



ORIGINAL

Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones?

Irene Ruiz Botia^{a,*}, Pía Cassanello Peñarroya^{a,b}, Ana Díez Izquierdo^{a,b},
José M. Martínez Sánchez^b y Albert Balaguer Santamaria^{a,b}

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitari General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^b Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

Recibido el 8 de febrero de 2019; aceptado el 17 de junio de 2019

Disponible en Internet el 25 de julio de 2019

PALABRAS CLAVE

Síndrome de muerte súbita del lactante;
Postura durante el sueño;
Factores de riesgo;
Prevención;
Lactante;
Neonato;
Lactancia materna;
Recomendaciones

Resumen

Introducción: La postura en decúbito prono al dormir es el principal factor de riesgo modificable conocido para el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Existen otras recomendaciones respecto al SMSL con menor impacto. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del decúbito prono durante el sueño así como de otros factores de riesgo asociados a SMSL en una muestra de lactantes españoles.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en 640 familias con niños de 0 meses a 11 meses. Además de la postura, se analizó la adherencia a otras cuatro recomendaciones respecto al SMSL: lugar donde duerme el lactante, lactancia materna, succión no nutritiva y tabaquismo materno.

Resultados: El 41,3% de los menores de 6 meses y el 59,7% de los lactantes de 6 a 11 meses dormían en una postura no recomendada. Solo el 6,4% de las familias seguían las cinco recomendaciones analizadas.

Discusión: Existe una elevada prevalencia de factores de riesgo modificables de SMSL en la población estudiada. Parece necesario reimpulsar la educación personalizada y otras campañas de concienciación y prevención del SMSL.

© 2020 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iruizbotia@gmail.com (I. Ruiz Botia).

KEYWORDS

Sudden infant death syndrome;
 Sleep position;
 Risk factors;
 Prevention;
 Infant;
 Newborn;
 Breastfeeding;
 Recommendations

Sudden infant death syndrome: Do the parents follow the recommendations?**Abstract**

Introduction: Prone sleeping position is the main known modifiable risk factor for sudden infant death syndrome (SIDS). There are other SIDS recommendations although with less impact. The objective of this study is to describe the prevalence of prone position during sleep as well as other risk factors associated with SIDS in a sample of Spanish babies and infants.

Methods: Cross-sectional study carried out on 640 families with children from 0 months to 11 months. In addition to the sleep position, the adherence to four other recommendations regarding SIDS was analysed: place where infant sleeps, breastfeeding, use of non-nutritive suction, and maternal smoking.

Results: A total of 41.3% of infants under 6 months and 59.7% of infants aged 6 to 11 months slept in a non-recommended position. Only 6.4% of families analysed followed all five recommendations.

Discussion: There is a high prevalence of modifiable risk factors for SIDS among the studied population. Personalized education should be promoted, along with other campaigns to raise awareness and prevent SIDS.

© 2020 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se ha definido como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año que permanece sin explicación tras una investigación completa del caso, incluyendo análisis del lugar del fallecimiento, autopsia y revisión detallada de la historia clínica¹. Se trata de un problema grave, y a pesar de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años, sigue siendo imprevisible².

El SMSL es la primera causa de muerte infantil entre el primer mes y el año de vida en los países desarrollados, suponiendo el 40-50% de dicha mortalidad, con una máxima incidencia entre los dos y los tres meses de edad³. En Estados Unidos de América (EUA) se registra una tasa anual de SMSL de 0,38 por 1.000 nacidos vivos⁴. En países de nuestro entorno como Alemania, Gran Bretaña e Irlanda, las tasas son de 0,3-0,43%. Japón, Suecia y Canadá son países con tasas bajas en comparación con las anteriores, de 0,1-0,24%^{1,3}. En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, en los últimos años se han producido alrededor de una cincuenta de casos de SMSL cada año⁵.

Desde la década de 1980, numerosas evidencias han podido establecer que existen algunos factores que incrementan el riesgo de SMSL, mientras que otros se podrían considerar «protectores». La postura al dormir sería el factor modificable más determinante, siendo el decúbito supino la posición más segura. El decúbito prono sería la posición que más incrementaría el riesgo, mientras que el decúbito lateral lo haría, aunque en menor medida^{1,3,6,7}. Otros factores de riesgo podrían englobarse en factores maternos (hábito tabáquico pre- y posnatal, y de algún conviviente en la etapa posnatal, consumo de otras drogas incluido el alcohol, la edad materna menor a 20 años, complicaciones durante el embarazo o el parto como anemia, preeclampsia/eclampsia, desprendimiento de placenta,...), factores

del lactante (prematuridad, bajo peso al nacer, producto de embarazo múltiple, sexo masculino) y factores ambientales (dormir sobre una superficie blanda, objetos como peluches o almohadas en la superficie donde duerme, excesivo arropamiento y calor ambiental)^{1,7-13}. Entre los factores que podríamos considerar protectores, además del decúbito supino son la lactancia materna (LM), la succión no nutritiva con chupete durante el sueño, compartir habitación con los padres y la vacunación¹⁴⁻¹⁶. El riesgo o protección atribuible al colecho es controvertido. Si bien esta práctica podría ayudar a mantener la LM, algunos estudios señalan su riesgo, al menos en ciertas circunstancias^{3,17-19}. En la actualidad, tanto la Academia Americana de Pediatría como el Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y el Comité de Lactancia Materna de la AEP, exponen que la forma más segura de dormir para un lactante es en decúbito supino, en una cuna independiente de la cama de los padres, pero en la misma habitación que estos. Asimismo, instan a no aconsejar el colecho con niños menores de 3 meses (4 meses en el caso de la Academia Americana de Pediatría), prematuros o con bajo peso al nacimiento; también en caso de que los padres consuman medicamentos con efecto sedante, drogas como tabaco o alcohol, o si los padres están muy cansados. Se desaconseja también practicarlo en un sofá o sillón o si se comparte cama con otros familiares que no sean sus padres^{1,6,9}.

La determinación en la literatura de factores de riesgo y factores protectores, impulsó la implementación de campañas preventivas educativas dirigidas a padres y proveedores de atención médica centradas especialmente en promover el decúbito supino durante el sueño, iniciadas en torno a 1994. Dichas campañas lograron un descenso de la prevalencia de SMSL en EUA de 1,3 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 0,38 por 1.000 nacidos vivos en 2016, lo que supuso evitar, aproximadamente 1.500 fallecimientos por SMSL en 2016 en dicho país¹⁵. Similares descensos se han observado

en otros países, estimándose entre un 30% en Japón y un 82% en Holanda y Noruega⁷. En EUA, gracias a estas campañas el porcentaje de lactantes que dormían en decúbito prono disminuyó del 85,4% al 30,1% (descenso del 55,3%), y el de los que lo hacían en supino aumentó de 1,9% a 41,7, disminuyendo los lactantes fallecidos por SMSL hallados en prono del 84% al 48,5% en la primera década del siglo²⁰. Por lo tanto, la demostración de que el decúbito supino durante el sueño es la posición más segura para los lactantes ha sido un hito importante en pediatría ya que de ello se deriva una recomendación sencilla y eficiente para evitar muertes por el SMSL. Resulta inusual que una recomendación de crianza produzca tal impacto en la mortalidad infantil.

El presente estudio se propone identificar, en una muestra de lactantes, la adherencia familiar a las recomendaciones actuales. Su objetivo principal fue analizar la posición durante el sueño de los lactantes, como principal factor modificador del riesgo de SMSL. El objetivo secundario fue evaluar el cumplimiento de otras recomendaciones que constituyen factores de riesgo modificables.

Material y métodos

Los presentes datos se obtuvieron de una encuesta dirigida a familias con niños/as menores de 12 meses residentes en España. Las encuestas fueron autoadministradas por las familias participantes a través de una plataforma web en español, entre febrero 2017 y febrero 2018, y entre junio y julio de 2018.

La incorporación de participantes para el estudio se efectuó haciendo difusión informativa sobre el mismo en las consultas de seguimiento del niño sano del Hospital Universitario General de Catalunya y en escuelas infantiles, así como mediante el uso de medios digitales (redes sociales). Los padres recibían, junto con las explicaciones generales, el enlace electrónico a la dirección de Internet que daba libre acceso a la encuesta.

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética del Hospital Universitario General de Catalunya y el Comité Ético de Investigación de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC- Barcelona).

Para el análisis de este estudio se definieron las siguientes variables: edad y sexo del niño, edad materna, nivel académico materno, hábito tabáquico materno, posición en que el niño duerme la mayor parte del tiempo, lugar donde duerme el lactante, alimentación con LM en el momento de la encuesta y uso de succión no nutritiva mediante chupete.

Población y participantes

Participaron en el estudio díadas niño/familiar de forma abierta y consecutiva. Se consideró como criterio de inclusión tener la edad mencionada (0-11 meses), que fueran residentes en España y que los padres aceptaran participar en el estudio firmando el consentimiento informado en la plataforma del estudio. Los criterios de exclusión fueron que el lactante tuviese 12 o más meses de vida, que no residiesen en España, que existiese una barrera idiomática con la familia y la negativa de esta a participar.

Tabla 1 Postura durante el sueño. Números absolutos y porcentajes según grupos de edad

	0-5 meses (n = 288)	6-11 meses (n = 352)	Total (0-11 meses) (n = 640)
Decúbito supino	169 (58,7%)	142 (40,3%)	311 (48,6%)
Decúbito lateral	94 (32,6%)	131 (37,2%)	225 (35,2%)
Decúbito prono	25 (8,7%)	79 (22,5%)	104 (16,2%)

Estadística

Para el estudio estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel versión 15.12.3 para Mac y el R Statistical Software versión 3.5.1 para Mac. Se efectuó un análisis descriptivo, con prueba de chi cuadrado para las variables dicotómicas.

Aspectos éticos

Los padres recibieron información escrita y firmaron un documento virtual de consentimiento informado. El estudio se llevó a cabo según los principios básicos de la Declaración de Helsinki, la *Council of Europe Convention of Human Rights* and Biomedicine, la *UNESCO Universal Declaration on the Human Rights* y los requerimientos legales del Estado español en el ámbito de la investigación biomédica.

Resultados

Se obtuvieron datos de un total de 640 díadas niño/familiar. El 79,3% residían en Cataluña y el 20,7% en otras comunidades autónomas de España. El 95% de los encuestados participantes en el estudio eran madres, con edad media de 34,5 años. Solo uno de los niños/as había nacido de una madre menor de 20 años. El 9,21% de las madres tenían estudios primarios, el 22,7% tenían estudios secundarios y el 68,09% tenían estudios universitarios.

El 51,6% de los menores eran de sexo masculino y el 48,4% eran de sexo femenino. Del total, 288 (45,0%) tenían una edad comprendida entre 0 y 5 meses, y 352 (55,0%) tenían entre 6 y 11 meses, siendo la edad media de 6 meses.

En las *tablas 1-4* se resumen los resultados acerca de la postura y localización del lactante durante el sueño, la inclusión de lactancia materna en su alimentación y el hábito tabáquico materno.

En cuanto a la alimentación, 139 (48,3%) de los menores de 6 meses realizaban lactancia materna exclusiva, 52 (18,0%) tomaban LM además de otros alimentos, y 97 (33,7%) niños/as esta no formaba parte de su alimentación, por lo tanto el 66,3% de este grupo etario recibía LM, ya fuera de manera exclusiva o no. En cuanto al grupo de 6 a 11 meses, 185 (52,6%) recibían lactancia materna.

Solo el 10,4% de los niños de 0 a 5 meses de edad y el 3,1% de los de 6 a 11 meses tenían todos los factores protectores modificables de SMSL analizados.

Tabla 2 Localización durante el sueño. Números absolutos y porcentajes según grupos de edad

	0-5 meses	6-11 meses	Total(0-11 meses)
Cuna en la habitación de los padres	169 (58,7%)	138 (39,2%)	307 (48,0%)
Cuna en una habitación independiente de la de los padres	31 (10,8%)	111 (31,5%)	142 (22,2%)
Misma cama que los padres (colecto)	88 (30,5%)	103 (29,3%)	191 (29,8%)

Tabla 3 Seguimiento de las diferentes recomendaciones para evitar el SMSL según grupos de edad

	0-5 meses		6-11 meses		Total (0-11 meses)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Posición supino	58,7%	41,3%	40,3%	59,7%	48,6%	51,4%
Lugar recomendado	58,7%	41,3%	39,2%	60,8%	48,0%	52,0%
Lactancia materna	66,3%	33,7%	52,6%	47,4%	58,7%	41,3%
Succión no nutritiva	46,2%	53,8%	59,4%	40,6%	53,4%	46,6%
Madre no fumadora	87,2%	12,8%	86,5%	13,5%	86,7%	13,3%

Tabla 4 Número de recomendaciones seguidas (respecto a las cinco estudiadas). Números absolutos y porcentajes según grupos de edad

Número de recomendaciones seguidas	0-5 meses (n = 288)	6-11 meses (n = 352)	Total: 0-11 meses (n = 640)
Ninguna de las 5	0	1 (0,3%)	1 (0,2%)
Únicamente 1 de las 5	13 (4,5%)	23 (6,5%)	36 (5,6%)
Únicamente 2 de las 5	56 (19,5%)	116 (33,0%)	172 (26,9%)
3 de las 5	103 (35,9%)	139 (39,5%)	242 (37,9%)
4 de las 5	86 (29,9%)	62 (17,6%)	148 (23,1%)
Seguimiento de las 5	30 (10,4%)	11 (3,1%)	41 (6,4%)

Discusión

La prevalencia de factores de riesgo modificables de SMSL en la muestra de población estudiada es inaceptablemente elevada, especialmente la posición para dormir diferente al decúbito supino.

Más de la mitad de los lactantes no dormían en decúbito supino, siendo esta la posición que aporta mayor protección frente al SMSL y a pesar de que desde la década de los 90 del siglo pasado se impulsan campañas informativas que la aconsejan. Aproximadamente el 40% de los lactantes de entre 0 y 5 meses no dormía en supino, y casi el 9% lo hacía en prono. Estos datos son relevantes porque es el grupo etario con mayor incidencia de SMSL y en el que la posición en la que duermen depende en mayor medida de sus padres. En nuestro país, son escasos los datos de seguimiento sobre la adherencia a estas medidas. Un estudio epidemiológico en Navarra determinó que tras una campaña que desaconsejaba el prono, los lactantes menores de 6 meses que dormían en esta posición pasaron de ser el 86,5% al 38,3%, los que lo hacían en decúbito lateral del 3,5% al 9% y los que lo hacían en supino del 5,6% al 46%, siendo mejores los datos de nuestra población²¹. Otra

publicación mostró que en Murcia solo el 2,3% de los neonatos dormían en decúbito prono y el 39,8% en decúbito lateral en 2007²².

Las causas de nuestros hallazgos pueden ser múltiples, y entre ellas puede estar el desconocimiento de estas recomendaciones por parte de los progenitores porque el facultativo de referencia no les haya transmitido tal información. De hecho, un estudio llevado a cabo en 2012-2013 en Cataluña concluía que, aunque el 94% de los pediatras se consideraban suficientemente cualificados para aconsejar acerca del SMSL, solo el 58% de ellos reconocía que el supino era la posición más segura para dormir y era la única que recomendaban a los padres²³. A esto se ha podido añadir la confusión que pueden generar recomendaciones de conocidos o familiares, ya que en épocas anteriores era habitual recomendar el decúbito prono.

Un porcentaje notable de lactantes (35,16%) dormían en decúbitolateral, que también confiere riesgo de SMSL. Además de las hipótesis anteriores, quizás aquí juegue un papel la práctica de una parte del personal hospitalario tras el parto, que recomienda el decúbito lateral por la creencia de disminuir así un supuesto riesgo de aspiración en caso de vómito o regurgitación, a pesar de la ausencia

de evidencia epidemiológica, clínica o forense que sustente estos temores²⁴⁻²⁶, ni siquiera en caso de reflujo gastroesofágico^{1,27}.

La consideración del colecho como situación de riesgo es menos clara que las otras cuatro recomendaciones estudiadas aquí. Aunque hay algún estudio que ha mostrado un posible beneficio del colecho en cuanto a su asociación con la LM^{17,18}, parece que sus inconvenientes superarían esos supuestos beneficios, no solo en algunos grupos específicos como son los menores de 3-4 meses, padres fumadores, consumidores de alcohol u otras sustancias, o si se practica en un sofá^{18,19}. También cuando no se dan esas circunstancias se ha considerado el colecho como un factor de riesgo^{6,28}. En este estudio lo hemos considerado así, en consonancia con las recomendaciones de la Task Force de la APP¹, de la Agencia de Salud Pública de Canadá²⁹, del Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil de la AEP³⁰ y del Comité de Lactancia de la AEP³¹. El 48,0% de los lactantes del presente estudio dormían en una cuna en la habitación de los padres, que se estipula como el lugar que aporta mayor protección frente al SMSL.

De la población estudiada, el porcentaje de menores de 6 meses que se alimentaba con leche materna de manera exclusiva (recomendación de la OMS) no alcanzaba el 50%, y un tercio de los menores de 6 meses y la mitad de los lactantes de 6 a 11 meses no tomaban leche materna³². Según la última Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2017, la tasa de LM (incluyendo LME y lactancia mixta) a las 6 semanas es del 73,9%, a los 3 meses es del 63,9% y a los 6 meses del 39%³³. En nuestra muestra, el 68,7% de los lactantes tomaban LM a los 6 meses. A pesar de los múltiples e importantes beneficios de lactar, estas cifras están todavía lejos de alcanzar los objetivos de la OMS.

Las tasas de tabaquismo en los últimos años tienden a descender con las políticas antitabaco. La Encuesta Nacional de Salud de 2017 informa de que el 18,8% de las mujeres y el 25,6% de los hombres son fumadores³³. La tasa de tabaquismo materno de nuestro estudio era del 13,3%. Aunque esta cifra puede considerarse baja, la aspiración sería llegar a una deseable tasa de 0. Desconocemos el consumo de tabaco durante el embarazo en nuestra muestra.

Como posibles limitaciones de este estudio hay que mencionar que la evaluación de factores de forma retrospectiva implica un potencial sesgo de memoria. Sin embargo, el cribado poblacional de hábitos de vida mediante cuestionarios es especialmente útil por su sencillez. Considerando que existe literatura que demuestra que la información parental es un método efectivo para la detección de los problemas conductuales y de los trastornos de sueño, otorgamos una esencial relevancia a las valoraciones de las familias³⁴. Por otra parte, la muestra de participantes puede no ser representativa de la población española porque la mayoría de ellos eran residentes de Cataluña y porque dos terceras partes de los progenitores en este estudio tenían estudios universitarios, lo que sobreestima su representación. Si tenemos en cuenta que los lactantes con progenitores universitarios duermen más habitualmente en decúbito supino que aquellos cuyos padres tienen estudios primarios o secundarios, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,018$), cabría suponer que en la población general el porcentaje de lactantes que duermen en

una posición no recomendada podría ser aún mayor que la descrita en nuestro estudio. Posiblemente el perfil de madres jóvenes está infrarrepresentado porque son escasas en la muestra y solo ha participado una menor de 20 años.

Ante los datos expuestos queda patente que aún existe una elevada prevalencia de factores de riesgo modificables de SMSL en nuestro medio y que, por lo tanto, hay bastante margen de mejora en este sentido. El enorme impacto familiar que el SMSL provoca y el elevado número de casos que suceden anualmente en todo el mundo hace que este sea un problema relevante en pediatría^{35,36}.

Atendiendo al número de nacimientos y de casos de SMSL declarados por el INE, en España se inferiría un tasa anual de SMSL de 0,12‰ en los últimos años, que sería una de las más bajas de entre los países de los que se disponen datos^{5,37}. Este dato probablemente está infravalorando la magnitud del problema en nuestro país. La investigación clínica y epidemiológica así como la estandarización de los protocolos de autopsias, de la investigación del escenario del fallecimiento, y de la clasificación de las causas de defunción son aspectos claves para disponer de cifras de incidencia reales del SMSL, comprender mejor esta entidad, y mejorar su prevención.

Conclusiones

Parece necesario reimpulsar campañas masivas de concienciación y prevención del SMSL, difundir la evidencia actual de los factores de riesgo y de protección entre el personal sanitario y comunicar esta información a las familias para que puedan integrarla en la toma de decisiones respecto a su modelo de crianza. Esta información se les debería proporcionar durante el embarazo, tras el parto y en las sucesivas visitas pediátricas, con un mensaje unánime por parte de todo el personal sanitario, tanto facultativo como de enfermería. La disminución de las tasas de SMSL tras intervenciones basadas en evidencia epidemiológica es un ejemplo de la contribución que la epidemiología puede hacer a la comprensión y prevención de un importante problema de salud pública.

Un solo acontecimiento fatal prevenible sería excesivo. Los datos aportados aquí son una llamada de atención a nuestra responsabilidad. Como agentes de salud deberíamos hacer un esfuerzo colectivo para facilitar que las familias conocieran y practicaran las recomendaciones más seguras en el cuidado de sus hijos, más cuando se trata de medidas sin un coste económico adicional.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.06.011>.

Bibliografía

- Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping Environment. *Pediatrics*. 2016;138(5).
- Camarasa Piquer F. Evolución histórica del síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) en España. En: Grupo de trabajo de Muerte Súbita Infantil – AEP. Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3ª ed. Madrid: Ediciones Ergon. 2013. p. 37 [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443642.pdf.
- Mei-Hwan Wu. Sudden Death in Pediatric Populations. *Korean Circ J*. 2010;40:253–7.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sudden unexpected infant death and sudden infant death syndrome. Data and statistics [consultado 6 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/sids/data.htm>.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad [consultado 15 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>.
- Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr*. 2012;160, 44–8.e2.
- Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y, Berry PJ, Rudd PT, Stewart A, et al. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population based case-control study. *BMJ*. 1990;301:9–85.
- Corwin MJ. Sudden infant death syndrome: risk factors and risk reduction strategies. Up to date. 2018.
- 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.
- Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, Stewart AW, Becroft DM, Thompson JM, et al. Four modifiable and other major risk factors for cot death: the New Zealand study. *J Paediatr Child Health*. 1992;28 Suppl. 1:S3–8.
- Klonoff-Cohen HS, Srinivasan IP, Edelstein SL. Prenatal and intrapartum events and sudden infant death syndrome. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2002;16:9–82.
- Li DK, Wi S. Maternal pre-eclampsia/eclampsia and the risk of sudden infant death syndrome in offspring. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2000;14:4–141.
- Schlaud M, Kleemann WJ, Poets CF, Sens B. Smoking during pregnancy and poor antenatal care: two major preventable risk factors for sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol*. 1996;25:959–65.
- 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.
- Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 2005;116:e716–23.
- Vennemann MMT, Höffgen M, Bajanowski T, Hense H-W, Mitchell EA. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine*. 2007;25:9–4875.
- McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, et al. Frequency of bedsharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25:141–9.
- Horsley T, Clifford T, Barrowman N, Bennett S, Yazdi F, Sampson Met al. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:237–45.
- Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances; is there a risk of sudden infant death syndrome? An Analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One*. 2014;9:e107799.
- Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of back-to-sleep campaign. *Pediatrics*. 2012;129:8–630.
- Olivera Olmedo JE, Sánchez Valverde F, Zabalza Pérez-Nievas A, Berrade Zubiri S, Olivera Urdiroz A, Viguria Campistegui D et al. Cambio de postura y disminución de la tasa de mortalidad por muerte súbita infantil en Navarra. *An Esp Pediatr*. 1996;45:6–161.
- Roldán-Chicano MT, García-López MM, Blanco-Soto MV, Vera-Pérez JA, García-Ros JM, Cebrián-López R. Prevalencia de factores de riesgo modificables en el diagnóstico de enfermería: riesgo del síndrome de la muerte súbita del lactante. *Enferm Clin*. 2009;19:107–14.
- De Luca F, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Paediatricians' practice about sudden infant death syndrome in Catalonia Spain. *Matern Child Health J*. 2017;21:1267–76.
- Rao H, May C, Hannam S, Rafferty GF, Greenough A. Survey of sleeping position recommendations for prematurely born infants on neonatal care unit discharge. *Eur J Pediatr*. 2007;166:809–11.
- Aris C, Stevens TP, Lemura C, Lipke B, McMullen S, Côté-Arsenault D et al. NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Adv Neonatal Care*. 2006;6:281–94.
- Patton C, Stiltner D, Wright KB, Kautz DD. Do nurses provide a safe sleep environment for infants in the hospital setting? An integrative review. *Adv Neonatal Care*. 2015;15:8–22.
- Tablizo MA, Jacinto P, Parsley D, Chen ML, Ramanathan R, Keens TG. Supine sleeping position does not cause clinical aspiration in neonates in hospital newborn nurseries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:507–10.
- Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al. 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, pii: e002299 doi:10.1136/bmjopen-2012-002299.
- Joint statement on safe sleep: Preventing sudden infant deaths in Canada. Public Health Agency of Canada. 2018 [consultado 6 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep/joint-statement-on-safe-sleep.html>.
- Sierra Sirvent J. Campañas de prevención, Factores de riesgo. En: Grupo de trabajo de Muerte Súbita Infantil – AEP. Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3ª ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2013. p. 62–6 [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382444049.pdf.
- Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. 2014 [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso>.
- Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna [consultado 18 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
- ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [consultado 23 Dic 2018]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf.

34. Lewandowski AS, Toliver-Sokol M, Palermo TM. Evidence-based review of subjective pediatric sleep measures. *J Pediatr Psychol*. 2011;36:780–93.
35. Walker R. Cot deaths: the aftermath. *J R Coll Gen Pract*. 1985;35:194–6.
36. Phillips BM. Supporting relatives following a cot death. *Postgrad Med J*. 1996;72:648–52.
37. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=resultados&secc=1254736195442&idp=1254735573002.