



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de  
Atención Primaria  
España

Sánchez Ruiz-Cabello, F. J.; Ortiz Ortiz González, L.; Grupo PrevInfad  
Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 2). Actividades preventivas  
Pediatría Atención Primaria, vol. XVI, núm. 61, 2014, pp. 71-80  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366634223014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Publicado en Internet:  
14-abril-2014

Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello:  
[jsanchezrc@gmail.com](mailto:jsanchezrc@gmail.com)

F. J. Sánchez Ruiz-Cabello<sup>a</sup>, L. Ortiz Ortiz González<sup>b</sup> y Grupo PrevInfad<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS Zaidín Sur. Granada. España • <sup>b</sup>CHARE Guadix. Granada. España • <sup>c</sup>Grupo PrevInfad (AEPap): F. J. Soriano Faura (coord.), J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, M. J. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, J. García Aguado, A. Martínez Rubio, J. M. Mengual Gil, M. Merino Moina, C. R. Pallás Alonso, F. J. Sánchez Ruiz-Cabello.

## Resumen

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) constituye la principal causa de mortalidad en lactantes entre un mes y un año de vida en países desarrollados. Su incidencia ha decrecido drásticamente en países en los que se ha adoptado la posición supina; sin embargo, en los últimos años este descenso se ha estabilizado. Puesto que en más del 95% de los casos de SMSL están involucrados dos o más factores de riesgo, se hace preciso reconsiderar las actividades preventivas.

En el presente artículo se revisan las recomendaciones y actividades preventivas basadas en la actuación sobre los factores de riesgo modificables más importantes: recomendar la posición supina durante el sueño (es el factor de riesgo más importante), evitar tabaquismo alcohol y drogas durante el embarazo, recomendar la cuna dentro del dormitorio de los padres con superficie firme, sin objetos blandos ni sábanas sueltas y evitar el sobrecalentamiento por temperatura exterior elevada o demasiado abrigo. La lactancia materna es el factor protector más importante, haber seguido las visitas durante el embarazo y el uso del chupete se muestran también como factores protectores. Hay que resaltar la falta de evidencia sobre la monitorización a domicilio como factor preventivo.

**Palabras clave:**  
• Síndrome de la muerte súbita del lactante  
• SMSL

## Abstract

Sudden infant death syndrome (SIDS) is the leading cause of infant mortality from the ages of one month and one year, in developed countries. The incidence has dramatically decreased in countries where the “none prone sleeping” position was adopted. Nevertheless, in the last few years this decrease has stabilized. Considering that in more than 95% of the cases of SIDS two or more risk factor are involved, we must reconsider the preventive measures.

In the present paper, we will review the recommendations and preventive measures based on the most important modifiable risk factors: supine position during sleeping, firm sleep surface, room sharing without bed sharing, avoid soft objects in the bed, avoid overheating, pacifier use, breastfeeding, avoid smoking and other substances during pregnancy, prenatal care, as well as the lack of evidence regarding monitoring in the household.

**Key words:**  
• Sudden infant death syndrome  
• SIDS

## INTRODUCCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

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

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

Queda excluido de la definición y de los mecanismos fisiopatológicos el síndrome de muerte súbita neonatal, que se refiere al periodo neonatal temprano (siete primeros días de vida).

El SMSL constituye la primera causa de muerte posneonatal (entre el primer mes y el año de vida) en los países desarrollados, suponiendo el 40-50% de dicha mortalidad<sup>2,3</sup>.

La verdadera incidencia de la muerte súbita en España no está bien establecida. Son escasos los estudios de epidemiología de muerte infantil realizados en nuestro país. La tasa de mortalidad publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) entre 1985 y 1995 fue del 0,3-0,4‰. Es muy probable que haya existido una infradeclaración por un inadecuado registro de la causalidad del fallecimiento en los lactantes.

En los últimos años, las tasas de prevalencia del SMSL se han estabilizado en la mayoría de los países, por lo que persiste un fondo de preocupación por encontrar nuevos factores de riesgo y afrontar de nuevo la lucha para disminuir su prevalencia<sup>4</sup>.

## ACTIVIDADES PREVENTIVAS<sup>5-9</sup>

Exceptuando la posición durante el sueño, existen pocos trabajos en los que se demuestre la efectividad del consejo en cuanto al cambio de conocimientos o actitudes.

La imposibilidad de identificar prospectivamente a las futuras víctimas del SMSL obliga a que las recomendaciones se basen en actuar sobre aquellos factores de riesgo que sean vulnerables a la acción preventiva. Con los conocimientos que actualmente tenemos sobre el problema, pueden recomendarse las siguientes actividades preventivas:

### Factores relacionados con la madre

- **Cuidados prenatales y control de la gestación:** hay estudios que demuestran una disminución del riesgo de SMSL en aquellos lactantes cuyas madres han seguido un adecuado control del embarazo<sup>10</sup>.

#### Recomendación:

Aconsejar un seguimiento adecuado de la gestación y del periodo perinatal: las mujeres embarazadas deben recibir cuidados periódicos y controles prenatales, ya que se asocian a una reducción del riesgo de SMSL. Existe una certeza moderada de que recibir los cuidados prenatales produce un beneficio neto de magnitud moderada. Recomendación de grado B.

- **Lactancia materna:** se ha demostrado en numerosos estudios de casos y controles y metaanálisis (*odds ratio* [OR] 0,55) la asociación de la lactancia materna como factor protector de SMSL<sup>11,12</sup>.

#### Recomendación:

Promoción de la lactancia materna: recomendar la lactancia materna al menos los seis primeros meses. Existe una certeza alta de que la lactancia materna produce un beneficio neto de magnitud importante. Recomendación de grado A.

- **Cohabitación:** compartir habitación sin compartir cama disminuye el riesgo de SMSL<sup>13</sup>.

### Recomendación:

Insistir en que la cuna debe estar en la habitación de los padres, pues constituye el lugar más seguro. Existe una certeza moderada de que la cohabitación produce un beneficio neto de magnitud moderada. Recomendación de grado B.

- **Compartir la cama (colecho):** varios estudios han mostrado una asociación entre el riesgo de SMSL y compartir cama con los padres<sup>14,15</sup>. Hay situaciones en las que el riesgo al compartir la cama aumenta, como en el caso de compartir cama con personas que consuman habitualmente tabaco, alcohol, drogas o ciertos medicamentos (antidepresivos, ansiolíticos), o en el de compartir cama con los padres en situación de extremo cansancio, padres menores de 20 años, o personas ajenas a los padres.

Carpenter<sup>16</sup> concluye en su revisión que el colecho tiene un riesgo promedio elevado durante los primeros tres meses, OR ajustada (ORa) de 5,1 (intervalo de confianza del 95% (IC 95% 2,3 a 11,4) en bebés alimentados con leche materna colocados sobre su espalda para dormir en la cama de padres no fumadores y que no tienen otros factores de riesgo. Cuando la madre o el padre fuman, el riesgo es de ORa 21,8 (IC 95% 11,2 a 42,6), el riesgo se eleva más de 150 veces cuando la madre consume alcohol: ORa 151 (IC 95% 50,6 a 450,7) y aumenta 250 veces para los progenitores que fuman y beben alcohol: ORa 243 (IC 95% 76,1 a 781,3). El estudio publicado por Carpenter *et al.* en la revista *British Medical Journal* es el resultado de un reanálisis de artículos antiguos (el más moderno publicado hace 10 años, el más antiguo hace 27 años). La antigüedad de los mismos hace que ni siquiera el uso de un complejo análisis estadístico pueda compensar las importantes deficiencias que tienen en su diseño los artículos originales.

La Academia Americana de Pediatría<sup>5</sup> no recomienda, como seguro, compartir la cama y aconseja que los bebés puedan ser llevados a la cama para alimentarlos o confortarlos, pero

que deben volver a su propia cuna cuando los padres se dispongan a dormir.

En un comunicado de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y lactancia – España (IHAN-España)<sup>17</sup>, emitido en 2013, se manifiesta que, respecto a este fenómeno cultural, el colecho, correspondería a los profesionales de la salud, basándose en la evidencia disponible, asesorar y compartir información para evitar situaciones de riesgo conocidas, y corresponde a las madres y padres la decisión última sobre su práctica.

Concluimos, a la vista de las pruebas actuales, que el colecho favorece la práctica de la lactancia materna. Su relación con el SMSL permanece poco clara dada la variabilidad e inconsistencia de los trabajos.

### Recomendaciones:

Se recomendará no realizar colecho si cualquiera de los padres es fumador, ha consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos y en situaciones de cansancio extremo. Tampoco se debe hacer colecho en sofás o sillones, o cualquier otro sitio que no sea la cama. Recomendación de grado B.

En los casos de lactancia materna, se informará de que en relación con la muerte súbita, no está bien establecido si pesa más el factor protector de la lactancia materna, que se ve facilitada por el colecho, o el riesgo de practicar colecho. Por tanto, hasta que se disponga de más información, se puede recomendar dar el pecho en colecho y luego devolver el niño a la cuna. Si los padres eligen hacer colecho se les recordará las situaciones de riesgo que se han mencionado en la anterior recomendación. No existe certeza suficiente para determinar el balance entre los beneficios y los riesgos del colecho en bebés alimentados con lactancia materna. Recomendación de grado I.

- **Exposición prenatal y posnatal a alcohol o drogas:** existe un riesgo incrementado de SMSL<sup>18</sup>.

### Recomendación:

Las madres deben evitar el consumo de alcohol y drogas durante el periodo periconceptual y

durante la gestación. El consumo parental de alcohol o drogas en combinación con compartir cama condiciona un alto riesgo de SMSL. Existe una certeza moderada de que evitar el consumo pre- y posnatal de alcohol o drogas produce un beneficio neto de magnitud moderada. Recomendación de grado B.

- **Tabaquismo materno:** el tabaquismo materno y el tabaquismo pasivo (fumar en el ambiente cercano al neonato, sea el hogar, el automóvil u otros lugares donde los niños pasen tiempo) se asocia, como factor independiente, al SMSL<sup>19-21</sup>; su papel ha sido confirmado en múltiples estudios de casos y controles.

#### Recomendación:

Desaconsejar fuertemente el tabaquismo, muy especialmente a la madre, desde el comienzo de la gestación. Se debe insistir también en el consejo antitabáquico a ambos padres desde la primera visita del recién nacido. La minimización de la exposición supone desaconsejar cualquier exposición al humo del tabaco. En especial, debe desaconsejarse a los padres fumadores que comparten la cama con el bebé. Aunque no se conoce el beneficio neto del consejo antitabáquico, sí hay estudios que demuestran que el consejo sirvió para reducir el tabaquismo pasivo en el recién nacido. Existe una certeza alta de que evitar el tabaquismo materno y paterno (pasivo) produce un beneficio neto de magnitud importante. Recomendación de grado A.

#### Factores ambientales

- **Postura del lactante en la cuna:** es el principal factor de riesgo modificable<sup>22-25</sup>. El decúbito prono durante el sueño se ha asociado fuertemente con el SMSL en múltiples estudios. Los hallazgos son muy consistentes y se repiten independientemente del tiempo y la situación geográfica. Refuerza esta hipótesis la disminución de la incidencia de SMSL en aquellos países que han seguido la recomendación de poner a los lactantes en decúbito supino.

#### Recomendación:

Evitar la posición en prono durante el sueño desde el periodo neonatal hasta el año de vida, pero especialmente hasta los seis meses de edad. La posición más adecuada es el decúbito supino. El decúbito lateral es inestable y muchos de los niños colocados así acaban en prono. Cuando el lactante está despierto puede permanecer en decúbito prono con vigilancia, aunque el tiempo exacto no está establecido. Existe una certeza alta de que evitar el decúbito prono o lateral durante el sueño produce un beneficio neto de magnitud importante. Recomendación de grado A.

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

- La superficie de descanso blanda constituye un factor de riesgo consistente para el SMSL<sup>26</sup>.
- Deben usarse siempre superficies firmes: los colchones deben ser firmes y mantener su forma incluso cuando sean colocadas las sábanas, de modo que no haya espacios entre el colchón y la barandilla de la cuna. Deben usarse sábanas ajustables y ropa de cama específica.
- Otros accesorios sueltos: mantas, edredones y almohadas, cojines, objetos blandos y colgantes al cuello también aumentan hasta cinco veces el riesgo de SMSL, independientemente de la postura para dormir<sup>27</sup>.
- El uso de asientos de seguridad o dispositivos de otro tipo (cochecitos, columpios o portabebés) para el sueño se ha asociado en alguna ocasión con el SMSL. El uso de sillitas adaptadas para viajes en automóvil posee ventajas de seguridad que superan claramente el pequeño riesgo de SMSL existente. Por ello, no se recomienda el uso rutinario de los asientos de coche para dormir fuera del coche, pero se sigue aconsejando encarecidamente su uso para viajes.
- Arropamiento excesivo y sobrecalentamiento en la cuna: el sobrecalentamiento se ha

asociado con mayor riesgo, especialmente si la cabeza queda cubierta (*head covering*).

La “cabeza cubierta” constituye un factor de riesgo modificable importante asociado al SMSL<sup>28</sup>. La recomendación para evitar el *head covering* es poner al lactante a los pies de la cama y con la manta hasta el pecho, bien remetida (**Fig. 1**).

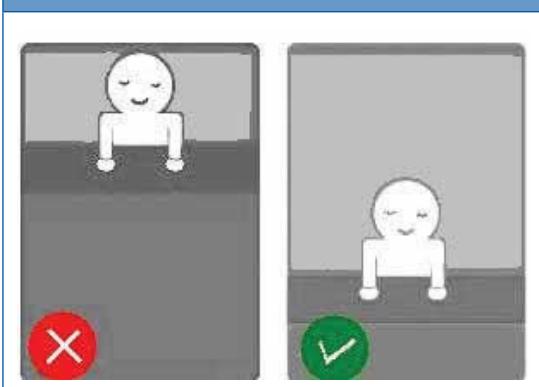
Aunque varios estudios muestran un aumento de riesgo de SMSL en situaciones de sobrecalentamiento (por la temperatura exterior o por la ropa del niño), la definición de esta en dichos estudios varía, por lo que resulta difícil aportar recomendaciones específicas. El uso de un ventilador, como prevención de SMSL cuando la temperatura exterior es elevada, no está suficientemente demostrado.

Generalmente se aconseja una temperatura de 20 a 22 °C y evitar el arropamiento excesivo, sobre todo si el bebé tiene fiebre. La heterogeneidad en la definición de sobrecalentamiento hace que no haya una certeza alta en cuanto a recomendaciones precisas.

#### Recomendación:

Existe una certeza insuficiente de que las medidas encaminadas a evitar el sobrecalentamiento y que la cabeza quede cubierta produzcan un beneficio neto. Recomendación de grado I.

**Figura 1. Esquema de la posición recomendada para evitar la “cabeza cubierta”**



- **Uso del chupete al dormir:** usar el chupete durante el sueño tiene un efecto protector del SMSL, con una asociación sin causalidad con una OR de 0,71<sup>29</sup>.

Se recomienda ofrecer al niño el chupete para dormir en todos los episodios de sueño durante el primer año:

- Ofrecérselo al ponerlo a dormir en decúbito supino y no reintroducirlo en la boca una vez que el niño se haya dormido. Si el niño no quiere el chupete, no forzarlo.
- No mojar el chupete en ninguna sustancia dulce.
- Limpiar el chupete y sustituirlo por otro nuevo con frecuencia.
- En el caso de lactantes alimentados al pecho, se debe retrasar la introducción del chupete hasta el mes de vida, cuando la lactancia materna ya está bien establecida. La creencia de que el chupete interfiere con la lactancia materna y produce problemas de maloclusión dental no está suficientemente confirmada.

#### Recomendación:

En virtud de la asociación clara que demuestra que el uso chupete puede ser un factor preventivo en la SMSL, es prudente recomendar el uso del chupete para el sueño durante el primer año. Existe una certeza moderada de que el uso del chupete produce un beneficio neto de magnitud moderada. Recomendación de grado B.

- **Inmunización y calendario vacunal:** no se ha apreciado relación entre las vacunaciones y el SMSL<sup>30</sup>. De hecho, la evidencia sugiere que la inmunización puede tener un efecto protector contra el SMSL.

#### Recomendación:

Cumplir el calendario vacunal vigente. La vacunación parece disminuir el riesgo de SMSL. Existe una certeza insuficiente sobre si la vacunación sistemática produce un beneficio neto. Recomendación de grado I.

## MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS PARA LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO

### Monitorización a domicilio

No hay pruebas concluyentes de la utilidad de monitorización a domicilio como medida preventiva de SMSL<sup>31</sup>.

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

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

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

### Recomendación

Existe una certeza insuficiente de que la monitorización a domicilio produzca un beneficio neto para la prevención del SMSL, al menos en hermanos de fallecidos por SMSL. Recomendación de grado I.

Todas estas recomendaciones se basan en actuar frente a los factores de riesgo modificables asociados con el SMSL en numerosos estudios de casos y controles bien diseñados.

La disminución de las tasas de SMSL, desde las campañas sobre la postura al dormir, hace pensar que la modificación de los factores de riesgo disminuiría los casos de SMSL pero, exceptuando la postura al dormir, en la que se demuestra que la recomendación modifica actitudes y disminuye casos de SMSL<sup>32,33</sup>, el resto de las intervenciones no han demostrado un beneficio neto para la prevención de casos y, salvo excepciones, tampoco que modi-

fiquen conocimientos y actitudes, al menos en Atención Primaria.

No se ha encontrado relación del SMSL con el reflujo gastroesofágico, las alteraciones neurológicas, los tratamientos médicos ni la realización de analítica. No se han encontrado tampoco más episodios de apnea ni peor control de la temperatura corporal en los prematuros que son víctimas del SMSL, comparados con el resto de los prematuros. Tampoco se ha encontrado asociación con la hipoxia intrauterina, la alimentación materna ni los antecedentes obstétricos. No se ha encontrado asociación con infecciones respiratorias en las dos semanas previas, diarrea o vómitos. Los estudios que relacionan el crecimiento posnatal lento con el SMSL han sido criticados por deficiencias metodológicas.

## RECOMENDACIONES PREVINFAD

### Recomendaciones de grado A

- Evitar la posición de prono durante el sueño en los lactantes hasta los seis meses de edad:
  - El decúbito supino para dormir es la postura más segura y claramente preferible al decúbito lateral. Solo por una indicación médica específica (reflujo gastroesofágico grave, prematuros con enfermedad respiratoria activa y ciertas malformaciones de las vías aéreas superiores) puede recomendarse el decúbito prono. Cuando el lactante esté despierto puede permanecer en prono con vigilancia.
- Recomendar la lactancia materna a demanda.
- Desaconsejar el tabaquismo de los padres, especialmente de la madre, durante la gestación, aunque también después del nacimiento. No permitir que nadie fume delante del bebé.

### Recomendaciones grado B

- Ambiente del dormitorio durante el sueño:
  - La cuna en la habitación de los padres constituye el lugar más seguro.

- Es prudente no rechazar el uso del chupete para el sueño durante el primer año de vida.
- Aconsejar el control adecuado de la gestación y el periodo perinatal.
- Evitar el consumo prenatal y posnatal de alcohol y drogas.
- Recomendar no realizar colecho si el padre o la madre son fumadores, han consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos y en situaciones de cansancio extremo. Tampoco se debe hacer colecho en sofás o sillones o en cualquier otro sitio que no sea la cama.

## RECOMENDACIONES DE OTROS GRUPOS

### Recomendaciones del Task Force on Sudden Infant Death Syndrome de EE. UU. (octubre 2011)<sup>5</sup>

- Recomendaciones de nivel A:
  - Posición en decúbito supino para dormir.
  - Uso de superficie firme para dormir.
  - Compartir habitación (*room-sharing*) sin compartir cama (*bed-sharing*).
  - Evitar objetos blandos y ropa de la cama suelta en la cuna.
  - Atención y cuidados prenatales regulares a mujeres embarazadas.
  - Evitar la exposición al tabaco durante embarazo y después del nacimiento.
  - Evitar el consumo de alcohol y drogas durante embarazo y después del nacimiento.
  - Lactancia materna.
  - Considerar ofrecer un chupete a la hora de la siesta y a la hora de acostarse.
  - Evitar el exceso de calor.
  - No usar monitores cardiorrespiratorios en el domicilio como estrategia para reducir el riesgo de SMSL.
  - Difundir la campaña nacional para reducir los riesgos de SMSL, incluyendo una mayor atención a un ambiente seguro para dormir y a las maneras de reducir los riesgos de to-

das las muertes infantiles relacionadas con el sueño, como el SMSL, la asfixia y otras muertes accidentales. Pediatras, médicos de familia y todo el personal sanitario deben participar activamente en esta campaña.

- Recomendaciones de nivel B:

- Vacunación de los niños de acuerdo a las recomendaciones de los calendarios vacunales vigentes, recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y los Centers for Disease Control and Prevention.
- Evitar los dispositivos comercializados para reducir el riesgo de SMSL.
- La postura en prono, mientras el niño está despierto, supervisada, se recomienda para facilitar el desarrollo muscular y reducir al mínimo la plagiocefalia postural.

- Recomendaciones de nivel C:

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

Estas recomendaciones están basadas en los niveles de recomendación del US Preventive Services Task Force ([www.uspreventiveservicesTaskforce.org/USPSTF/grades.htm](http://www.uspreventiveservicesTaskforce.org/USPSTF/grades.htm)).

- **Nivel A:** las recomendaciones están basadas en una buena y consistente evidencia científica (es decir, hay hallazgos consistentes en, al menos, dos estudios de casos y controles bien diseñados, una revisión sistemática o un metaanálisis). Existe alto grado de certeza de que

el beneficio neto es importante y la conclusión es poco probable que se vea fuertemente afectada por los resultados de futuros estudios.

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

#### Recomendaciones incluidas en la guía de The Canadian Task Force on Preventive Health Care<sup>34</sup>

- Recomendaciones A (buena evidencia para recomendar la acción preventiva):
  - Posición supina al dormir.
  - Evitar la exposición a tabaco.
  - Promoción de lactancia materna.
  - Evitar el sobrecalentamiento.
  - Superficies firmes y libres de objetos.

– Cunas, moisés y demás objetos de sueño deben cumplir la normativa estándar.

- Recomendaciones B (evidencia razonable para recomendar la acción preventiva):
  - Padres y cuidadores deberían dormir cerca y en la misma habitación (en camas separadas) durante los primeros seis meses de vida.

#### Recomendación sobre la práctica del colecho y el amamantamiento de la IHAN-España 2013<sup>17</sup>

Corresponde a los padres la decisión última sobre la práctica del colecho. Y a los profesionales de la salud, sobre la base de la evidencia disponible, asesorar a los padres sobre prácticas seguras que eviten situaciones de riesgo conocidas.

#### AGRADECIMIENTOS

A la IHAN-España por los comentarios y las aportaciones para la elaboración de este texto.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

#### ABREVIATURAS

**IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **IHAN-España:** Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y lactancia – España • **OR:** odds ratio • **ORa:** odds ratio ajustada • **SMSL:** síndrome de la muerte súbita del lactante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Beckwith J. Defining the sudden infant death syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157:286-90.
2. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. Natl Vital Stat Rep. 2004; 53:1-116.
3. Hauck FR, Tanabe KO. International trends in sudden infant death syndrome: stabilization of rates requires further action. Pediatrics. 2008; 122:660-6.

4. Mei-Hwan W. Sudden Death in Pediatric Population. Korean Circ J. 2010;40:253-7.
5. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. 2011;128: 1030-9.
6. Corwin MJ. Sudden infant death syndrome: Risk factors and risk reduction strategies [monografía en Internet]. UpToDate, 2012. Disponible en [www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies](http://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies)

7. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL), 3.<sup>a</sup> ed. Madrid: Ergon; 2013 [en línea] [consultado en febrero de 2014]. Disponible en [www.aeped.es/grupo-trabajo-estudio-muerte-súbita-infantil/documentos/libro-blanco-muerte-súbita-infantil](http://www.aeped.es/grupo-trabajo-estudio-muerte-súbita-infantil/documentos/libro-blanco-muerte-súbita-infantil)
8. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of Sudden Infant Death Syndrome: diagnostic coding shift, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116:1245-55.
9. Trachtenberg F, Haas E, Hannah C, Kinney HC, Stanley C, Krous H. Risk Factor Changes for Sudden Infant Death Syndrome After Initiation of Back-to-Sleep Campaign. *Pediatrics*. 2012;129:630-8.
10. Getahun D, Amre D, Rhoads GG, Demissie K. Maternal and obstetric risk factors for sudden infant death syndrome in the United States. *Obstet Gynecol*. 2004;103:646-52.
11. Hauck FR, Thompson J, Tanabe KO, Moon RY, Venneemann M. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128:103-10.
12. Sánchez Ruiz-Cabello J (rev). Perlinfad • las perlas de PrevInfad [blog en Internet]. Lactancia materna y reducción del riesgo de SMSL [14/abril/2009] [consultado en febrero de 2014]. Disponible en <http://perlinfad.wordpress.com/>
13. Horsley T, Clifford T, Barrowman N. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161:237-45.
14. Venneman MM, Hense HW, Bajanowski T. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr*. 2012;160:44-8.
15. Pérez Gaxiola G, Cuello García CA. El colecho puede incrementar el riesgo de muerte súbita del lactante. *Evid Pediatr*. 2011;8:34.
16. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3: e002299 [en línea] [consultado en agosto de 2013]. Disponible en <http://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002299.full>
17. Landa Rivera L, Paricio Talayero JM, Lasarte Velillas JJ, Hernández Aguilar MT. Comunicado de IHAN-España sobre la práctica del colecho y el amamantamiento [en línea] [consultado en agosto de 2013]. Disponible en <http://www.ihan.es/index45.asp>
18. Kandall SR, Gaines J, Habel L, Davidson G, Jessop D. Relationship of maternal substance abuse to subsequent sudden infant death syndrome in offspring. *J Pediatr*. 1993;123:120-6.
19. Taylor JA, Sanderson M. A reexamination of the risk factors for the sudden infant death syndrome. *J Pediatr*. 1995;126:887-91.
20. Schoendorf KC, Kiely JL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics*. 1992; 90:905-8.
21. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ*. 1993;307:1312-8.
22. Li DK, Petitti DB, Willinger M, McMahon R, Odouli R, Vu H, et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997-2000. *Am J Epidemiol*. 2003; 157:446-55.
23. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004;363:185-91.
24. Taylor JA, Krieger JW, Reay DT. Prone sleep position and the sudden infant death syndrome in King County, Washington: a case-control study. *J Pediatr*. 1996;128:626-30.
25. Turk AE, McCarthy JG, Thorne CH. The «Back to sleep campaign» and deformational plagiocephaly: is there cause for concern? *J Craniofac Surg*. 1996;7:12-8.
26. Hauck FR, Herman SM, Donovan M. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics*. 2003;111: 1207-14.
27. Wilson CA, Taylor BJ, Laing RM. Clothing and bedding and its relevance to sudden infant death syndrome: further results from the New Zealand Cot Death Study. *J Paediatr Child Health*. 1994;30:506-12.
28. Sánchez Ruiz-Cabello J (rev.). Perlinfad • las perlas de PrevInfad [blog en Internet]. “Head covering”, un nuevo factor de riesgo asociado a SMSL [01/nov/2008] [consultado en agosto de 2013]. Disponible en <http://perlinfad.wordpress.com/>
29. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 2005; 116:e716-23.

- 30.** Venneman MM, Höffgen M, Bajanowski T, Hense HW, Mitchell EA. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine*. 2007;25:4875-9.
- 31.** Strehle EM, Gray WK, Gopisetty S, Richardson J, McGuire J, Malone S. Can home monitoring reduce mortality in infants at increased risk of sudden infant death syndrome? A systematic review. *Acta Paediatr*. 2012;101:8-13.
- 32.** Ryckewaert D'Halluin A, Roussey M, Branger B, Venisse A, Pladys P. Formative evaluation to improve prevention of sudden infant death syndrome (SIDS): a prospective study. *Acta Paediatr*. 2011;100:e147-51.
- 33.** Moon RY, Calabrese T, Aird L. Reducing the risk of sudden infant death syndrome in child care and changing provider practices: lessons learned from a demonstration project. *Pediatrics*. 2008;122:788-98.
- 34.** Health Promotion Guideline 1. Safe sleep environment guideline por infants 0 to 12 months of age [monografía en Internet]. Vancouver, Canadá: Perinatal Services BC; 2011. [consultado en agosto de 2013]. Disponible en [www.perinatalservicesbc.ca/NR/rdonlyres/D799441C-3E00-49EE-BDF7-2A3196B971F0/0/HPGuidelinesSafeSleep1.pdf](http://www.perinatalservicesbc.ca/NR/rdonlyres/D799441C-3E00-49EE-BDF7-2A3196B971F0/0/HPGuidelinesSafeSleep1.pdf)