



El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres

L. Landa Rivera^a, M. Díaz-Gómez^b, A. Gómez Papi^c, J. M. Paricio Talayero^d, C. Pallás Alonso^e, M. T. Hernández Aguilar^f, J. Aguayo Maldonado^g, J. M. Arena Ansoategui^h, S. Ares Seguraⁱ, A. Jiménez Moya^j, J. J. Lasarte Velillas^k, J. Martín Calama^l, M. D. Romero Escós^m

Publicado en Internet:
20-marzo-2012

Leonardo Landa Rivera:
leolanda@hotmail.com

^aServicio de Pediatría. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante. España • ^bPediatra. Universidad de La Laguna, Tenerife, Canarias. España • ^cPediatra. Unidad Neonatal, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Profesor asociado. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. España • ^dServicio de Pediatría, Hospital de Denia, Alicante. España • ^eUnidad de Neonatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. España • ^fPediatra. CS de Fuente de San Luis, Valencia. España • ^gUnidad de Neonatología. Hospital de Valme, Sevilla. España • ^hPresidente IHAN. Servicio de Pediatría. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián. Guipúzcoa. España • ⁱServicio de Neonatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. España • ^jServicio de Pediatría. Hospital Punta de Europa, Algeciras. Cádiz. España • ^kPediatra. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. CS Torreramona, Zaragoza. España • ^lServicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco, Teruel. España • ^mServicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. España.

Resumen

La práctica de los padres de dormir junto a sus hijos ha sido una constante en la humanidad. Con el aumento en la prevalencia y duración de la lactancia materna, se ha observado paralelamente un aumento de esa práctica, que posiblemente se dé con más frecuencia que la reconocida en las encuestas. Los estudios han demostrado interrelación y mutua potenciación entre lactancia materna y colecho.

Las asociaciones y organizaciones pediátricas recomiendan evitar el colecho, por relacionarlo con la muerte súbita del lactante. Se basan, sin embargo, en estudios en su mayoría no controlados, bajo la influencia de factores de riesgo no tenidos en cuenta.

Los autores, tras una revisión exhaustiva sobre colecho, lactancia y muerte súbita del lactante, encuentran el colecho como una práctica beneficiosa para la lactancia y concluyen que, bien practicado, evitando factores de riesgo, no guarda relación con la muerte súbita del lactante.

Palabras clave:

- Colecho • Dormir con los padres
- Lactancia materna
- Síndrome de muerte súbita del lactante

Bed-sharing favours the practice of breastfeeding and does not increase the risk of sudden infant death syndrome. Sleeping with parents

Abstract

The practice of bed-sharing by parents and their offspring has been a common behaviour among humans. In parallel with the increase of breastfeeding rates, a higher frequency of bed-sharing has been observed worldwide. And, it is probable that it occurs more frequently than what appears reflected in surveys. There seems to be an interrelated and mutually enhanced effect between breastfeeding and bed-sharing.

Pediatric associations and health organizations have warned against the practice of bed-sharing based on studies that describe a link between this practice and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). However, many were non-controlled studies that did not include other potentially risky circumstances.

After a thoroughly review of the available literature, the authors have found the practice of bed-sharing to be of benefit on the basis of a warm and close-up infant care approach and calls for recognition and avoidance of risky situations that could represent a threat for infant life.

Key words:

- Bed-sharing
- Co-sleeping
- Breastfeeding
- Sudden Infant Death Syndrome

DEFINICIÓN

Colecho se define como la práctica de compartir la cama de los adultos, generalmente los padres con los hijos, durante los periodos de sueño. Puede ser habitual o esporádico. Debe distinguirse de otra forma de sueño acompañado, como compartir la misma habitación sin compartir la misma cama¹ o dormir juntos en un sofá. Ello puede ser motivo de consulta al médico de familia o al pediatra en su centro de salud.

FRECUENCIA

No existen datos sobre la frecuencia de esta práctica en España, aunque haya despertado interés en su momento². Las encuestas suelen infravalorar su magnitud, por la tendencia de los padres a ocultarla ante el temor a juicios de valor por parte de los sanitarios. En algunos países industrializados como EE. UU.³ se ha observado un aumento paralelo del colecho junto al incremento de la lactancia materna, describiéndose un 45% de colecho en algún momento de la noche y un aumento de colecho habitual del 5 al 12% entre 1993 y 2000.

ASPECTOS CULTURALES. PERSPECTIVA EVOLUTIVA E HISTÓRICA

En muchas sociedades tradicionales, aun dentro del mundo occidental, existe la costumbre, admitida y bien valorada por la comunidad, de compartir la cama padres e hijos para dormir. Dicha práctica se engloba dentro del tipo de crianza cercana que se caracteriza por lazos estrechos y participativos⁴. En términos de desarrollo neuronal y sensorial, el ser humano es el menos maduro y más dependiente de todos los mamíferos en el momento de nacer. Es incapaz de satisfacer por sí solo sus necesidades nutricionales, físicas y afectivas, siendo por ello dependiente de sus cuidadores. Muchas de estas necesidades se ven satisfechas a través del contacto estrecho con la madre. Se ha observado que el contacto intenso y prolongado de prematu-

ros con su madre actúa como elemento protector frente a dificultades fisiológicas y riesgos ambientales⁵. Y que este contacto íntimo ofrece múltiples beneficios, como menor gasto energético, mejor termorregulación, mayor estabilidad cardiorrespiratoria y oxigenación, menores episodios de llanto, mayor producción de leche y aumento de la prevalencia y duración de la lactancia materna⁶. El colecho proporciona una oportunidad de acercamiento desde el nacimiento y durante la infancia, y es una buena práctica en la crianza de los hijos⁷. Evidencia reciente indica que los recién nacidos que son separados de la madre presentan un 176% más de episodios de estrés y un 86% menos de sueño tranquilo al segundo día de vida que los que son puestos en contacto piel con piel⁸.

Durante el colecho, el lactante duerme en sincronía con su madre, se despierta con más facilidad y más a menudo que los lactantes que duermen solos, acortando la fase de sueño profundo, lo que le protege frente a la rarísima muerte súbita del lactante⁹. Duerme al costado de su madre, con su cuerpo y cara orientada hacia el cuerpo materno, alternando con la posición boca arriba. Esta posición facilita acceder al pecho, despertarse y mamar más a menudo para lograr consuelo y alimento, sin apenas despertar a la madre, a quien la secreción de oxitocina facilita la conciliación del sueño.

Los estudios han mostrado que el bebé que duerme junto a su madre aprende los ritmos maternos y, en consecuencia, su forma de dormir se asemeja más a la de un adulto, facilitando la autorregulación mutua, muy necesaria para el crecimiento adecuado de su hijo^{10,11}.

A pesar de estos beneficios, muchas instituciones y sociedades pediátricas no aconsejan la práctica de colecho bajo ninguna circunstancia, entre ellas el Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP)¹². Se fundamentan en estudios epidemiológicos que relacionan colecho con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

En ciertos países donde la práctica de colecho es predominante, la tasa de SMSL es igualmente alta, como ocurre entre la población afroamericana y

las tribus maorí de la polinesia; en cambio, en otros como Japón, Hong Kong y las comunidades asiáticas del Reino Unido y Nueva Zelanda¹³, que practican el colecho de forma extensa, las tasas de SMSL son bajas. Aun pareciendo contradictorio, esto es un reflejo de la complejidad de los elementos que concurren en esta práctica y en la patogenicidad del SMSL.

Resulta paradójico que, siendo la cuna el lugar donde se documentaron los primeros casos de SMSL, llamado por ello “muerte en la cuna” (del inglés *cot-death*), se convirtiera en pocos años en el “sitio estándar” para el descanso del bebé. Esta aceptación universal, que conlleva la separación del bebé de sus padres y responde mejor a las expectativas del mundo industrializado, ha podido influir para que los investigadores no lo vieran como un factor de riesgo y se centraran en otros factores. Es el caso de la posición boca abajo, cuyas campañas en contra han logrado gran impacto en la prevención del SMSL. Siguiendo ese enfoque, se ha tomado el colecho como factor de riesgo en sí mismo, dejando de lado circunstancias que también afectan a los que duermen en la cuna, como el tipo de lactancia, la posición del niño en la cama o el tipo de superficie, y otros como la obesidad de los padres o el consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, medicamentos y drogas de abuso).

PERSPECTIVA PRAGMÁTICA

Aunque en España no existan datos publicados sobre la frecuencia de la práctica de colecho, es muy probable que esté más extendida de lo que en principio se podría suponer. En países de nuestro entorno, como Inglaterra, se sabe que la mitad de los neonatos y la quinta parte de los lactantes pasan cierto tiempo de la noche en la cama de los padres. Otros países han informado cifras similares o mayores en lactantes menores de tres meses: Irlanda (21%), Alemania (23%), Italia (24%), Escocia (25%), Austria (30%) o Suecia (65%). En países donde las tasas eran menores, las cifras de colecho han aumentado con el incremento de la prevalencia de

la lactancia materna¹⁴. Se ha comprobado que la proporción de niños que comparten la cama con sus padres durante la noche es tres veces mayor en los amamantados que en los no amamantados¹⁵.

Muchas mujeres llevan a sus hijos a la cama para amamantarlos durante la noche, ya que es frecuente que los niños se despierten y se muestren intranquilos en solicitud de alimentación y consuelo. Una vez consolados, las madres suelen caer dormidas junto a su bebé por un tiempo variable. Estudios recientes realizados por Helen Ball¹⁶ en el Reino Unido demuestran que, invariablemente, las madres que amamantan colocan sus hijos junto a ellas en posición supina para facilitar la succión al seno y mantienen una actitud expectante de sueño ligero en un claro papel de vigilancia del sueño del niño.

Varios estudios hablan del efecto protector de la lactancia materna frente al SMSL, especialmente en los niños con lactancia materna exclusiva¹⁷⁻²⁰. En consecuencia, los profesionales de la salud deberíamos apoyar a las madres que ven en la práctica del colecho una estrategia viable para calmar a su bebé y alimentarle durante las horas de sueño, además de ofrecerles información que evite situaciones de riesgo²¹.

EVIDENCIA CIENTÍFICA

Colecho y SMSL

La mayoría de los estudios publicados sobre SMSL y colecho son poco rigurosos: no incluyen grupo control y no hacen ajustes con factores de confusión. Un estudio mejor diseñado fue el Chicago Infant Mortality Study²², que muestra distintos resultados en el análisis univariante una vez hechos los ajustes con otras variables. Encontró una *odds ratio* (OR) no ajustada de SMSL para colecho solo con los padres de 1,9 y un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de 1,2-3,1. Tras el ajuste con la edad, el estado marital, la educación y el nivel de control prenatal, perdió significación dando una OR de 1,3 (IC 95%: 0,3-2,3). Cuando el colecho se practicó con otras personas y aplicando los mis-

mos ajustes la OR subió a 4,1 (IC 95%: 2,0-8,4). Esto ha dado lugar a un importante debate y algunos expertos han evitado pronunciarse en contra de la práctica de colecho¹.

Una revisión sistemática aparecida en 2007²³ identificó 1218 publicaciones sobre beneficios y riesgos del colecho, donde 40 cumplían los requisitos de evidencia requeridos. La mayor parte de los trabajos, realizados a mediados de la centuria pasada, fueron estudios de casos y controles diseñados para conocer los factores de riesgo en general y no específicamente la asociación entre el colecho y el SMSL. Otra circunstancia que dificultó la revisión sistemática fue la disparidad en el diseño y en los análisis estadísticos utilizados, así como en la definición del colecho. En 5 de las 11 publicaciones que aportan OR con IC 95%, no se encontró relación significativa entre colecho y SMSL. En otra de ellas, el colecho no resultó ser factor de riesgo cuando los padres compartían la cama con el bebé, pero sí cuando lo practicaban otros miembros de la familia, incluyendo los hermanos. Cabe destacar que en cuatro de los estudios en los que el colecho

fue significativo como riesgo de SMSL, la definición de colecho (“compartir la cama la última noche”), fue diferente de la de los estudios en los que la relación entre colecho y SMSL no fue significativo (“práctica rutinaria”). Esta revisión pone de manifiesto que el tabaquismo de la madre aumenta el riesgo de SMSL cuando se asocia a la práctica de colecho (Tabla 1).

Un estudio reciente²⁴, con metodología rigurosa y donde se compararon 80 casos de SMSL con dos grupos control (uno elegido al azar [n = 87] y otro con factores de riesgo conocidos [n = 82]), demostró con un modelo de regresión logística multivariante, con independencia del grupo control, que la combinación de consumo de alcohol (más de dos copas) o drogas y colecho fue el predictor más consistente de SMSL. En cambio, el colecho solo, en ausencia de consumo de alcohol o drogas, sin la presencia de hermanos, presentaba un efecto protector para el SMSL, especialmente cuando se practicó en una cama y no en el sofá. La protección del colecho para el SMSL fue mayor en las madres no fumadoras y al aumentar la edad del niño. En

Tabla 1. Asociación entre colecho y SMSL; interacción con tabaquismo de la madre²³

Autor	OR (IC 95%). Sí tabaco	OR (IC 95%). No tabaco	Tipo de análisis	Definición de variable
Mitchell, 1992	2,7 (2,0-3,6)	0,98 (0,14-2,18)	Multivariante	Última noche
Arnestad, 2001	NS	–	Multivariante	Rutinario
Blair, 1999	NS	–	Multivariante	Última noche
Brooke, 1992	NS	–	Multivariante	Rutinario
Carpenter, 2004	7,28 (ND)	1,56 (0,91-2,68)	Multivariante	Última noche
Hauck, 2003	NS	–	Multivariante	Padres solo
Iyasu, 2002	NS	–	Univariante	Rutinario
Klonoff, 1995	NS	–	Multivariante	Rutinario
McGarvey, 2003	16,47 (3,7-72,7)	–	Multivariante	Rutinario
Mitchell, 1997	5,02 (1,05-24,05)	4,31 (1,01-17,4)	Multivariante	ND
Schellscheidt, 1997	8,5 (3,2-33,2)**	1,03 (0,21-5,06)	Multivariante	Última noche

*Tipo de colecho. **Tabaquismo en embarazo.

IC: intervalo de confianza; ND: no determinado, NS: no significativo; OR: *odds ratio*; SMSL: síndrome de muerte súbita del lactante.

este estudio se encontró que la edad media de los niños afectados por el SMSL variaba según las condiciones del entorno donde el niño dormía: seis meses para los que dormían solos en su habitación y dos meses para los que compartían la habitación con adultos o practicaban colecho en un sofá. Entre estos últimos, la edad media fue de 47 días. Este estudio identificó además otros factores de riesgo para SMSL, como el uso de almohadas o cojines y el arropamiento con mantas ajustadas. La importancia de este estudio es que identifica factores de riesgo modificables mediante intervenciones educativas, dirigidas a la práctica de colecho y a la prevención de SMSL. Sin embargo, respecto al tema que nos ocupa, no aporta datos que nos permitan sacar conclusión definitiva sobre la influencia del colecho en el SMSL y la interrelación con el efecto protector de la lactancia materna.

Otro estudio descriptivo no controlado²⁵ basado en una revisión retrospectiva de 244 casos de SMSL ocurridos en New Jersey entre 1996 y 2000, constató que en 93 de estos casos (38,9%) se había practicado colecho, pero solamente en cinco de ellos (5,4%) el colecho fue el único factor de riesgo. En los restantes 88 casos existían otros factores asociados, como posición en decúbito prono, tabaquismo materno, prematuridad, infecciones de las vías respiratorias altas o el empleo de sofá, almohadas, mantas o edredones para dormir.

En el estudio de Blair de 1999²⁶ se encontró mayor riesgo de SMSL en los niños que durmieron solos (OR: 10,49; IC 95%: 4,26-25,81) que los que hicieron colecho (OR: 9,79; IC 95%: 4,2-23,83). En el estudio realizado por este mismo autor en 2009 los resultados fueron parecidos: OR: 21,77 (IC 95%: 3,79-125) frente a OR: 21,34 (IC 95%: 2,29-152,56), respectivamente. En el estudio de McGarvey²⁷, el colecho tuvo una OR global de 16,47 (IC 95%: 3,72-72,75) que, al controlar por tabaquismo en la madre, bajó a 4,31 (IC 95%: 1,01-17,37). Sin embargo, no hubo controles para consumo de alcohol, como se apuntó previamente. Por último, el estudio de Carpenter²⁸ encontró para el colecho una OR de 17,7 (IC 95%: 10,3-30,3) en las madres fumadoras,

que pasó a ser no significativa 1,56 (IC 95%: 0,91-2,68) en las no fumadoras.

Colecho, lactancia materna y SMSL

Vennemann *et al.*¹⁹, en el Estudio Alemán sobre SMSL que incluyó 333 casos pareados y 998 controles encontraron que la lactancia materna disminuye un 50% el riesgo de SMSL al mes de vida. Los autores recomiendan que los programas de apoyo a la práctica de lactancia materna deberían ser incluidos en las campañas de prevención del SMSL.

Por otro lado, varios estudios constatan mejores índices de lactancia materna entre los niños que practican colecho^{29,30}. En estos casos, sin embargo, no es posible esclarecer si las madres que amamantan son más proclives a dormir con sus bebés o si compartir la cama con el bebé favorece la prolongación de la lactancia materna.

Un estudio longitudinal reciente³¹, que incluyó 7447 niños de 0 a 4 años, identificó cuatro grupos en cuanto a la práctica de colecho: los que nunca lo practicaron (66%), los que lo practicaron solamente en los primeros meses de vida ("colecho precoz": 13%), los que lo practicaron después del primer año de vida ("colecho tardío": 15%) y los que lo practicaron a lo largo de los cuatro años ("colecho continuo": 6%), y demostró que existía una relación significativa entre los tres patrones de colecho ("precoz", "tardío" y "continuo") y la lactancia materna a los 12 meses de edad. Los autores del estudio concluyen que a la hora de establecer recomendaciones sobre el colecho se debe tener en cuenta su importante relación con la lactancia materna.

Una revisión publicada por el Grupo Pediatría Basada en Evidencia de la AEP/Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria³² hace hincapié en cifras crudas de OR de varios estudios, algunos ya comentados en este artículo, cuya relevancia se modifica al analizar en detalle dichos resultados. Si analizamos los cuatro estudios más importantes por la cuantía de OR, vemos que ninguno de ellos define las variables de lactancia materna siguiendo recomendaciones de la Organización Mundial

de la Salud, ni se hacen ajustes con lactancia materna exclusiva, en tres no se incluyó dormir en un sofá, en uno no se tomó en cuenta consumo de alcohol en un país como la República de Irlanda, con una de las tasas de alcoholismo más altas de Europa (Tabla 2). La falta de ajuste con variables tan determinantes en estos y otros estudios, limita su valor predictivo para la población general.

CONCLUSIONES

Las bajas tasas de lactancia materna entre los lactantes españoles y del resto del mundo son un problema de salud pública de primera magnitud, por los importantes riesgos que trae consigo la falta de amamantamiento, para la salud presente y futura de niños y mujeres³³⁻³⁶.

La crianza desde la cercanía ofrece mayores oportunidades de mantenimiento de la lactancia materna³⁷, con la consiguiente reducción de la morbimortalidad, el afianzamiento del vínculo madre-hijo, el desarrollo de una relación de apego seguro entre el bebé y su madre, y el modelaje de respuestas adecuadas ante situaciones de estrés³⁸.

No existe evidencia científica firme que desaconseje la práctica de colecho en los bebés amamantados, en ausencia de factores de riesgo conocidos; en cambio, sí existe evidencia de los efectos nocivos del consumo sistemático de fórmulas lácteas infantiles y de las prácticas disruptivas en la relación materno filial (como acostumarlos a dormir solos, a que lloren, a que se alimenten cuando “les toca”), cuya consecuencia futura puede ser la aparición de conductas disfuncionales en estos lactantes³⁹. Por otro lado, conforme aparecen nuevas

Tabla 3. Factores que aumentan el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante

- Ausencia de lactancia materna exclusiva
- Posición del bebé boca abajo durante el sueño
- Consumo de tabaco por uno o ambos progenitores
- Consumo de alcohol, drogas u otras sustancias o medicamentos que alteren la capacidad de respuesta de los progenitores
- Colecho en superficies blandas y no planas: (sofás o colchones blandos)
- Arropamiento excesivo del bebé
- Colecho con otras personas (hermanos incluidos) que no sean los padres
- Uso de almohadas, cojines o edredones
- Obesidad mórbida de alguno de los progenitores

causas de SMSL asociadas a trastornos metabólicos y a alteraciones cardíacas y neurológicas, los resultados de los estudios epidemiológicos realizados hasta ahora se verán más limitados⁴⁰.

En ausencia de pruebas que demuestren el perjuicio de la práctica del colecho en los bebés amamantados, y siendo este beneficioso para la práctica y el mantenimiento de la lactancia materna, la decisión sobre la práctica de colecho debe ser de los padres. Dado que los estudios han identificado una serie de factores de riesgo que asocian dicha práctica con el SMSL, creemos necesario informar a los padres para evitar tales situaciones durante el sueño¹ (Tabla 3).

Como alternativa al colecho, ante la presencia de alguna situación de riesgo, es recomendable la práctica de cohabitación con la cuna del bebé cercana a la cama de los padres. La cuna tipo *sidecar*

Tabla 2. Variables tenidas en cuenta en el análisis multivariante

	LME	Sofá	Tabaco	Alcohol	Posición	Chupete
Blair, 2009 (Inglaterra) ²⁴	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Carpenter, 2004 (UE) ²⁸	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Mc Garvey, 2003 (Irlanda) ²⁷	No	No	Sí	No	Sí	Sí
Blair, 1999 (Inglaterra) ²⁶	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No

LME: lactancia materna exclusiva; UE: Unión Europea.

permite al bebé dormir sobre el colchón de su cuna al mismo nivel de la cama de los padres, sin que baranda alguna les separe. Ha demostrado ser segura y no interferir con la frecuencia de las tomas de pecho materno⁴¹.

CONFLICTO DE INTERESES

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

ABREVIATURAS

AEP: Asociación Española de Pediatría • **IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **OR:** *odds ratio* • **SMSL:** síndrome de muerte súbita del lactante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academy of Breastfeeding Medicine, Clinical Protocol Number 6. Guideline on Co-Sleeping and Breastfeeding. *Breastfeeding Med.* 2008;3:38-43 [en línea] [consultado el 10/11/2011]. Disponible en www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_6.pdf
2. Simposio sobre el Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. *An Esp Pediatr.* 1988;29(S32):254-66.
3. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin JM. The National Infant Sleep Position Study Trends in Infant Bed Sharing in the United States, 1993-2000 *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:43-9.
4. Hrdy SB. *Mother Nature: A history of mothers, infants and natural selection.* New York: Ballantine Books; 1999.
5. Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *J Perinatol.* 1991;11:216-26.
6. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bed-sharing and breastfeeding. *Paediatr Resp Rev.* 2005;6(2):134-42.
7. Ludington-Hoe SM, Hadeed AJ, Anderson GC. Physiological responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. *J Perinatol.* 1991;11:19-24.
8. Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry.* 2011;70:817-25.
9. 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.
10. Ball HL. Parent-infant bed-sharing behavior: effects of feeding type and father presence. *Human Nat.* 2006;17:301-18.
11. McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-Infant Cosleeping, Breastfeeding and Sudden Infant Death Syndrome: What Biological Anthropology Has Discovered About Normal Infant Sleep and Pediatric Sleep Medicine. *Yearbook Physical Anthropology.* 2007; 50:133-61.
12. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante [en línea] [consultado el 10/11/2011]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/documentos/0.pdf
13. Blair PS, Fleming P. Co-sleeping and infant death. In: David TJ (ed.). *Recent advances in Pediatrics* 24. London: Royal Society of Medicine Press; 2007.
14. Nelson EA, Taylor BJ. International Child Care Practices Study: infant sleeping environment. *Early Hum Dev.* 2001;62:43-55.
15. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr.* 2004;25:141-9.
16. Ball HL. Bed-sharing practices of initially breastfed babies in the first 6 months of life. *Inf Child Dev.* 2007;16:387-401.
17. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA. Breastfeeding and risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol.* 1993;22:885-90.
18. McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact.* 2000;16:13-20.
19. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Yucesan K, Sauerland C, Mitchell EA; GeSID Study group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics.* 2009;123:e406-10.
20. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;128:103-10.
21. UNICEF Sharing a bed with your baby. A guide for breastfeeding mothers [en línea] [consultado el

- 10/11/2011]. Disponible en www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/Resources-for-parents/Sharing-a-Bed-With-Your-Baby/
22. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Merrick Moore C, Donoghue E, *et al.* Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics*. 2003;111:1207-14.
 23. Horsley T, Clifford T, Barrowman N, Bennett S, Yasdi F, Sampson M, *et al.* Benefits and harms associated with the practice of bed sharing. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:237-45.
 24. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EMA, Fleming P. Hazardous co-sleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*. 2009;339:b3666.
 25. Ostfeld BM, Esposito L, Perl H, Heqvi T. Current risk in Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics*. 2010;125:447-53.
 26. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Ward Platt M, 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;319:1457-62.
 27. 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.
 28. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004;363:185-91.
 29. Rosenberg KD. Sudden infant death syndrome and co-sleeping. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(5):529-30.
 30. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*. 1997;100(2 Pt 1):214-9.
 31. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: Longitudinal population based analysis. *Pediatrics*. 2010;126:e1119-26.
 32. Aparicio Rodrigo M. Grupo Pediatría Basada en Evidencia, AEP/AEPap [en línea] [consultado el 10/11/2011]. Disponible en <http://cursosaeap.exlibrisediciones.com/files/49-67-fichero/presentacion.pdf>
 33. Paricio JM, Lizán García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz JM, Beseler Soto B, Sánchez Palomares M, *et al.* Full breastfeeding and hospitalizations as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*. 2006;118:e92-9.
 34. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of post-natal death in the United States. *Pediatrics*. 2004;113:e435-9.
 35. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, *et al.* Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based PracticeCenter, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007 [en línea] [consultado el 10/11/2011]. Disponible en www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf
 36. Pallás Alonso CR, Baeza Pérez-Fontán C. El médico y la familia y la formación en lactancia materna. *Aten Primaria*. 2006;38:67-8.
 37. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJ, Barros FC. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. *J Pediatr*. 2009;155:505-9.
 38. Perry BD, Pollard R, Blakely T, Baker W, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use dependent' development of the brain: How 'states' become 'traits.' *Infant Mental Health J*. 1995;16:271-91.
 39. Porter L. All night long: understanding the world of infant sleep. *Breastfeeding Rev*. 2007;15(3):11-5.
 40. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant syndrome. *N Engl J Med*. 2009;361:795-805.
 41. Ball HL, Ward-Platt MP, Hestop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of mother-infant proximity on the post-natal ward: implication for breastfeeding initiation and infant safety. *Arch Dis Child*. 2006;91:1005-10.