



AEPAp

Sábado 12 de febrero de 2011

Mesa redonda:

Cuestiones a debate: "Dividencias"

Moderador:

César García Vera

CS Sagasta-Ruiseñores. Zaragoza.

■ **Introducción**

César García Vera

CS Sagasta-Ruiseñores. Zaragoza.

María Aparicio Rodrigo

CS Entrevías. Madrid.

Carlos Ochoa Sangrador

Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

■ **Colecho, ventajas e inconvenientes**

María Aparicio Rodrigo

CS Entrevías. Madrid.

Carlos Ochoa Sangrador

Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

César García Vera

CS Sagasta-Ruiseñores. Zaragoza.

■ **Ectasia piélica congénita, cuándo y cuánto estudiarla**

Carlos Ochoa Sangrador

Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

César García Vera

CS Sagasta-Ruiseñores. Zaragoza.

María Aparicio Rodrigo

CS Entrevías. Madrid.

■ **Amigdalitis estreptocócica, tratar o no tratar, esa es la cuestión**

César García Vera

CS Sagasta-Ruiseñores. Zaragoza.

María Aparicio Rodrigo

CS Entrevías. Madrid.

Carlos Ochoa Sangrador

Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Textos disponibles en

[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

¿Cómo citar este artículo?

Aparicio Rodrigo M, Ochoa Sangrador C, García Vera C. Colecho, ventajas e inconvenientes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 75-82.



## Colecho, ventajas e inconvenientes

María Aparicio Rodrigo

CS Entrevías. Madrid.

[maparicio.gapm01@salud.madrid.org](mailto:maparicio.gapm01@salud.madrid.org)

Carlos Ochoa Sangrador

Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

César García Vera

CS Sagasta-Ruiseñores. Zaragoza.

### INTRODUCCIÓN

Colecho significa dormir compartiendo la misma superficie con otra persona. En los niños esta persona suelen ser los padres y, con menos frecuencia, hermanos o familiares. Esta fue una práctica habitual en Europa hasta el siglo XIX, fecha en la que los cambios sociológicos y la disposición de viviendas más grandes favorecieron que el bebé durmiera de forma independiente. En el momento actual, el colecho sigue siendo la opción elegida para dormir en muchas sociedades (salvo Estados Unidos, Europa y Canadá).

En los últimos años se ha vuelto a introducir la práctica del colecho en la cultura occidental, inducido por nuevas corrientes de pensamiento como los partidarios de la crianza con apego o las asociaciones pro lactancia materna. Los primeros incluyen el colecho entre las prácticas naturales para una crianza saludable y feliz de los niños; consideran que un fuerte enlace emocional con los padres durante la infancia, también conocido como apego seguro, es un precursor de relaciones seguras y empáticas en la edad adulta. Las segundas consideran el colecho un aspecto importante para la continuidad de la lactancia materna.

Los defensores del colecho aducen que favorece la lactancia materna por la noche, que aumenta los episodios de sueño REM (lo que disminuirá los episodios de apnea del sueño), y que potencia los vínculos emocionales entre padres e hijos.

Los detractores del colecho se basan principalmente en el riesgo de muerte súbita o asfixia, aunque también consideran que puede favorecer problemas de sueño en edades posteriores, dificultar la independencia de los niños e interferir en la relación personal de los padres.

A continuación se presenta un resumen de la evidencia que existe en el momento actual sobre los riesgos y ventajas del colecho.

## BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se ha llevado a cabo en Pubmed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)); Embase ([www.embase.com](http://www.embase.com)); Tripdatabase ([www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)); Cochrane Library Plus ([www.bibliotecacochrane.com](http://www.bibliotecacochrane.com)); Cochrane ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)); Excelencia Clínica ([www.excelenciaclinica.net](http://www.excelenciaclinica.net)); utilizando los términos "cosleeping OR bedsharing".

## COLECHO Y SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

La Academia Americana de Pediatría en sus recomendaciones de 2005<sup>1</sup>, corroboradas en mayo de 2008<sup>2</sup>, desaconseja el colecho por considerar que, con los estudios disponibles, no se podría descartar su relación con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). En su publicación "AAP taskforce on SIDS" recomienda acostar al bebé en una cuna al lado de la cama de los padres.

UNICEF, en su guía de 2006 "Compartiendo la cama"<sup>3</sup>, indica que aunque "el lugar más seguro para un bebé a la hora de dormir es en una cuna adosada a tu cama", se puede compartir la cama teniendo en cuenta una serie de aspectos que detalla.

Estas recomendaciones se apoyan en publicaciones previas (tabla 1). Blair *et al.*<sup>4</sup>, en 1999, publicaron un estudio de casos y controles realizado en el Reino Unido con 456 casos de SMSL. En el análisis multivariable encontraron un aumento de riesgo de SMSL en niños en colecho con sus padres (*odds ratio* [OR]: 9,78; intervalo de con-

fianza del 95% [IC 95%]: 4,02 a 23,83). El riesgo del colecho con los padres no fue significativo en niños mayores de 14 semanas; tampoco en hijos de padres no fumadores. En un análisis ajustado con las variables ambientales de riesgo (consumo de alcohol en las últimas 24 horas por parte de la madre, cansancio parental, uso de edredón y condiciones de hacinamiento) el riesgo del colecho ya no fue significativo.

En 2003 se publicó otro estudio de casos y controles en población irlandesa<sup>5</sup>, con 203 casos de SMSL, tres controles por caso y cinco años de duración, en el que también se encontró asociación entre colecho y SMSL en el estudio multivariable (para colecho en general: OR: 1,647; IC 95%: 3,73 a 72,75; para colecho habitual: OR: 4,31; IC 95%: 1,07 a 17,37; y para colecho en el último sueño: OR: 1,647; IC 95%: 3,73 a 72,75). Los autores analizaron la interacción entre el colecho y distintos factores de riesgo en relación con el SMSL. La asociación entre colecho y madre fumadora durante el embarazo fue significativa, indicando que el efecto negativo del colecho sobre el SMSL está en parte relacionado con el tabaco durante el embarazo, aunque no es el único factor de riesgo, dado que al analizar la relación colecho-SMSL en madres no fumadoras mostró un OR con un IC 95% de 1,42 a 13,94 (único dato aportado por los autores). Al analizar el riesgo asociado a colecho y madre fumadora, el IC 95% de la OR osciló entre 13,21 y 711,69. Este riesgo era dependiente de que la madre fumase durante el embarazo (OR ajustada: 29,23; IC 95%: 2,69 a 316,78); y dejaba de ser significativo en mayores de 20 semanas. También se analizó la prevalencia de la lactancia materna en niños con y sin colecho y no se encontraron diferencias.

En este mismo año se publicó "The Chicago Infant Mortality Study"<sup>6</sup>, un estudio de casos y controles con 260 casos de SMSL y 260 controles. Los autores encuentran asociación entre colecho y SMSL en el análisis multivariable pero únicamente cuando la pareja de colecho fue distinta a los padres (OR: 2,0; IC 95%: 1,2 a 3,3). En 15 casos se encontró que el colecho fue en un sofá frente a ningún caso de colecho en sofá en el grupo control, destacándose nuevamente el riesgo de esta práctica. Los datos analizados vuelven a confirmar el efecto protector del chupete en relación con el SMSL, aunque no se ana-

lizó su relación con el colecho. El tabaco materno no alteró la relación del colecho con el SMSL.

En un estudio europeo multicéntrico de casos y controles publicado un año más tarde<sup>7</sup> con 745 casos de SMSL, también se encontró asociación entre colecho y SMSL. En el análisis multivariable hubo una asociación significativa en madres no fumadoras hasta las ocho semanas de vida (a las dos semanas OR: 2,4; IC 95%: 1,2 a 4,6). En madres fumadoras (de cualquier cantidad) la asociación fue significativa a cualquier edad (OR: 17,7; IC 95%: 10,3 a 30,3). La asociación colecho-madre fumadora-SMSL fue alta,

especialmente en las primeras semanas de vida (a las dos semanas: OR: 27,7; IC 95%: 13,3 a 54,9). También encontraron una asociación entre colecho y SMSL cuando había una ingesta de alcohol por parte de la madre superior a dos unidades en las 24 horas previas al fallecimiento (OR: 2,33; IC 95%: 1,28 a 4,21).

Casi a la vez se publicó otro estudio de casos y controles realizado en Escocia<sup>8</sup>, donde la variable principal fue demostrar si compartir la cama o la habitación eran factores de riesgo para el SMSL. Encontraron que el colecho era un factor de riesgo para SMSL (estudio multiva-

**Tabla 1.** Resumen de los estudios publicados sobre la relación del colecho con el síndrome de muerte súbita del lactante

Estudio	Muestra	Riesgo asociado con colecho	Edad de riesgo	Otros factores asociados
Blair <sup>9</sup> 2009	90 SMSL	21,77 (IC 95%: 3,79 a 125)		Alcohol, droga, tabaco y embarazo
Vennemann MM <sup>10</sup> 2009	333 SMSL	RR: 2,73 (IC 95%: 1,34 a 5,55)	Hasta 13 semanas	
Tappin D <sup>8</sup> 2005	123 SMSL	OR: 2,89 (IC 95%: 1,4 a 5,97)	Hasta 11 semanas	Persistía la relación en madres no fumadoras o lactancia materna No relación con madres fumadoras
Carpenter <sup>7</sup> 2004 (multicéntrico europeo)	745 SMSL	OR: 17,7 (IC 95%: 10,3 a 30,3) en madres fumadoras OR: 2,4 (IC 95%: 1,2 a 4,6) en madres no fumadoras a las dos semanas de vida	Significativo en madres no fumadoras hasta las ocho semanas de vida	Alcohol Tabaco
Hauck <sup>6</sup> 2003 (Chicago)	260 SMSL	2,0 (IC 95%: 1,2 a 3,3)		En el análisis multivariable el riesgo fue significativo cuando la pareja era distinta de padres El estatus de fumadora no influenció el riesgo de colecho sobre SMSL
McGarvey <sup>5</sup> 2003	203 SMSL	OR: 16,47 (IC 95%: 3,73 a 72,75)	Hasta 20 semanas	Tabaco
Blair <sup>4</sup> 1999	456 SMSL	9,78 (IC 95%: 4,02 a 23,83)	Hasta 14 semanas	Tabaco Alcohol

IC 95%: índice de confianza del 95%; OR: odds ratio; RR: riesgo relativo; SMSL: síndrome de muerte súbita del lactante.

riable: OR: 2,89; IC 95%: 1,4 a 5,97). El riesgo del colecho fue significativo en menores de 11 semanas (OR: 10,20; IC 95%: 2,99 a 34,8) con mayor riesgo cuanto menor era el lactante, pero no se demostró riesgo en mayores de 11 semanas (OR: 1,07; IC 95%: 0,32 a 3,56). Esta asociación en menores de 11 semanas persistía aunque la madre fuera no fumadora (OR: 8,01; IC 95%: 1,20 a 53,3) o el bebé recibiera lactancia materna (OR: 13,1; IC 95%: 1,29 a 1,33). Al estudiar la interacción entre colecho y SMSL y otros factores no encontraron una relación significativa con madre fumadora. En este estudio estudiaron la asociación de colecho en sofá y SMSL (11 [14%] casos frente a 1 [1%] en grupo control; OR ajustada: 66,95; IC 95%: 2,81 a 1596).

Con posterioridad a la publicación de las recomendaciones de la AAP<sup>4</sup> y la guía UNICEF<sup>5</sup>, en 2009 se publicaron dos estudios de casos y controles<sup>9,10</sup>. En el primero se analizó la relación de diversos factores con el SMSL, entre ellos el colecho. Se incluyeron un total de 90 niños de 0-24 meses diagnosticados de SMSL y se compararon con dos grupos control, uno aleatorizado y otro en el que se incluyeron solo familias de alto riesgo (en conjunto más parecidas al del grupo de casos). En el análisis de regresión logística entre grupo SMSL y grupo control aleatorizado se encontró que el colecho fue el segundo factor de riesgo más importante, con una incidencia de 54% en niños con SMSL frente a un 21% del grupo control (OR: 21,77; IC 95%: 3,79 a 125). El mismo análisis comparando con el grupo control de alto riesgo también identifica el colecho como segundo factor de riesgo con una incidencia del 54% en el grupo SMSL y del 20% en el grupo control (OR: 10,07; IC 95%: 2,80 a 36,24). El consumo reciente de alcohol (más de dos cervezas, o un vaso de vino o un vasito de bebida espirituosa) fue la variable con mayor asociación de riesgo con SMSL. Cuando se estudió la asociación entre consumo de alcohol y colecho el riesgo de SMSL se multiplicó por nueve al comparar con el grupo control aleatorio (31% en el grupo SMSL frente a un 3% en el grupo control; OR: 14,34; IC 95%: 3,78 a 78,76) y por seis al comparar con el grupo control de alto riesgo. Drogas y alcohol se asociaron en 7/13 casos de SMSL con colecho en sofá. La asociación entre ingesta reciente de alcohol por parte de la madre y el colecho fue el predictor más potente asociado a SMSL en el

modelo multivariable, independientemente del grupo control elegido. Se estudió el efecto de alcohol/droga y colecho de forma independiente y asociada, ajustando el análisis para factores de riesgo y otros factores ponderados de SMSL previamente conocidos (edad materna, momento del día del fallecimiento, madre fumadora durante el embarazo, número de hijos, estatus socioeconómico, postura en prono, niño envuelto en varias capas de ropa, dormir sobre almohada, edad gestacional, no compartir habitación, mala salud en las últimas 24 horas). No se encontró asociación entre alcohol y SMSL si no existía colecho, independientemente del grupo control. En el mismo análisis se siguió detectando una asociación significativa, aunque menor, del colecho (en cama o sofá) en ausencia de alcohol o drogas con el SMSL. Los autores del estudio admiten que la muestra fue escasa, lo que pudo subestimar algunos factores; sin embargo, las diferencias significativas sí sugieren diferencias reales.

Es importante destacar el riesgo de SMSL cuando el colecho se produce en un sofá, circunstancia en la que se ha detectado un aumento en los últimos años en distintos estudios y que raramente se presenta en los controles. En el estudio anterior se encontró que el 50% de los casos de SMSL de adultos con colecho en un sofá habían ingerido alcohol en las 24 horas anteriores y que en 7/13 niños fallecidos por SMSL en casos de colecho en sofá los padres no tenían intención de dormir con los niños pero cayeron dormidos de forma inadvertida. No se pudo analizar el riesgo de colecho en el sofá de forma independiente porque solo hubo un niño en ambos grupos control.

El segundo estudio posterior a las recomendaciones de la AAP y UNICEF al que se ha hecho alusión (333 casos y 997 controles), realizado en población alemana<sup>10</sup>, también demostró una asociación del colecho con SMSL tanto en el análisis univariable como el multivariable (OR: 2,73; IC 95%: 1,34 a 5,55). No se aportan datos sobre colecho en sofá, aunque no encontraron un riesgo significativo de SMSL en los bebés que dormían solos en un sofá. No analizaron la relación entre ingesta de alcohol y SMSL. Analizaron el riesgo del colecho en relación con la edad del lactante y encontraron un riesgo significativo en niños menores de 13 semanas de vida (OR: 19,89; IC 95%: 2,33

a 169,4), sin poder demostrarlo en el resto de grupos de edad (colecho en mayores de 13 semanas, menores de 13 semanas sin colecho, mayores de 13 semanas sin colecho).

El NHS (sistema nacional de salud británico) en su guía "Reduce risk of cot death: an easy guide"<sup>11</sup>, publicada con posterioridad a las recomendaciones de la AAP<sup>4</sup> y la guía UNICEF<sup>5</sup>, coincide con ellas e indica que "el sitio más seguro para que duerma el bebé es sobre su espalda y en una cuna en una habitación con los padres durante los seis primeros meses de vida". En la guía se incorporan las recomendaciones que se extraen del estudio de Blair<sup>9</sup> insistiendo en no compartir la cama con el bebé si se es fumador, ha habido ingesta reciente de alcohol, drogas o medicación que produzca un sueño más profundo o se encuentra muy cansado. Indican también que nunca se debe dormir con un bebé en un sofá o silla.

El uso del chupete es un aspecto muy discutido, cuyo efecto protector sobre el SMSL se demostró en la década de los 90 y se ha confirmado en estudios más recientes<sup>6</sup>. En este sentido, en 2006 se publicó un estudio<sup>12</sup> en el que se trató de analizar el papel adicional del chupete sobre otros aspectos de riesgo de SMSL conocidos, entre ellos el colecho. Los autores demuestran nuevamente el efecto del chupete como factor protector independiente del SMSL, y cómo su uso en hijos de madres fumadoras revierte el riesgo de SMSL asociado al colecho (la OR de SMSL asociado al colecho sin chupete entre bebés de madres no fumadoras frente a fumadoras fue 4,5; IC 95%:1,32 a 115,10), al usar chupete y comparar el riesgo del colecho entre niños de madres no fumadoras con fumadoras, este desaparece (OR: 1,10; IC 95%: 0,02 a 3,27).

## COLECHO Y MUERTE POR SOFOCACIÓN

Cuando se habla de SMSL se excluyen las muertes por sofocación. El primer riesgo teórico en el que se piensa cuando se habla de colecho es en la asfixia. El problema deriva de la dificultad del diagnóstico. El diagnóstico anatomopatológico de una muerte por asfixia no difiere del de un caso de SMSL; incluso el dato de cianosis perioral, que antes se consideraba patognomónico de muerte por asfixia, se ha comprobado que también se encuentra en

niños con SMSL. Apenas existen estudios epidemiológicos que analicen el riesgo de sofocación en distintas situaciones: cunas, sofá o camas de adultos. Así como las muertes por SMSL han disminuido notoriamente tras la campaña para dormir boca arriba, las estadísticas en EE. UU. (CDC) muestran cómo el número de muertes por sofocación ha ido aumentando (3,7% al año). Un estudio realizado en EE. UU.<sup>13</sup> analizó los fallecimientos por sofocación entre 1983 y 1995, y los comparó con los fallecimientos entre 1995 y 1998. Encontraron un aumento en las muertes por sofocación, que se produjeron principalmente al dormir en la cama de un adulto. El riesgo de sofocación al dormir en una cama de adultos fue 20 veces mayor que al dormir en una cuna. En un reciente estudio descriptivo de casos realizado en Maryland (EE. UU.)<sup>14</sup> encontraron que de las 46 muertes en niños con colecho diez (20%) fueron debidas a asfixia, 28 (59%) se consideraron de causa indeterminada porque no se pudo descartar la asfixia y solo 21 casos se atribuyeron a SMSL. La edad de los niños fallecidos por asfixia durante el colecho varió entre 15 días y 9 meses. El lugar más frecuente de la asfixia fue el sofá, seguido de la cama de adulto, mientras que no hubo ninguna muerte por asfixia en cuna. Finalmente, también observan un incremento general de muertes por asfixia, al igual que el estudio anterior; y también de muertes indeterminadas, que son casos en los que existe sospecha de asfixia pero no puede demostrarse. Los autores reconocen que este incremento puede deberse en parte a un mejor diagnóstico, no solo a un incremento real.

## COLECHO Y LACTANCIA MATERNA

En estudios realizados con vídeo donde se comparan los comportamientos de niños con colecho y niños que duermen solos, se demuestra que los primeros tienen más despertares durante la noche<sup>15,16</sup>, lo que hipotéticamente protegería frente al SMSL, y maman más veces y durante un 36% más de tiempo que los niños que duermen solos<sup>17</sup>. En estudios polisomnográficos<sup>18</sup> se han probado algunas ventajas fisiológicas de la lactancia materna que podrían prevenir el SMSL, entre ellas una mayor facilidad para despertar desde el sueño profundo. Pero, a pesar de lo referido con anterioridad, la hipótesis del carácter protector de la lactancia materna sobre el SMSL no ha podido demostrar-

se. Existen publicaciones que apoyan esta hipótesis. Entre ellas destaca un metaanálisis<sup>19</sup> sobre estudios publicados hasta 1997 en el que encuentra un efecto protector significativo de la lactancia materna sobre el SMSL al unir los resultados de 23 publicaciones (lactancia artificial frente a lactancia materna OR: 2,11; IC 95%: 1,66 a 2,68). Los estudios incluidos fueron de escasa calidad metodológica (solo nueve fueron considerados de buena calidad) y en sus resultados no tuvieron en cuenta factores de confusión. Al rehacer el análisis teniendo en cuenta distintos factores de confusión, en cuatro de los seis estudios que pudieron analizar desapareció el efecto protector de la lactancia materna. Los autores concluyen que la evidencia sobre el efecto protector de la lactancia materna frente al SMSL es imperfecta. Estudios posteriores donde se controlaron distintas variables de confusión vuelven a dar resultados contradictorios. Con los datos de un reciente estudio realizado en Alemania<sup>20</sup> (333 casos/998 controles) se demuestra un efecto protector de la lactancia materna exclusiva a las dos semanas de vida (OR ajustada: 0,43; IC 95%: 0,27 a 0,69), al mes de vida (OR: 0,48; IC 95%: 0,28 a 0,82) y en el último mes previo al SMSL (OR: 0,27; IC 95%: 0,13 a 0,56). Este efecto no pudo demostrarse en bebés parcialmente alimentados con lactancia materna al mes ni a las dos semanas de vida, pero sí en el mes previo al fallecimiento. Otras publicaciones coetáneas<sup>6,9</sup> no lograron encontrar ningún efecto protector de la lactancia materna sobre el SMSL en el análisis multivariable, aunque sí en el univariable, lo que sugiere que el efecto protector de la lactancia materna se debe a otros factores relacionados con ella. Algunas incluso van más allá en el tema que nos preocupa y analizan las interacciones colecho/lactancia materna y SMSL y encuentran que la lactancia materna no tiene un efecto protector sobre SMSL en niños con colecho<sup>8</sup>, o que existe la misma prevalencia de lactancia materna en niños con y sin colecho y el riesgo que supone el colecho en el SMSL no se modifica con la lactancia materna<sup>5</sup>.

## COLECHO Y SUEÑO

Se cuenta con pocos estudios en los que se analice el efecto del colecho en los primeros meses de vida sobre el sueño en etapas posteriores, aunque existen más publicaciones sobre el colecho en etapas posteriores. En un estu-

dio longitudinal<sup>21</sup> en el que se analizó la influencia del colecho sobre el sueño en los primeros diez años de vida, se encontró que el colecho en el primer año de vida, al igual que los despertares nocturnos, no predice el colecho o despertares en el resto de la infancia; mientras que el colecho y despertares entre dos y cuatro años suele mantenerse en el tiempo. La resistencia para ir a la cama y las dificultades para conciliar el sueño suelen ser transitorias, poco frecuentes y no estar relacionadas con el colecho. Otros estudios que analizan problemas del sueño en la infancia coinciden en que el problema reside principalmente en el colecho reactivo más que en el colecho como elección en los primeros meses de vida.

## CONCLUSIONES

Con la evidencia disponible no se puede asegurar que el colecho sea una práctica segura. Aunque los resultados de los estudios publicados hasta la fecha (mayoritariamente de tipo casos y controles) son poco homogéneos, sí sugieren que existe un cierto riesgo asociado al colecho en sí, más acentuado en edades más tempranas (hasta 14-20 semanas de vida). Así, en el momento actual se debe recomendar, como forma de dormir más segura, que los lactantes menores de seis meses duerman en cunas cerca de la cama de sus padres. Esto no quiere decir que el colecho esté contraindicado. El colecho es una práctica que favorece la lactancia materna y una relación más estrecha con la madre, aunque hasta el momento no se ha podido demostrar que la lactancia materna sea un factor protector del SMSL. En el caso de que los padres decidan elegirlo como opción para el cuidado de su hijo, se les debe informar sobre los riesgos asociados de determinadas conductas, principalmente el efecto del tabaco o haber bebido alcohol (más de dos cervezas, un vaso de vino o un vaso de bebida espirituosa) o ingerido drogas o medicación sedante en las 24 horas anteriores. El colecho nunca debe producirse en un sofá, y tampoco debe darse de comer o tranquilizar al bebé en un sofá donde el adulto pueda quedarse dormido con él en brazos. El uso del chupete puede atenuar el riesgo del colecho en madres fumadoras. No debe preocuparnos el efecto del colecho en los primeros meses de vida sobre problemas de sueño posteriores.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116:1245-55.
2. AAP Publications retired and reaffirmed. *Pediatrics*. 2009;123:188 (doi:10.1542/peds.2008-3264).
3. UNICEF/FSID. Compartiendo la cama con tu bebé. Una guía para madres que amamantan [fecha de acceso 21/12/2010]. Disponible en [www.babyfriendly.org.uk/pdfs/spanish/sharingbed\\_spanish.pdf](http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/spanish/sharingbed_spanish.pdf)
4. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P *et al*. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of sudden infant death syndrome. *BMJ*. 1999;319:1457-61.
5. McGarvey C, McDonnell M, Chong A, O'Regan M, Matthews T. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child*. 2003;88:1058-64.
6. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Moore CM, Donogue E *et al*. Sleep environment and risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago infant mortality study. *Pediatrics*. 2003;111:1207-14.
7. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J *et al*. Sudden unexplained death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004;363:185-91.
8. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing and sudden infant death syndrome in Scotland: a case control study. *J Pediatr*. 2005;147:32-7.
9. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*. 2009;339:b3666. doi: 10.1136/bmj.b3666.
10. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorcho G, Sauerland C, Mitchell EA *et al*. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German sudden infant death syndrome study. *Pediatrics*. 2009;123:1162-70.
11. UK Department of Health. Reduce risk of cot death. 2009 [fecha de acceso 21/10/2010]. Disponible en: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_096299.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_096299.pdf)
12. Li DK, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *Population based case-control study. BMJ*. 2006;332:18-22.
13. Scheers NJ, Rutherford GW, Kemp JS. Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. *Pediatrics*. 2003;112:883-9.
14. Li L, Zhang Y, Zielke RH, Ping Y, Fowler DR. Observations on increased accidental asphyxia deaths in infancy while cosleeping in the state of Maryland. *Am J Forensic Med Pathol*. 2009;30:318-21.
15. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics*. 1997;100:841-9.
16. Baddock SA, Galland BC, Taylor BJ, Bolton DP. Sleep arrangements and behavior of bed-sharing families in the home setting. *Pediatrics*. 2007;119:e200-7.
17. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*. 1997;100:214-9.
18. Horne RS, Parslow PM, Ferens D, Watts AM, Adamson TM. Comparison of evoked arousability in

- breast and formula fed infants. Arch Dis Child. 2004;89:22-5.
19. McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. J Hum Lact. 2000;16:13-20.
20. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA *et al.* Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? Pediatrics. 2009;123:e406-10.
21. Jenni OG, Fuhrer HZ, Iglowstein I, Molinari L, Largo RH. A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among swiss children in the first 10 years of life. Pediatrics. 2005;115:233-40.