

COMENTARIO DE ARTÍCULO

Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud

Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante

Arch Argent Pediatr 2017; 115 (Supl 5):S105-S110.

Comentario: Lic. Esp. Rose Mari Soria^o

RESUMEN

El Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante, junto con la Subcomisión de Lactancia Materna de la Sociedad Argentina de Pediatría, elaboraron nuevas recomendaciones sobre la práctica del colecho, en la cual el niño duerme en la misma superficie junto a su madre, situación que es motivo de controversia.

El colecho favorece la lactancia materna, que, a su vez, es protectora de la muerte súbita del lactante. Un pequeño grupo de niños presenta mayor riesgo de muerte súbita del lactante y accidentes fatales durante el colecho en ciertas circunstancias, que incluyen dormir en un sillón o sofá, padres fumadores, ingesta de sedantes, drogas y/o consumo de alcohol, niños prematuros y/o de bajo peso. El colecho en niños alimentados con leche humana, sin los factores de riesgo mencionados y con padres responsables de implementar un ambiente de sueño seguro, no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Esta guía no recomienda taxativamente la prohibición del colecho. Instruye a los profesionales de la salud a propagar a las familias un mensaje balanceado que incluya tanto los riesgos como los beneficios del colecho, lo que les permite a los padres una decisión informada al respecto. El documento señala que la

cohabitación sin colecho es el lugar más seguro para los bebés al momento de dormir.

El artículo elegido para comentar en esta oportunidad, propone recomendaciones para los profesionales de salud sobre colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita. Si bien el documento comienza diciendo “el lugar más seguro para que duerma el bebé es en la habitación de sus padres, en una cuna ubicada junto a su cama”, pone luego de manifiesto el apoyo al colecho en el hogar basado en que favorece la lactancia materna.

Del conjunto de recomendaciones para el sueño seguro, hay cuatro que son específicas del momento y el entorno del sueño para menores de un año, que particularmente se abordarán en este comentario: el colchón firme, la ropa de cama sujeta, la ausencia de objetos en la cuna y compartir la habitación sin compartir la cama, esto es, sin practicar colecho.

Hay suficiente y robusta evidencia acerca de que en los menores de un año, al compartir la habitación de los padres pero no la cama, disminuye en más del 50% el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).¹⁻⁴ Por el contrario, no hay evidencia de que el colecho disminuya el riesgo de un menor de un año de morir en forma súbita e inesperada mientras duerme.⁵

^o Coordinadora del Área de Enfermería de FUNDASAMIN-Fundación para la Salud Materno Infantil. Docente de la Carrera de Especialización en Enfermería Neonatal de la Universidad Austral. Comité Ejecutivo de la Revista Enfermería Neonatal.

Correspondencia: Lic. Esp. Rose Mari Soria. Correo electrónico: rmsoria@fundasamin.org

Recibido: noviembre de 2017. Aceptado: 22 de enero de 2018.

Si bien los ensayos clínicos aleatorizados controlados son el estándar de oro para determinar la efectividad de una intervención, no es posible realizarlos en muchos casos, especialmente por cuestiones éticas. En los casos en los que no es factible, debe considerarse implementar un diseño que permita una rigurosa evaluación con disponibilidad de los datos sobre la efectividad. Puntualmente para todo lo relacionado a SMSL, el mejor estándar se obtiene a través de los estudios de casos y controles.⁶

Un estudio de este tipo, realizado en Irlanda muestra que el colecho aumenta significativamente el riesgo de SMSL de un lactante, mientras que las tasas de lactancia no fueron diferentes entre los que dormían en su cuna y los que practicaban colecho.⁷

En el caso puntual del colecho, desestimar el peso que tiene éste, como factor de riesgo aislado para SMSL, contraponiéndolo al aumento de riesgo que implica la asociación con otros factores como tabaquismo, consumo de alcohol u otras drogas, incurre en el error de no considerar la posibilidad que tienen los menores de un año de fallecer en esa instancia.

Se han reportado datos que demuestran que el colecho aumenta cinco veces el riesgo de SMSL en menores de tres meses amamantados exclusivamente aun sin la presencia de factores de riesgo como el consumo de alcohol, tabaquismo u otras drogas.⁸ Adicionalmente los lactantes que realizan colecho presentan mayor número de periodos de desaturación como consecuencia de episodios de hipoxia.⁹

El contacto piel a piel sobre el cuerpo de la madre es recomendado para todas las diadas, en todo tipo de parto y método de alimentación, mientras la madre se encuentre estable, despierta y alerta. En cualquier otra circunstancia, el lactante debe pasar a dormir en la cuna en posición supina¹⁰ o recibir contención de otra persona que reúna esas condiciones.

La lactancia materna exclusiva es un factor protector que reduce en un 73% el riesgo de SMSL de acuerdo a una revisión sistemática publicada en 2011.¹¹ Otros estudios han mostrado que al mes de vida con lactancia materna exclusiva, el riesgo puede reducirse a la mitad.¹² En estudios de cohorte con seguimiento de binomios amamantados, se relaciona al colecho con una menor tasa de destete a los doce meses de edad del lactante, en el caso de las madres que amamantan exclusivamente.¹³

Sin embargo, no hay evidencia de que el colecho sea un factor imprescindible para una lactancia prolongada y/o exitosa,¹⁴ en cambio sí hay evidencia de que compartir la habitación prolonga la lactancia materna^{15,16} con un descenso del riesgo de SMSL del 50%.^{1,2,4}

Definitivamente la lactancia materna es un factor protector para el SMSL^{11,17} pero por sí sola no es

suficiente si no se asocia al conjunto de medidas que proporcionan un sueño seguro.

De manera que no sería apropiado priorizar una medida sobre otra, sino jerarquizar la efectividad de la aplicación del conjunto de las medidas con continuidad, independientemente del momento del día y del cuidador. Por otra parte, conociendo el riesgo documentado del colecho, hasta cinco veces mayor, el foco debería ponerse en estrategias de promoción y apoyo a la lactancia sin riesgo.

Si bien está descripto que la fatiga de la madre pueden influir en la lactancia, resulta llamativo que los estudios, mayoritariamente apuntan al relato de las madres que alguna vez se han quedado dormidas amamantando en un sofá o reposera, pero no hay reporte del relato de madres que se hayan quedado dormidas amamantando mientras practican colecho en su cama. Esta situación entre otras, como el riesgo de sofocación o compresión del cuerpo del lactante, ha dado lugar a desestimar el sofá o reposera como espacio seguro para practicar colecho dado que aumenta 17 veces el riesgo de muerte súbita.¹ Sin embargo, a pesar de que se contraponen como ventaja el colecho en la cama de los padres, como de menor riesgo de caída de los brazos de la madre que en el sofá, un estudio muestra que esa situación aumenta 8 veces el riesgo de muerte súbita.¹⁸

En caso de querer considerarse la cama de los padres como una superficie apta para el sueño de un lactante menor de un año, deberían modificarse radicalmente las condiciones propias de una cama destinada al sueño de los adultos en forma constante y continua: colchón firme, ausencia de almohadas, sin ropa de cama para cubrirse, entre otras. En consecuencia cabe preguntarse, en cuántas situaciones y/o qué porcentaje de la población de madres o familias de menores de un año, es factible implementar esas modificaciones de la cama en forma constante y continua. Aun modificando las condiciones de la cama, la fatiga materna es diferente de una mujer a otra, variable día a día en la misma mujer, variable en el tiempo de duración de la lactancia y variable en cuanto a la autopercepción de la misma. A esto se agrega que el colecho incrementa su riesgo, cuanto mayor es el tiempo de permanencia durante la noche.¹⁹

Cabe mencionar especialmente, algunas condiciones que, de acuerdo a la evidencia en estudios de casos y controles y serie de casos, incrementan sustancialmente el riesgo de SMSL, lesión involuntaria o muerte si se practica colecho:

- Lactantes de término y de peso adecuado menores de cuatro meses. Incluso para amamantar, para un menor de 4 meses hay un riesgo aumentado cuando se comparte la cama.^{1,2,4,5,7,20}

- Lactantes nacidos de pretérmino o con bajo peso sin importar la condición de fumadores de sus padres.²¹
- Cama blanda, con objetos blandos o ropa de cama para cubrirse.^{22,23}

Los profesionales de salud tenemos una responsabilidad social inherente a la actividad, que es la de contribuir a la salud de la comunidad a la cual pertenecemos, valiéndonos para ello de los conocimientos y herramientas de la disciplina.

Es muy importante, por ello, poder hacer una lectura crítica y una correcta interpretación de la evidencia. En el documento del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), se expresa que no hay clara evidencia de que el colecho sea directamente la causa del SMSL, pero sí que es un factor de riesgo, sobre el cual hay que informar a los padres y cuidadores. Encuentra una asociación estadísticamente significativa entre colecho y muerte súbita. Si bien esa relación estadística no siempre implica una causalidad directa, sí hay una asociación clínica.²⁴

A nivel internacional, hay evidencia sobre un aumento de los casos de SMSL, en recién nacidos (RN) menores de 7 días, asociada, en una elevada proporción, a una situación de colecho en las maternidades.²⁵ Esto enciende un alerta respecto de la formación del recurso humano en salud sobre SMSL y sueño seguro y de las implicancias que la conducta del equipo de salud tiene como un mensaje implícito para la población que se asiste en las maternidades.

Una recomendación de salud pública es promulgada para la población en general de manera que orienta de manera unilateral sobre cómo prevenir enfermedad o muerte con medidas estandarizadas. Las mismas se basan en conocimiento sólido surgido de la evidencia como fruto de la investigación. En algunas oportunidades, cuando el conocimiento está en etapas preliminares o la forma en que se han obtenido las primeras apreciaciones no son metodológicamente sólidas se promueve una medida preventiva con cautela o transitoriamente hasta obtener resultados contundentes. Lo que no es frecuente, es que teniendo un conocimiento sólido que metodológicamente se sustente en investigación bien diseñada se desestime taxativamente en la recomendación. Como se mencionó anteriormente, una recomendación de salud pública es para una población en general considerándose las características similares sin desconocer la existencia de características individuales que ameriten puntualmente una desviación de la media sin detrimento de la recomendación.

Cuando se promulga una recomendación de salud pública, puede o no haber adhesión masiva de la

población, por múltiple motivos que tienen que ver con lo histórico cultural, el nivel de conocimiento, el nivel socioeconómico, entre otros. Sin embargo, el esfuerzo debe estar orientado a la difusión, la concientización y la delegación de recursos para que toda la población pueda beneficiarse en el ejercicio de esa recomendación y no propiciar la ambigüedad, basado en las situaciones puntuales o particulares que le quitarían fuerza a la esencia de la recomendación.

En la actualidad, hay dificultades para que la población implemente las recomendaciones de salud pública, ya sea porque hay muchas y variado caudal de información de diversas fuentes, porque no se llega a comprender en profundidad que están hechas para redundar en un beneficio general y no individual, o por escasez o ausencia de recursos para implementarlas. Para las dos primeras cuestiones, todo lo que conduzca a situaciones poco claras y excesivamente condescendientes con las diversas tendencias sobre la temática, son contraproducentes para el bien común en materia de salud, que es el propósito. Para el tercer punto, tratándose de una recomendación de salud pública es incumbencia del estado facilitar los recursos o la accesibilidad a los mismos.

En varios países como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Escocia, México, Chile, incluyendo el nuestro durante un período, se entrega gratuitamente a las madres una cuna, moisés o similar para enfatizar la importancia de su utilización y suplirlas en el caso de familias de bajos recursos. Finlandia ha sido un país pionero desde 1938 implementando esta medida, inicialmente para familias vulnerables y actualmente para toda la población.

Recientemente, los medios de comunicación han contribuido a incrementar la desorientación de las familias, brindando espacios de difusión a referentes mediáticos que emiten mensajes contradictorios respecto del colecho basados en experiencias personales, sin fundamento científico, generando desinformación con implicancias para la población.²⁶⁻²⁸ Esta situación sucede con el agravante de que ninguna autoridad de salud o entidad académica se ha pronunciado a continuación para reforzar las recomendaciones internacionales sobre sueño seguro y disminución del riesgo del SMSL a la población.

La tendencia en el mundo es que las campañas para disminuir el riesgo del SMSL y otros eventos similares de sofocación o muerte no intencional en la cuna, incluyen activamente a pediatras y otros profesionales de salud y el foco está puesto específicamente en estrategias que incrementen la lactancia, disminuyan el colecho y eliminen la exposición al tabaco.⁶

Tal cual lo asevera el consenso que hoy motiva este comentario, el rol de un profesional de salud es acompañar

a las familias en la toma de decisiones informadas. Esto es brindarles información clara y confiable, en términos cotidianos y sencillos, comprensibles para su acervo. En el caso de las familias de los RN y/o de los menores de un año, la clave está en poner énfasis en los beneficios de las recomendaciones para el sueño seguro y los potenciales riesgos cuando las mismas no se implementan en forma completa y continua.

En diferentes oportunidades, las familias no implementan lo recomendado por el equipo de salud en el ejercicio de la responsabilidad parental sobre sus hijos y de sus libertades individuales, y eso debe aceptarse. La prohibición no es viable ni para el colecho ni para ningún otro aspecto de la salud.

Sin embargo es posible, basándose en la mejor evidencia disponible, orientar sobre el cuidado seguro de los niños. Para modificar esa situación en favor de quienes son los principales beneficiarios de una recomendación, en este caso los menores de un año, hay que ir más allá de una solución a corto plazo como puede ser "suavizar" o "flexibilizar" la recomendación. Dado que la misma se desprende de evidencia contundente, no es favorable ir en desmedro de ella. Por el contrario, hay que ir en la búsqueda de fortalecer estrategias para que la recomendación pueda ser comprendida e implementada por las familias con plena certeza y que sea accesible a ellas.

El profesional debe contemplar todas las situaciones puntuales en el intercambio con la familia y evaluar, a la luz de la evidencia que ostentan las recomendaciones, cuáles son las opciones factibles y seguras para esa familia en particular. Para ello no es necesario

flexibilizarse hasta el límite del riesgo, asumiendo para la cotidianidad de una familia, prácticas cuya seguridad dependa de condiciones casi de laboratorio o liberadas a una variabilidad cuya amplitud sea inabarcable: almohada más blanda o menos blanda, madre más cansada o menos cansada.

La responsabilidad profesional está dada por el conocimiento específico de la disciplina y el marco regulatorio de la misma y como tal no puede ser delegada. Por el contrario es útil buscar y conocer la mejor evidencia disponible, discernir en el marco de la misma como estrategia de práctica segura y en consecuencia ofrecer a las familias orientación para las decisiones del mejor cuidado de sus hijos.

El propósito de este comentario lejos de generar una controversia estéril es motivar la reflexión del colectivo profesional, acerca de cuestiones cruciales a la hora de actuar en relación a la salud de la población de menores de un año y sus familias, que haga lugar a preguntas tales como: ¿Cuáles serían las mejores estrategias para transmitir a las familias las recomendaciones sobre sueño seguro? ¿Cuándo comenzar a trabajar en educación a la población respecto del sueño seguro? ¿De qué forma motivar en los estudiantes y jóvenes profesionales el hábito de la búsqueda de la mejor evidencia y su lectura crítica para una práctica segura? ¿Cómo generar investigación que aporte a la temática en nuestro medio?

Seguramente no es factible responder todos estos interrogantes al unísono y en el corto plazo, pero ya el hecho de hacernos el planteo abre la posibilidad de nuevas y mejores perspectivas de respuesta.

Referencias

1. 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(7223):1457-61.
2. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004; 363(9404):185-91.
3. Mitchell EA, Thompson JMD. Co-sleeping increases the risk of SIDS, but sleeping in the parents' bedroom lowers it. In: Rognum TO, ed. Sudden Infant Death Syndrome: New Trends in the Nineties. Oslo, Norway: Scandinavian University Press; 1995. Págs.266-9.
4. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr* 2005; 147(1):32-7.
5. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012; 160(1):44-8.e2.
6. Moon RY; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5). Review.

7. 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.
8. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, 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(5).
9. Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, et al. Hypoxic and hypercapnic events in young infants during bedsharing. *Pediatrics* 2012; 130(2):237-44.
10. Winter-Feldman L, Golsmith JP; American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016; 138(3).
11. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011; 128(1):103-10.
12. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2009; 123(3):e406-10.
13. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, et al. Bed-Sharing at 3 Months and Breast-Feeding at 1Year in Southern Brazil. *J Pediatr* 2009; 155(4):505-9.
14. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(3):285-7.
15. Hauck FR, Signore C, Fein SB, et al. Infant feeding practices and mother-infant bed sharing: is there an association? Results from the Infant Feeding Practices Study II [abstract]. En: 135th American Public Health Association Annual Meeting; Nov 3-7, 2007; Washington, DC, USA.
16. Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1999; 88(12):1320-26.
17. Ip S, Chung M, Raman G, et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med* 2009; 4(suppl 1):S17-S30.
18. 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(4):883-9.
19. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking and alcohol in sudden infant death syndrome: results from the New Zealand cot death study. *BMJ* 1999; 319:1457-61.
20. McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, et al. An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. *Arch Dis Child* 2006; 91(4):318-23.
21. Blair PS, Platt MW, Smith IJ, et al. Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants: an opportunity for targeted intervention. *Arch Dis Child* 2006; 91(2):101-6.
22. Fu LY, Moon RY, Hauck FR. Bed sharing among black infants and sudden infant death syndrome: interactions with other known risk factors. *Acad Pediatr* 2010; 10(6):376-382.
23. 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(5 pt 2):1207-14.
24. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Clinical guideline. [Acceso: 10 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>
25. Hoffend C, Sperhake JP. Sudden unexpected death in infant (SUDI) in the early neonatal period: the role of bed-sharing. *Forensic Sci Med Pathol* 2014; 10(2):157-62.

26. Joyner BL, Gill-Bailey C, Moon RY. Infant sleep environments depicted in magazines targeted to women of childbearing age. *Pediatrics* 2009; 124(3):e416-e422.
27. Willinger M, Ko C-W, Hoffman HJ, et al. Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998: the National Infant Sleep Position Study. *JAMA* 2000; 283(16):2135-42.
28. Von Kohorn I, Corwin MJ, Rybin DV, et al. Influence of prior advice and beliefs of mothers on infant sleep position. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164(4):363-9.
29. Kela. [Acceso: 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.kela.fi/aitiyspakkaus>