



**SOBRE SUEÑO SEGURO DEL LACTANTE Y HÁBITOS DE CRIANZA  
SALUDABLES**

**Declaración de Montevideo - Comité de muerte súbita e  
inesperada del lactante**

**Declaración de Montevideo**

**Sobre sueño seguro del lactante y hábitos de crianza  
saludables.**

**Comité de muerte súbita e inesperada del lactante**

**Asociación Latinoamericana de Pediatría**

El noveno día de septiembre del año 2016, Montevideo, Uruguay.

**Secretario del comité**

**Dr. Manuel Rocca Rivarola- Argentina**

Jefe de Servicio de Pediatría y Director del Departamento Materno Infantil Hospital Universitario Austral, Buenos Aires Argentina-Profesor Adjunto a Cargo de la Catedra de Pediatría, Director de la Carrera de Especialista Universitario en Pediatría, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral

**Integrantes del Consenso**

**Dr. Pablo E. Brockmann – Chile**

Profesor Asistente Pontificia Universidad Católica de Chile- Pediatría. Doctorado en la Eberhard Karls Universität Tübingen Alemania

**Dra. Felipa Elena García García- Cuba.**

Profesora Auxiliar del Departamento de Pediatría de la Facultad de medicina Finlay Albarrán de la Universidad de La Habana -Especialista II Grado en Pediatría -Master en Educación Médica Superior Investigadora Auxiliar



**Dra. .M<sup>a</sup> Isabel Izquierdo Macián- España**

Jefe de Servicio de Neonatología-Profesor Asociado Pediatría Universidad de Valencia-  
Hospital Universitari i Politècnic La Fe

**Dr. Alejandro Jenik – Argentina**

Neonatologo – Hospital Italiano de Bs As- Profesor Adjunto de la Cátedra de Pediatra  
del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Coordinador del  
comité de muerte súbita del lactante, Sociedad Argentina de Pediatría

**Dra. Virginia Kanopa – Uruguay**

Neuropediatra- Profesor Agregado de Pediatría en Facultad de Medicina – UdelaR-  
Miembro del comité de SMSL. Sociedad Uruguaya de Pediatría-Presidenta del  
Congreso Internacional de Muerte Intrauterina y Síndrome de Muerte Súbita del  
Lactante 2016

**Dra. Magda Lahorgue Nunes- Brasil**

Brain Institute and School of Medicine Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande  
do Sul (PUCRS) Porto Alegre RS - Brazil

**Dra. Maria Luisa Latorre- Colombia**

Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia

**Dott. Raffaele Piumelli - Italia**

Responsabile SOSA Centro Disturbi Respiratori nel Sonno - SIDS  
AOU Meyer

**Dr. Nicolas I Ramos- Colombia**

Presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría- Director de la Especialización en  
Neonatología y Pediatría, y coordinador de la División de Posgrados médico quirúrgicos  
de El Bosque.

Profesores de Pediatría invitados. Facultad de Medicina –UdelaR -Uruguay

**Dr. Gustavo A Giachetto Larraz**

**Dr. Walter Perez**

**Dra. Catalina Pirez**

**Dra. Ivonne Rubio**



Directora del Programa Salud de la Niñez- Ministerio de Salud- Uruguay

**Dra. Claudia I. Romero Oronoz**

Coordinador. Dr .Manuel Rocca Rivarola- [mrrivarola@cas.austral.edu.ar](mailto:mrrivarola@cas.austral.edu.ar)

Financiamiento. Ninguno

Conflicto de interés. Ninguno que declarar



## **Definiciones:**

### **Sueño seguro**

Dentro del concepto “sueño seguro” se incluyen una serie de recomendaciones médicas en cuanto a prácticas y hábitos saludables de crianza, especialmente a la hora de dormir. Estas prácticas se han asociado, de acuerdo con la evidencia científica, con menor riesgo de muerte súbita e inesperada del lactante, tanto para causas explicadas como inexplicadas, entre estas el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).

### **Muerte súbita e inesperada del lactante**

La calificación de muerte súbita e inesperada del lactante (MSIL) describe la muerte repentina de un niño menor de un año de edad, sin causa evidente, previa a la investigación médica y legal. Es una definición descriptiva, no diagnóstica, pudiendo ser de **causa explicada** y **no explicada** <sup>(1)</sup>. El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se incluye en el grupo MSIL no explicada.

### **Síndrome de Muerte Súbita del Lactante**

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) define la muerte de un niño menor de un año de edad que ocurre, aparentemente durante el sueño y no puede ser explicada luego de una investigación exhaustiva, que incluye una autopsia completa, la investigación de las circunstancias de la muerte y la revisión de la historia clínica. <sup>(2)</sup> La autopsia protocolizada debe realizarla preferentemente un patólogo con experiencia en autopsias infantiles. <sup>(3)</sup>

### **Muerte súbita e inesperada del lactante, de causa explicada**

Son una serie de causas médicas de diversos orígenes que pueden generar una muerte súbita e inesperada en el lactante. Dentro de ellas se encuentran causas metabólicas, cardíacas, infecciosas, traumáticas, intencionales o no intencionales como sofocación, intoxicación y otras que se presentan durante el sueño.



## Consejos para un sueño seguro del lactante.

### 1. Cuidados prenatales

- Controles prenatales; Realizar el primer control antes del tercer mes de gestación y por lo menos un mínimo de cinco controles durante todo el embarazo:

Los controles prenatales son un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

La OMS y diversas sociedades científicas recomiendan en embarazos de bajo riesgo un número mínimo de cinco consultas prenatales.<sup>4-5-6</sup>

Se aconseja también una consulta postparto, en la mayoría de los países en desarrollo casi nunca se lleva a cabo. Se debería acentuar la importancia de esta visita ya que se ha demostrado en los países en desarrollo que los intervalos intergenésicos cortos y las embarazadas menores de 20 años o mayores de 30 años presentan un riesgo elevado de retardo de crecimiento intrauterino y partos prematuros

Es importante considerar que el riesgo de SMSL, aumenta significativamente en intervalos intergenesicos cortos y se triplica si el cuidado prenatal se inicia durante el 3er trimestre (OR 2,8) y se duplica en aquellas madres que realizan menos de 6 controles durante el embarazo (OR 1,8).<sup>7.8</sup>

- Evitar la exposición al tabaco.

Según diversas publicaciones en países de Latinoamérica el hábito de fumar durante el embarazo oscila entre 9 a 18% y la proporción de mujeres embarazadas que convive con fumadores, va de 26 a 67%.<sup>3-9-10-11-12-13-14-15-16</sup>



Están establecidos con claridad los efectos del tabaquismo sobre la salud perinatal y posnatal que incluyen el bajo peso al nacer y el parto pre término.<sup>17-18</sup>

El tabaquismo produce un importante incremento del SMSL evidenciado por más de 50 estudios de cohorte y casos controles.<sup>19</sup>

Con una clara relación causa-efecto, Fumar más de 10 cigarrillos por día durante en el embarazo aumenta significativamente el riesgo de padecer SMSL (OR = 3; IC del 95%: 1,3; 6,4).<sup>20</sup>

- Evitar el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas: Marihuana, cocaína, metadona y heroína entre otras.

En el año 2000, el alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud en las Américas. El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial y el uso de alcohol en mujeres jóvenes está aumentando gradualmente. A pesar de las amplias variaciones subregionales, Según diversas publicaciones la incidencia de consumo de alcohol durante el embarazo es del 6% en países latinoamericanos. En un estudio publicado en Uruguay en 2007, los análisis de 865 muestras de meconio de mujeres embarazadas revelaron que el 47.3% fueron positivas para alcohol, pero sólo el 35% admitieron haber bebido durante el embarazo.<sup>16</sup>

El consumo de alcohol de la mujer durante el embarazo afecta adversamente al feto, varias publicaciones asocian la ingesta materna de alcohol al SMSL. Una reciente publicación demuestra que la ingesta de alcohol durante el embarazo llega a sextuplicar el riesgo de Muerte súbita<sup>3-21-22</sup>

Existe también una mayor incidencia de SMSL en aquellas madres que, durante el embarazo, consumen diversas drogas ilícitas como cocaína, heroína, metadona, etc.

Diversas publicaciones muestran un alto consumo de alcohol, drogas lícitas e ilícitas. Las pruebas sobre meconio en el trabajo de Uruguay indicaron que el consumo en el



embarazo fue de marihuana 2%, anfetaminas 8,3%, cocaína/pasta base 2,5% y opiáceos 0,5%.<sup>16</sup>

Un metaanálisis que incluyó 5 estudios mostro un riesgo muy aumentado de SMSL para aquellas madres expuestas a la cocaína, con un OR de 4,1 (IC 95%: 3,2-5,3)<sup>23,24</sup>

## **2. Cuidados Posnatales**

### **2. a Recomendaciones posnatales para un sueño seguro durante el primer año de vida**

- Realizar los controles pediátricos adecuados y calendario de vacunación completa según cada país o región.
- Colocar siempre a dormir al niño en posición supina o boca arriba.

Se aconseja que los niños duerman desde el nacimiento en posición supina o boca arriba. Solo deben dormir en posición prona aquellos niños en los que el riesgo de muerte por aspiración es mayor que el riesgo de muerte súbita (ejemplo: niños con trastornos neurológicos graves y niños con secuencia de Pierre Robín), colocar boca abajo o en posición prona a dormir a los lactantes constituye un elevado riesgo de SMSL.<sup>25</sup>

Los niños que habitualmente duermen boca arriba y son colocados para dormir en alguna ocasión en posición prona tienen un riesgo aun mayor que aquellos que son habitualmente colocados boca abajo para dormir (OR ajustado 19,3; IC 95%: 8,7-45,4)<sup>11</sup>

Si bien la posición de costado fue sugerida para dormir en las primeras campañas de prevención de SMSL, Scragg y Mitchell en 1998 y Gilbert en 2005 demostraron que dicha posición tenía una asociación significativa con el SMSL.<sup>27, 28</sup>



Se aconseja extremar las medidas al alta de las maternidades acostumbrando a todos los niños y a las familias (padres, abuelos, cuidadores) a colocar a dormir en posición supina a todos los niños y en especial a los prematuros, recordar que el riesgo es mayor en niños prematuros o con peso inferior a 2500 gr.<sup>26-29</sup>

Reforzar el concepto en los controles pediátricos, y brindar información a Maestras y cuidadores en Jardines maternas.

- No exponer al niño al humo del tabaco.

El riesgo de muerte súbita aumenta 4 veces en hijos de madres fumadoras y 2 veces cuando la madre se expone de manera pasiva al humo del cigarrillo, lo cual también destaca la afectación en el fumador pasivo.<sup>3-10-19</sup>

Se ha demostrado que la exposición posnatal al humo del cigarrillo también es un importante factor de riesgo para el SMSL (OR con un padre fumador 2,5; con ambos padres 5,77). Cualquier intervención a desarrollar debiera incluir también componentes que actúen sobre el entorno fumador de la mujer embarazada.<sup>30</sup>

- Promover la lactancia materna.

Diversas sociedades científicas que participan de la Asociación Latinoamericana de Pediatría incluyen a la lactancia materna en su recomendación para la reducción del riesgo de muerte súbita del lactante.<sup>3-31-32-33-34</sup>

Las investigaciones realizadas revelan que la lactancia disminuye el riesgo de SMSL. Un meta análisis publicado en el año 2011, que incluye 8 estudios, mostro una reducción del riesgo de SMSL, con un OR de 0,40 para algún tipo de lactancia materna en el análisis univariado y un OR de 0,36 en el análisis multivariado. A su vez, la lactancia materna exclusiva disminuyo el riesgo de SMSL en un 73% (OR univariable 0,27).<sup>21</sup> Otro estudio del grupo alemán sobre el SMSL demostró que la lactancia exclusiva al



mes de vida del niño reducía a la mitad el riesgo de SMSL (OR ajustado 0,48 IC 95%: 0,28-0,82)<sup>3</sup>

- Evitar el exceso de abrigo y Temperatura ambiente moderada.

Existe evidencia que encuentra una fuerte asociación entre la regulación térmica y el control respiratorio, específicamente con la apnea prolongada. Se ha propuesto a las interleuquinas como los mediadores humorales, liberados por infección o estrés térmico, que provocarían vasoconstricción periférica, aumento del metabolismo y alteraciones en la termorregulación y control respiratorio.<sup>35</sup>

- Ofrecer el chupete para dormir, cuando la lactancia este bien establecida.

Sobre el uso de chupete para dormir existe una fuerte asociación entre su utilización y la disminución del riesgo del SMSL. La evidencia sugiere que también el chupete disminuiría el riesgo ante situaciones de sueño inseguro, como dormir boca abajo, realizar colecho y ser hijo de madre fumadora.

En el caso de los niños amamantados debe ofrecerse el chupete cuando el niño ya ha cumplido el primer mes de vida o a partir que la lactancia este bien establecida.<sup>3, 31,32-</sup>

33

Una vez que se estableció la lactancia, con un niño tranquilo, que progresa de peso, es el momento de ofrecer el chupete para proteger su sueño, la recomendación de ofrecer chupete a partir de los 15 días no encontró diferencias significativas de prevalencia y duración de la lactancia a los 3 meses de vida.<sup>36</sup>

- Compartir la habitación de los padres, pero no la cama.

El lugar más seguro para que duerma el bebé es en una cuna al lado de la cama de sus padres. La evidencia demuestra que el colecho aumenta significativamente el riesgo



del SMSL en aquellos padres que fuman, ingieren alcohol, drogas o sedantes, especialmente si el niño es prematuro o de bajo peso.

No se observó incremento del riesgo cuando el niño comparte la cama de la madre por periodos cortos con el propósito de amamantar e incrementar el contacto piel a piel.<sup>3-</sup>

38

Las muertes en situación de colecho se asocian a lo sumo con un factor de riesgo para el SMSL: posición boca abajo, alimentación con fórmula exclusiva, compartir la cama con otro niño, acostar al niño sobre una almohada, usar niditos de contención en la cama de los padres, usar el huevito en la cama de los padres, dejar al niño en una cama sin supervisión de un adulto.<sup>39</sup>

Dormir con un niño en un sofá, sillón, silla mecedora aumenta considerablemente el riesgo comparado con dormir en otras superficies (por ej. una cuna).

Los padres deben ser educados acerca de los riesgos y beneficios del colecho y deben conocer en forma muy detallada aquellas prácticas que lo hacen inseguro.

#### Recomendación

El colecho es especialmente peligroso en las siguientes circunstancias y se deben evitar siempre:

- Cuando el lactante es menor de 4 meses independientemente si los padres fuman (OR= 4.7-10.4)
- Cuando uno o ambos progenitores tienen hábitos tabáquicos aunque no fumen en la cama matrimonial (OR=2.3 a 21.6)
- Cuando la madre fumó durante el embarazo.
- Cuando el niño es prematuro o de bajo peso
- En situaciones de colecho con múltiples personas (OR= 5.4)
- Cuando alguno de los padres consume alcohol y/o drogas ilícitas (OR 1.66 - 89.7)



- Cuando el colecho se realiza con alguna persona que no sea un progenitor del niño. (OR = 5.4)
- Cuando existen almohadas y/o ropa de cama mullida en el lecho donde duerme en niño junto a sus padres (OR= 2.8- 4.1) <sup>39</sup>

### Consejo personalizado

Los siguientes grupos requieren un mensaje personalizado para asegurarnos que el mensaje fue incorporado y entendido dado que ¿en estos casos podría haber un riesgo aumentado para SMSL <sup>39</sup>:

- Familias de bajo nivel social y/o económico
- Madres jóvenes con más de un hijo
- Familias con hijos prematuros y/o de bajo peso
- Familias con hijos prematuros tardíos
- Padres que ingieren drogas ilícitas, drogas sedantes o alcohol
- Padres fumadores
- Situación de hacinamiento habitacional

### 2. b Cuidados propios de la cuna o moisés

La cuna clásica de madera con barrotes es la mejor opción. El colchón debe ser firme y del mismo tamaño de la cuna. La cuna – corral es otra opción que se puede contemplar siempre y cuando el colchón sea firme y se adapte perfectamente al tamaño de la cuna.

No colocar ningún tipo de objeto dentro de la cuna (almohada, nido, rollo, chichonera, juguetes) la utilización de frazadas, colchas, almohadas, edredones, piel de oveja, de nidos de contención, almohadillas laterales. Y otras superficies mullidas durante el sueño se asocian con sofocación.<sup>39</sup>

Tapar al niño hasta las axilas con los brazos por fuera de la ropa de cama y sujeta, No cubrir la cabeza del bebe durante el sueño.



## Comentario final

La muerte súbita del lactante es un dilema medico con solución educacional.

Es importante poder informar a los diferentes profesionales de la salud los beneficios del sueño seguro, como también a la comunidad en general a través de campañas de prevención en los diversos países de la región. <sup>10-11</sup>

Por otra parte se aconseja a los medios de comunicación debido a su importante rol en la sociedad, incluidos medios gráficos y audiovisuales (Cine, TV, revistas, diarios, y la web) que acompañen los lineamientos del contenido de los mensajes de sueño seguro.



## REFERENCIAS.

1. Shapiro-Mendoza CK, Camperlengo LT, Kim SY, Covington T. The sudden unexpected infant death case registry: a method to improve surveillance. *Pediatrics* 2012;129(2):e486-93.
- 2 Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004; 114(1):234-8.
3. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante, Sociedad Argentina de Pediatría, Jenik A, Grad E, Orazi V, Sapoznicoff L, Fasola L, Rocca Rivarola M, Jacobi N, Rossato N, Kanopa V, Rubio I, Cohen M. Considerations about the infant safe sleep: Executive summary. *Arch Argent Pediatr.* 2015 Jun; 113(3):285-7.
4. Fescina RH, Schwarcz R, Diaz AG. Vigilancia del crecimiento fetal. Manual de autoinstrucción. Serie: Capacitación para el aprovechamiento del sistema informático perinatal. Publicación científica. CLAP N° 1261. Control Prenatal.
5. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Díaz-Rossello JL Epidemiology of fetal death in Latin America *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2000; 79:371-378
6. Villar J, Carroli G, Khan Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2001, Issue 4. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934
7. Steele R, Langworth JT. The relationship of antenatal and postnatal factors to sudden unexpected death in infancy. *Can Med Assoc J* 1966; 94(22):1165-71.
8. Buck GM, Cookfair DL, Michalek AM, Nasca PC, Standfast SJ, Sever LE. Timing of prenatal care and risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1990;19(4):991-6.



9. Maestri RN, Nunes ML. The uptake of safe infant sleep practices by Brazilian pediatricians: a nationwide cross-sectional survey. *Sleep Med* 2016 Apr; 20:123-8. doi: 10.1016/j.sleep.2015.12.019. Epub 2016 Jan 26
10. Rocca Rivarola M, Reyes P, Henson C, Bosch J, Atchabahian P, Franzosi R, Di Pietro C, Balboni C, Giglio N Impact of an educational intervention to improve adherence to the recommendations on safe infant sleep. *Arch Argent Pediatr*. 2016 Jun 1; 114(3):223-231. doi: 10.5546/aap.2016.223. Epub 2016 Apr 25
11. Pinho AP1, Aerts D, Nunes ML Risk factors for sudden infant death syndrome in a developing country. *Rev Saude Publica*. 2008 Jun; 42(3):396-401.
12. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins PM, da Costa JC. Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *J. Pediatr (Rio J)* 2001; 77:29-34.
13. Althabe F, Colomar M, Gibbons L, Belizan J, Buekens P. Tabaquismo durante el embarazo en Argentina y Uruguay. *Medicina (B. Aires)* v.68 n.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./feb. 2008
14. Poletta F, López-Camelo L, Gili J, Montalvo G, Castilla E, y Red del Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas en Ecuador. Consumo y exposición al humo de tabaco en mujeres embarazadas de Ecuador *Rev. Panamá Salud Pública* 27(1), 2010
15. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Guinand M, Delgado P. Frecuencia en el consumo de tabaco, alcohol, café y colas en embarazadas. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.64 n.2 Caracas jun. 2004
16. Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A, Koren G, Bustos R. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch. Pediatr. Urug.* vol.78 no.2 Montevideo jun. 2007



17. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88(12):1086-90.
18. McDonnell-Naughton M, McGarvey C, O'Regan M, Matthews T. Maternal smoking and alcohol consumption during pregnancy as risk factors for sudden infant death. *Ir Med J* 2012;105(4):105-8.
19. Mitchell EA. Smoking: the next major and modifiable risk factor. En: Rognum TO, ed. *Sudden infant death syndrome. New trends in the nineties*. Oslo: Scandinavian University Press; 1995,21:114-118.
20. Geib L, Nunes M. The incidence of sudden death syndrome in a cohort of infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2006; 82(1):21-6
21. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*
22. Moon RY et al. 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(5):1030-1039.
23. King-Hele SA, Abel KM, Webb RT, Mortensen PB, Fares I, McCulloch KM, Raju TN. Intrauterine cocaine exposure and the risk for sudden infant death syndrome: a metaanalysis. *J Perinatol* 1997; 17:179-82.
24. O'Leary CM, Jacoby PJ, Bartu A, D'Antoine H, Bower C. Maternal alcohol use and sudden infant death syndrome and infant mortality excluding SIDS. *Pediatrics* 2013; 131(3):e770-8.
25. Huck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003; 111(5 pt 2):1207-14.



26. Colson ER, McCabe LK, Fox K, et al. Barriers to following the Back-to-Sleep recommendations: insights from focus groups with inner-city caregivers. *Ambul Pediatr* 2005;5(6):349-54.

27. Mitchell EA, Thach BT, Thompson JMD, Williams S. Changing infants' sleep position increases risk of sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(11):1136-41.

28. Hiley CM, Morley CJ. Evaluation of government's campaign to reduce risk of cot death. *BMJ* 1994; 309(6956):703-4.

29. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol* 2005;34(4):874-87.

30. Liebrechts-Akkerman G, Lao O, Liu F, Van Sleuwen B, et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr* 2011;170:1281-91

31. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2011;128(5):1030-9.

32. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should Pacifiers Be Recommended to Prevent Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics* 2006; 117(5):1755-8. Review.

33. Asociación Española de Pediatría. Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. 3.a ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2013.

34. Rocca Rivarola M .J. Calheiros Lobo, F. Camarasa Piquer, F. Follett, Lahorgue Nunes M, JE Olivera, A. Jenik, I. Rubio, P. Peirano, Gutiérrez J, L. Nespoli, B. Aguilera, R. Piumelli, Virginia Kanopa Almada, Maria Villa, Simone Gusmao Ramos, A. Vigo, Jacopo Pagani .Consenso para la reducción del riesgo en el síndrome de muerte súbita del





lactante. Comité en síndrome de muerte súbita del lactante, Asociación latinoamericana de Pediatría. Arch. Pediatr. Urug. vol.74 no.4 Montevideo dic. 2003

35. Guntheroth WG, Spiers PS. Thermal stress in sudden infant death syndrome: is there an ambiguity with the rebreathing hypothesis? *Pediatrics*. 2001; 107: 693-8.

36. Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE, Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the Recommendation to Use a Pacifier Influence the Prevalence of Breastfeeding? *J Pediatr* 2009; 155(3):350-4.e1.

37. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, Carpenter JR. 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(5).

38. McGarvey C, McDonnell M, Chong A, et al. 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.

39. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. *Pediatrics*, Nov 2016: Vol1 38, N5

40. Rossato N. Nidos de contención para recién nacidos y riesgo de muerte súbita del lactante. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(1):62-68 / 62.