketan 2008 eta 2017 bitartean SUID-agatik hil ziren 62 bularreko haurrak hautatu ziren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Heriotza gehienak 6 hilabete baino lehen gertatu ziren (%92). - Amaren arraza haurrarekin lo egiteko intzidentziarekin lotuta zegoen. Izan ere, ikerketaren ama ez-zuriek, (horietatik %80a arraza beltzaranakoak izanik), ama zuriek baino lau aldiz aukera gehiago zituzten ohea seme-alabekin partekatzeko. - Ikerketan parte hartu zutenen %90ek baino gehiagok segurtasunik gabeko lo-jokabide bat praktikatu zuten. - Haurrarekin ohea partekatzeko probabilitateak 4,2 aldiz handiagoak izan ziren ama ez-zurientzat zurientzat baino. - Medicaiden ama onuradunek 4,1 aldiz aukera gehiago zituzten ohea partekatzeko.
Risk Factors for Sudden Infant Death in North Carolina				

<p>Yamada MM, et al. 2021</p>	<p>Ipar Karolinan SIDS-aren eta arraza/etniaren, jaiotzean duen pisua/haurdunaldiko adinarenetako faktore sozioekonomikoak/ingurumenekoen arteko loturak identifikatzea, SIDS arriskua duten haurrak identifikatzen laguntzeko.</p>	<p><i>Kuantitatibo deskribatzailea (transbertsala)</i></p>	<p>Datuak Ipar Carolinako bizi-erregistroetatik atera ziren, 2007ko urtarriletik 2016ko uztaileira. SIDS-ak eragindako heriotzen kohortek (n=1155) irizpide hauek barne hartu zituen: (1) heriotza-ziurtagiriak, 2007ko urtarriletik 2016ko uztaileira bitartekoak; (2) adina, heriotzaren unean <1; eta (3) heriotzaren azpiko kausa, R95eko ICD10 kodea ("Bularreko haurraren bat-bateko heriotzaren sindromea") edo R99 kodea ("Gaizki definitutako eta zehaztu gabeko beste heriotza-kausak batzuk").</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SIDS garatzeko probabilitateak nabarmen murriztu ziren ($p < 0,01$) emakumezkoen sexuarekin, hispanoa ez den arraza/etnia zuriarekin (hispanoa ez den arraza beltzarekin alderatuta), eta amaren adinarekin (25-29, 30-34 eta ≥ 35 urte) 19 urteko emakumeekin konparatuz. - SIDS garatzeko probabilitateak, ordea, handitu egiten ziren: <39 aste haurdunaldian, pisua jaiotzean <2500g, 0-8 urteko edo 9-12 urteko ama-hezkuntza, eta edozein tabako-kontsumo haurdunaldiaren aurreko hiru hilabeteetan. - Hispanoak ez diren bularreko haur beltzek SIDS izateko arrisku neurrigabe handia dute. - Amaren hezkuntza-maila txikiagoa izatea, amaren adin txikiagoa izatea, haurraren sexu maskulinoa eta anai-arrebaren bat aldeztetik hiltzea SIDS-aren arrisku handiagoarekin lotzen direla.
-------------------------------	---	--	--	---

vi. Eranskina: Zuhaitz kategoriala

