

CONTROVERSIAS EN EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: COLECHO. CHUPETE. PREMATURIDAD. REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Ana Gimeno Navarro.

Médico Adjunto. S. Neonatología. Hospital Universitario Infantil La Fe. Valencia

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) continúa siendo un fenómeno de etiología desconocida y, a pesar de la marcada reducción de su incidencia durante la última década, todavía es la principal causa de muerte durante la infancia pasado el periodo neonatal. Las investigaciones epidemiológicas realizadas a lo largo de los años han reconocido la existencia de factores que aumentan el riesgo de SMSL. La evitación de esos factores de riesgo a través de campañas de educación pública llevadas a cabo en múltiples países ha conseguido reducir su presentación. Así, desde que la AAP recomendará en 1992 colocar a los bebés para dormir boca arriba, las muertes por SMSL han descendido en más del 50%, cayendo su frecuencia por debajo del 1‰ de los nacidos vivos. En noviembre de 2005, la Academia Americana de Pediatría (AAP), tras revisar los últimos estudios al respecto, publicó una puesta al día de sus recomendaciones para reducir el riesgo de SMSL basadas en la evidencia actual¹. La nueva revisión actualiza las recomendaciones previas en varias áreas, incluyendo la posición para dormir, el ambiente donde debe dormir el niño, el cuidado de los niños por los padres y otros cuidadores y la importancia del personal sanitario para reforzar a los padres que deben colocar a sus hijos en posición supina para dormir incluso si son prematuros. El informe también proporciona recomendaciones actualizadas sobre el uso del chupete y la práctica del colecho. Estas dos últimas recomendaciones, sobretodo, han generado controversias, principalmente entre los defensores de la lactancia materna², ya que, simplificándolo, se defiende el uso del chupete y se desaconseja la práctica del colecho, recomendaciones totalmente opuestas a las dadas hasta el momento para favorecer la lactancia materna.

1. COLECHO

El colecho (compartir el mismo lecho o la misma superficie para dormir) entre un niño y un adulto o adultos es un tópico muy controvertido. Aunque diversos estudios lo defienden por su efecto facilitador de la lactancia materna y del vínculo madre-hijo^{3,4}, en las recomendaciones para la prevención del SMSL de la AAP del año 2000⁵ ya se recogía que existían casos de SMSL que tenían lugar mientras el bebé compartía el mismo lecho con los padres, especialmente bajo determinadas situaciones de riesgo (como cuando el adulto tenía un estado de consciencia deprimido artificialmente por el consumo de alcohol o de otras drogas, o cuando se dormía en un sofá). Sin embargo, se reconocía que una parte importante de la población practicaba el colecho como estrategia para facilitar la lactancia y que no existían datos suficientes para concluir que dicha práctica bajo condiciones cuidadosamente controladas fuera claramente peligrosa o claramente segura. En cambio, en las últimas

recomendaciones del 2005¹ se establece que nuevos estudios epidemiológicos (series de casos⁶⁻⁹ y estudios caso-control¹⁰⁻¹⁶) han mostrado que el colecho puede ser peligroso.

Algunos de estos estudios han encontrado que la correlación entre la muerte súbita y el colecho alcanza significación estadística sólo entre las madres fumadoras^{13,15}. Sin embargo, el estudio de la Acción Coordinada Europea contra el SMSL¹⁴, un gran estudio multicéntrico, encontró que el colecho era también un factor de riesgo significativo en hijos de madres no fumadoras de hasta 8 semanas de edad y, otro estudio más reciente realizado en Escocia¹⁶, encontró que el riesgo del colecho era mayor entre lactantes de menos de 11 semanas de edad manteniéndose esta asociación en los hijos de madres no fumadoras.

El riesgo de SMSL parece ser particularmente alto cuando son varios los que comparten el lecho¹¹ o cuando los que lo comparten han consumido alcohol o están muy cansados^{14,15}. También el riesgo de SMSL aumenta si el bebé comparte el lecho con otros niños^{12,14} y es extremadamente peligroso cuando el colecho se practica en un sofá^{11-13,16}.

Finalmente, el riesgo es mayor cuanto más dura el colecho durante la noche^{13,15}. Devolver al bebé a su cuna no se asoció con un aumento del riesgo en 2 estudios^{12,13} y en otro, el riesgo fue significativo sólo cuando el colecho ocurría durante más de una hora o durante toda la noche¹⁰.

Por el contrario, existe evidencia creciente de que la “cohabitación” (lactante durmiendo en la misma habitación que los padres) sin colecho está asociada con una reducción del riesgo de SMSL^{13-14,16}.

Todos estos estudios han conducido a la AAP² ha recomendar que:

- El lactante debe dormir en un lecho separado de los padres pero próximo a ellos. Considera que se ha demostrado que el riesgo de SMSL se reduce cuando el bebé duerme en la misma habitación que la madre. De esta manera también se facilitaría la lactancia materna y el vínculo madre-hijo.
- El lecho recomendable sería una cuna que siguiera las normas de seguridad de los productos de consumo.
- La AAP aconseja que no se practique colecho durante el sueño ante la evidencia creciente de que el colecho resulta más peligroso para el lactante que el dormir en una superficie separada. Los bebés podrán ser colocados en la cama de los padres para cuidarlos o confortarlos pero deberán ser depositados de nuevo en su cuna cuando los padres se dispongan a dormir. Los bebés no se introducirán en la cama cuando los padres estén excesivamente cansados o tomen medicaciones o sustancias que disminuyan su estado de alerta. Los lactantes no deberían compartir la cama tampoco con otros niños. Por ser muy peligroso nadie debería dormir con un bebé en un sillón ni en un sofá.

Esta recomendación en contra del colecho ha causado inquietud entre los defensores de la lactancia materna^{17,18} porque temen que este consejo desanime a las madres a lactar ya que muchas madres que amamantan a sus hijos comparten con ellos su cama. La sección de lactancia materna de la Academia Americana de Pediatría no está de acuerdo¹⁷ con la recomendación

global contra el colecho porque los datos que soportan esta recomendación son relativamente débiles y no específicos para la población de lactancia materna. Reconocen que hay muchas circunstancias bien establecidas en las cuales dormir con el bebé no es seguro, incluyendo el uso materno de drogas y tabaco o dormir en un sofá o en una cama inapropiada^{1, 19}. Sin embargo se considera¹⁸ que muchos de los estudios citados por la AAP no son metodológicamente correctos ya que en muchos de ellos se evalúa el riesgo considerando juntas todas las formas de colecho, no se tiene en cuenta el contexto global en el que sucede el episodio de SMSL incluyendo el estado en el que se encontraban los padres en el momento de la muerte del niño, la posición de éste durante el sueño, y si el bebé dormía en una superficie inapropiada tal como una cama de agua o un sofá. Además, no en todos los estudios el riesgo está controlado para el tabaquismo materno, hecho éste a tener en cuenta dado que existen estudios que sólo encuentran aumento de riesgo de SMSL cuando el colecho lo practican madres fumadoras.

Consideran, que mientras que no existen datos que apoyen importantes efectos secundarios directamente relacionados con el colecho, sí existen datos sustanciales de que el colecho confiere beneficios a los lactantes¹⁷⁻¹⁹ incluyendo mejoría de la lactancia materna, disminución del llanto del niño, mejoría del sueño del bebé y de los padres y ayuda para establecer el vínculo padres-hijo. Alguno de estos factores puede a su vez influir directamente en un descenso del maltrato infantil, uno de los grandes problemas de salud pediátrica. Además, la lactancia materna, particularmente en relación a su duración, ha demostrado ser un factor significativo en la reducción de la mortalidad infantil.

La comisión de SMSL de la AAP aconseja a la madre devolver al niño a un lugar separado para dormir después de alimentarle al pecho lo que puede aumentar la ansiedad materna sobre esta práctica y reducir la duración de la lactancia. Las madres pueden, incluso, elegir la siempre arriesgada opción de amamantar a su bebé en un sofá o en una butaca, en cuyo caso, si ella se duerme con el bebé en brazos el niño realmente tiene riesgo de asfixia o de caer. La cama podría ser, por tanto, la alternativa más segura.

La Sección de Lactancia Materna también considera que las recomendaciones pueden ser malinterpretadas y aplicadas en el periodo neonatal inmediato y que debería quedar claro que esas recomendaciones no incluyen las prácticas de la habitación del hospital.

Finalmente, los expertos de la AAP¹⁷ en lactancia materna opinan que una posición más neutral, ante el reconocimiento de la naturaleza aún controvertida de este tema, habría sido más apropiada por parte del comité de expertos en SMSL. Pese a ello, creen que la evidencia existente justifica no continuar promoviendo el colecho a pesar de su potencial riesgo de acortar la duración de la lactancia materna. Se solicita a la AAP que considere estas inquietudes, monitorice atentamente los efectos de esta nueva política y apoye estudios que proporcionen evidencia adicional de los efectos de estas recomendaciones.

2. CHUPETE

Algunos estudios recientes han informado que se produce un sustancial descenso de la incidencia del SMSL entre los niños que utilizan chupete frente a los que no. Por otra parte, otros estudios han demostrado que el uso del chupete podría estar relacionado con una menor duración de la lactancia materna, un aumento de la susceptibilidad a padecer otitis media y un incremento de la maloclusión dental. La AAP en el 2005 revisa esta cuestión y encuentra que varios estudios^{12,14,21-23} han recogido un efecto protector de los chupetes en la incidencia del SMSL, particularmente cuando se utiliza en el tiempo del último sueño. Se han propuesto distintos mecanismos por los cuales los chupetes protegerían frente al SMSL, como el descenso del umbral del despertar, pero no hay datos que demuestren cuál de ellos sería relevante²⁴.

La preocupación sobre el posible efecto perjudicial del uso del chupete ha evitado que la mayoría de los expertos en SMSL y los que se encargan de realizar las normas de conducta recomienden el uso del chupete como método de reducción del riesgo. La inquietud sobre la lactancia materna ha conducido a otros a recomendar los chupetes sólo para los niños alimentados con biberón²². Aunque varios estudios han demostrado una correlación entre los chupetes y la reducción de la duración de la lactancia materna, los resultados de ensayos clínicos randomizados bien diseñados indican que los chupetes no parecen ser la causa de una reducción de la duración de la lactancia en los niños a término y pretérmino^{25,26}. Un estudio encontró un pequeño efecto perjudicial sobre la lactancia al mes de vida si el chupete se introducía en la primera semana, pero este efecto no persistió por encima del mes²⁷.

Se ha encontrado que algunas maloclusiones dentales son más comunes entre los usuarios de chupete que entre los que no, pero estas diferencias generalmente desaparecen tras dejar de utilizarlo. Las normas en hábitos bucales de la Academia Americana de Dentistas Pediátricos²⁸ establece que las conductas de succión no nutritivas (el dedo o el chupete) son normales en los lactantes y niños pequeños y, en general, los hábitos de succión hasta los 5 años de edad es improbable que causen problemas a largo plazo.

El riesgo de otitis media está aumentado entre 1.2 y 2 veces si se usa chupete, pero la incidencia de otitis media es generalmente más baja en el primer año de vida, sobretodo en los primeros 6 meses que es precisamente cuando mayor es el riesgo de SMSL^{29,30}. Sin embargo, el uso del chupete, una vez establecido, puede persistir por encima de los 6 meses, aumentando así el riesgo de otitis media.

A la vista de todo ello la AAP ha realizado una serie de recomendaciones sobre el uso del chupete en su última revisión para la prevención del SMSL del 2005¹. Considera adecuado ofrecer el chupete en todos los episodios de sueño del niño, tanto en la siesta como al dormir por la noche. Aunque los mecanismos no se conocen, la reducción del riesgo de SMSL asociada con el uso del chupete durante el sueño es convincente en vista de los actuales estudios, mientras que la evidencia de que el chupete inhiba la lactancia o cause posteriores complicaciones dentales no lo es. Hasta que la evidencia dicte otra norma, la AAP recomienda usar el chupete durante el primer año de vida, incluyendo así el periodo de mayor riesgo de SMSL y de mayor

necesidad de succión del bebé y disminuyendo sus posibles efectos adversos si se utiliza durante más tiempo:

- El chupete debería ser usado cuando se pone al bebé a dormir y no ser de nuevo introducido una vez que el niño se queda dormido. Si el niño rechaza el chupete no se le debe forzar a que lo tome.
- Los chupetes no deben untarse en ninguna sustancia dulce.
- Los chupetes deben ser limpiados a menudo y reemplazados regularmente.
- En los niños alimentados al pecho, conviene retrasar la introducción del chupete hasta el primer mes de vida para asegurar que la lactancia está firmemente establecida.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las recomendaciones de los profesionales en lactancia materna y de las instituciones “amigas de los niños” típicamente desaconsejaban el uso de chupete entre los niños amamantados. Los defensores de la lactancia² temen que los chupetes, dados incluso por encima del mes de vida, puedan conducir a una reducción de la duración de la lactancia. Los expertos en SMSL de la AAP establecen que no existen evidencias que sugieran que el chupete pueda causar el cese de la lactancia, sin embargo muchos estudios observacionales han sido publicados indicando una fuerte asociación negativa entre el uso del chupete y la duración de la lactancia materna³¹⁻³³. Estos estudios proporcionan evidencia de que los niños que utilizan chupetes es más probable que sean alimentados al pecho por periodos más cortos de tiempo que aquéllos que no los usan. Sin embargo, los estudios observacionales no pueden utilizarse para determinar si el uso del chupete causa la finalización de la lactancia; estos estudios pueden ser sólo usados para describir asociaciones entre los comportamientos. La evidencia causal puede ser proporcionada mejor por ensayos controlados randomizados. De esta manera los ensayos clínicos randomizados que se han realizado hasta el momento no han demostrado que el dar chupete disminuya la duración de la lactancia, excepto cuando los chupetes se dan en los primeros 5 días^{25-37,34,35}. La AAP usó esta información para concluir que el uso del chupete por encima del mes de edad no aumentaba el riesgo de finalizar la lactancia. Sin embargo en estos estudios se desconoce el porcentaje de periodos de sueño con chupete o el total de semanas/meses de uso de chupete lo que impide evaluar sistemáticamente el riesgo de SMSL³⁶. Otro paso a dar para aclarar mejor el potencial efecto protector del chupete es eliminar otras explicaciones alternativas. Es posible que otros factores, que no se han tenido en cuenta en estos estudios, pudieran ser los responsables de las asociaciones observadas. Así, menos de la mitad de los estudios utilizados³⁵ registraba la práctica de la lactancia materna con lo que no se realizaba distinción entre aquellos niños que eran alimentados al pecho y aquellos que no lo eran, imposibilitando cualquier conclusión sobre el valor del uso del chupete en los niños amamantados. Cabe la posibilidad de que si todos los estudios se hubiesen ajustado por el estado de lactancia materna, los resultados hubiesen sido diferentes.

3. NIÑOS PRETÉRMINO Y DE BAJO PESO AL NACIMIENTO

La Academia Americana de Pediatría, desde 1992 ha recomendado la posición no prona de los lactantes para dormir. En esta primera declaración se excluyó a los niños prematuros con distrés respiratorio. Sucesivos informes⁵ y el informe actual¹ han eliminado la excepción del niño prematuro de la recomendación para dormir en supino, dado el aumento del riesgo de SMSL que existe entre los niños nacidos prematuramente³⁷ o con bajo peso³⁸, aumentando dicho riesgo conforme desciende la edad gestacional o el peso al nacimiento. El mayor riesgo de SMSL no ha podido ser explicado por una mayor probabilidad de apnea de la prematuridad ni tampoco por otras complicaciones de la prematuridad como la displasia broncopulmonar^{39,40}. Así pues, al igual que en los niños nacidos a término, en los prematuros y nacidos con bajo peso se desconocen las causas del SMSL. Por otra parte, no hay datos de que las estrategias diseñadas para reducir el riesgo de SMSL en los niños a término no deban ser también aplicadas a los niños prematuros. La relación de dormir en prono, por ejemplo, ha sido demostrada tanto en niños nacidos con bajo peso como en aquéllos nacidos con peso normal a término³⁸. La posición al dormir recomendable en los recién nacidos de bajo peso y pretérmino será por ello la misma que para los nacidos adecuados a término.

Sin embargo, un reciente estudio de madres de Massachusetts y Ohio⁴¹ quienes habían dado a luz niños pretérminos entre 1995-1998 reveló que recién nacidos de muy bajo peso al nacimiento (por debajo 1500 gr) tuvieron casi dos veces más probabilidad de ser colocados en prono para dormir al mes de haber salido del hospital que aquéllos que habían nacido en una categoría de peso superior (1500-2500gr.). Otro estudio de niños nacidos en 15 estados durante el mismo periodo de tiempo⁴² también encontró que los niños nacidos con muy bajo peso era especialmente improbable que durmieran en supino. Los autores supusieron que este aumento en la posición prona era reflejo de que los niños muy prematuros en las unidades neonatales son frecuentemente colocados en posición prona, habituándose los niños y sus cuidadores a usar esta posición y, además, al permanecer durante mucho tiempo ingresados es más probable que las madres imiten en casa el manejo realizado por los cuidadores durante la larga hospitalización.

La AAP cree¹ que el personal sanitario neonatal responsable de organizar el alta debería vigilar más la posición en la que se coloca a estos niños para servir así de modelo a los padres y que, de esta manera, ellos sigan en su domicilio tras el alta las recomendaciones posturales adecuadas para la prevención del SMSL. Es aconsejable que en las unidades neonatales, excepto en circunstancias excepcionales, se coloquen a los prematuros en decúbito supino 1 ó 2 semanas previas al alta y se recomiende la postura en decúbito supino para dormir.

También existe la preocupación de que los profesionales en las maternidades continúan colocando a los niños en decúbito lateral tras el nacimiento. La práctica ocurre probablemente por la impresión de que el recién nacido necesita limpiar su vía aérea de líquido amniótico y en esa posición sería menos probable una aspiración. No existe ninguna evidencia que apoye que el líquido amniótico se limpie mejor mientras se está de lado y tampoco existe evidencia de que la posición para dormir se relacione con el SMSL.

durante el periodo neonatal inmediato, porque el SMSL a esta edad es bastante raro. Sin embargo, sí que hay evidencia de que las madres tenderán a copiar las prácticas que hayan observado en los profesionales de salud en el hospital, por lo que será más probable que en casa coloquen a sus hijos para dormir de lado lo que aumentaría el riesgo del SMSL. Si existe la preocupación de un posible atragantamiento durante las primeras pocas horas tras el nacimiento, el personal puede colocar al bebé de lado apoyado adecuadamente sobre la pared del cuco para estabilizarlo. Sin embargo, la comisión de expertos recomienda que los niños sean colocados boca arriba tan pronto como sea posible.

4. REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Cuando la Academia sugirió por primera vez colocar a los niños para dormir en posición no prona, surgieron preocupaciones sobre las complicaciones no deseadas que ello podría suponer para los niños afectos de reflujo gastroesofágico (RGE), puesto que diversos estudios habían demostrado que el RGE mejoraba en posición prona. Así, Meyers y colaboradores en un estudio⁴³ sobre la efectividad del tratamiento posicional para el RGE, observó que el índice de reflujo durante el sueño fue de 24% en la posición supina y del 8% en la prona. Vandenplas y sus colaboradores⁴⁴, evaluando la influencia de la postura al dormir sobre el RGE, demostró que el índice de RGE era superior en la posición supina que en la prona. Con toda la evidencia referida en la literatura, la posición prona fue recomendada para el tratamiento y la prevención del RGE. Sin embargo esta recomendación entró en conflicto con el reconocimiento de que la posición prona está asociada con una mayor incidencia del SMSL.

La AAP en el 2000⁵ después de un tiempo de observación tras recomendar el cambio de postura en la cuna, basándose en las evidencias constatadas por los estudios epidemiológicos realizados, refirió que, a la inversa de lo que se cree, hay evidencias clínicas y experimentales de que los niños vomitadores tienen más riesgo de aspirar si duermen boca abajo⁴⁵. Así mismo, no hay evidencia de que tras aumentar el número de niños que duermen en supino se hayan incrementado las aspiraciones o los vómitos. Además, aunque se ha mostrado que el reflujo gastroesofágico ocurre con menor frecuencia en posición prona⁴³⁻⁴⁴, no ha habido un aumento de muertes de niños atribuibles a aspiración tras el cambio de posición para dormir.

El Comité de Normas para el RGE de la Sociedad Americana de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición, en la Guía Práctica para el manejo del RGE pediátrico da una recomendación oficial acerca de la posición en la que deben dormir los lactantes con RGE⁴⁶, avalada por la AAP, en virtud de la evidencia del éxito de la prevención del SMSL con la posición supina. Así, se recomienda, en los niños entre 1 y 12 meses con RGE patológico la posición supina para dormir ya que el riesgo de SMSL sobrepasa los potenciales beneficios de la posición prona para el RGE; la posición prona es aceptable mientras el niño está despierto, particularmente durante el periodo postprandial y se debe considerar también en los infrecuentes casos en los que el riesgo de muerte por complicaciones del RGE patológico es mayor que el potencial

riesgo del SMSL. Cuando la posición prona sea necesaria, es particularmente importante aconsejar a los padres que eviten los colchones blandos que incrementan el riesgo de SMSL y se debe valorar la inclusión de estos niños en un programa de monitorización domiciliaria.

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 sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116:1245-1255.
2. Heinig M. J., Bañuelos J. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) Statement on SIDS Reduction: Friend or Foe of Breastfeeding? *J Hum Lact*. 2006; 22: 7-10.
3. 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;100:841–849.
4. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*. 1997;100:214–219.
5. American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics*. 2000; 105: 650-656.
6. 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;112:883–889.
7. Unger B, Kemp JS, Wilkins D, et al. Racial disparity and modifiable risk factors among infants dying suddenly and unexpectedly. *Pediatrics*. 2003;111(2).
8. Kemp JS, Unger B, Wilkins D, et al. Unsafe sleep practices and an analysis of bedsharing among infants dying suddenly and unexpectedly: results of a four year, population-based, death-scene investigation study of sudden infant death syndrome and related deaths. *Pediatrics*. 2000; 106 (3).
9. Drago DA, Dannenberg AL. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980–1997. *Pediatrics*. 1999;103(5).
10. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993–5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. *BMJ*. 1996;313:191–195.
11. Hauck 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;111:1207–1214.
12. 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: 1058–1064.
13. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents;

- case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ*. 1999;319:1457–1461.
14. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004;363: 185–191.
 15. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ*. 1993;307:1312–1318.
 16. Tappin DM, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing and sudden infant death syndrome in Scotland. A case-control study. *J Pediatr*. 2005;147:32–37.
 17. Eidelman AI, Gartner LM, , Section on Breastfeeding American Academy of Pediatrics. Bed Sharing With Unimpaired Parents Is Not an Important Risk for Sudden Infant Death Syndrome: To the Editor. *Pediatrics*. 2006; 117: 991-992.
 18. Gessner, BD, Porter TJ. Bed Sharing With Unimpaired Parents Is Not an Important Risk for Sudden Infant Death Syndrome: To the Editor. *Pediatrics*. 2006; 117: 990-991
 19. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev*. 2005;6:134-152.
 20. Gessner BD, Ives GC, Perham-Hester KM. The association between sudden infant death syndrome and sleep-related risk factors in Alaska. *Pediatrics*. 2001;108: 923 –927.
 21. Tappin D, Brooke H, Ecob R, Gibson A. Used infant mattresses and sudden infant death syndrome in Scotland: case-control study. *BMJ*. 2002;325:1007.
 22. L’Hoir MP, Engelberts AC, van Well GT, et al. Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *Eur J Pediatr*. 1999;158: 896–901.
 23. Fleming PJ, Blair PS; Pollard K, et al. Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Arch Dis Child*. 1999;81: 112-116.
 24. Franco P, Scaillet S, Wermenbol V, Valente F, Groswasser J, Kahn A. The influence of a pacifier on infants’ arousals from sleep. *J Pediatr*. 2000;136:775–779.
 25. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;286: 322–326
 26. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;329:193–198.
 27. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. 2003;111:511–518.
 28. American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs. *Policy on Oral Habits*. Available at: www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_OralHabits.pdf. Accessed February 23, 2005.
 29. Daly KA, Giebink GS. Clinical epidemiology of otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2000;19(5 suppl):S31–S36

30. North K, Fleming P, Golding J. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics*. 1999;103(3).
31. Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2001;37:58-63.
32. Aarts C, Hornell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics*. 1999;104:e50.
33. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003;112:607-619.
34. Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. UNICEF/WHO Baby-Friendly Hospital Initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? Neonatal Study Group. *Eur J Pediatr*. 1997;156:874-877.
35. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of Sudden Infant Death Syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* [serial online]. 2005;116: e716-e723).
36. Chapman, DJ. Is Pacifier Use Protective Against Sudden Infant Death Syndrome? *J Hum Lact*. 2006; 22(1): 129-130.
37. Malloy MH, Hoffman HJ. Prematurity, sudden infant death syndrome, and age of death. *Pediatrics*. 1995;96:464-471.
38. Oyen N, Markestad T, Skjaerven R, et al. Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden infant death syndrome: the Nordic Epidemiological SIDS Study. *Pediatrics*. 1997;100:613-621.
39. Lequien P, Carpentier C. Prematurité et syndrome de mort subite du nourrisson. La polysomnographie en question. *Arch Pédiatr* 1999;6:683-5.
40. Werthammer J, et al. Sudden infant death syndrome in infants with bronchopulmonary dysplasia. *Pediatrics* 1982; 69:301-3.
41. Vernacchio L, Corwin MJ, Lesko SM, et al. Sleep position of low birth weight infants. *Pediatrics*. 2003;111:633-640.
42. Pollack HA, Frohna JG. Infant sleep placement after the Back to Sleep campaign. *Pediatrics*. 2002;109:608-614.
43. Meyers et al. Effectiveness of positioning therapy for gastroesophageal reflux. *Pediatrics* 1982; 69: 768-72.
44. Vandenplas Y et al. The relation between gastro-oesophageal reflux, sleeping-position and sudden infant death and its impact on positional therapy. *Eur J Pediatr*. 1997, 156:104-106.
45. Hunt L, Fleming P, Golding J, the ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? I. Health in the first 6 months. *Pediatrics*. 1997;100(1).
46. Rudolph Cd, et al. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32 (Suppl 2):S1-31.