



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DESDE ENFERMERÍA
DE LOS CONOCIMIENTOS
MATERNOS SOBRE EL SÍNDROME
DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE**

Autora: María Pardal Calle.

Tutora: Dra. Carolina González Hernando.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN..... | |
| 2. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 3. DESARROLLO DEL TEMA. MARCO TEÓRICO | 2 |
| 3.1. Causas: Hipótesis del triple riesgo..... | 2 |
| 3.2. Antecedentes en España..... | 4 |
| 3.3. Factores de riesgo | 5 |
| 3.4. Recomendaciones científicas | 12 |
| 4. OBJETIVOS..... | 13 |
| 5. MATERIAL Y MÉTODOS | 13 |
| 6. RESULTADOS | 15 |
| 7. DISCUSIÓN..... | 18 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 21 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA..... | 22 |
| ANEXOS..... | 26 |
| ANEXO 1. Tabla recomendaciones de nivel a de la Asociación Americana de Pediatría. | 26 |
| ANEXO 2. Encuesta..... | 26 |
| ANEXO 3. Hoja informativa para las madres encuestadas..... | 31 |
| ANEXO 4. Permisos comités éticos | 32 |
| ANEXO 5. Figura en relación a “madres que recibieron información prenatal frente a las que no lo recibieron” de entre las madres encuestadas. | 35 |

1. RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante es una de las principales causas de mortalidad infantil en los países desarrollados, considerándose una de las situaciones más desgarradoras a las que se pueden enfrentar unos padres, ya que ocurre en niños aparentemente sanos antes del suceso.

Objetivo: Evaluar los conocimientos sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en madres de niños de 0 a 1 año de edad.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal. La muestra fue incidental, elegida a conveniencia, incluyó a 134 madres con hijos de 0 a 1 años, a las que se les administró una encuesta anónima y voluntaria, en los hospitales universitarios de Valladolid (Hospitales Clínico y Río Hortega), guarderías de Castilla y León y un Centro de Salud urbano en los meses de enero a marzo de 2017.

Resultados: A pesar de que las madres son conscientes de la importancia del seguimiento prenatal únicamente 63.4% de ellas apoyaban el decúbito supino, 65% seguían la lactancia materna y 80% apoyaban el chupete como factores protectores para prevenir el Síndrome. Por tanto, se demuestra que aún existe desconocimiento sobre este problema y su prevención.

Conclusiones: Es necesaria mayor intervención comunitaria a través de Educación Para la Salud en el periodo prenatal, cubriendo los déficits informativos de las madres en estos momentos. Se propone más investigación en esta línea para que los profesionales de la salud, y en concreto los profesionales de enfermería lideren y desarrollen medidas preventivas y campañas de salud en un futuro.

Palabras clave: Enfermería, Muerte, Súbita, Lactante, Salud, Investigación.

Key words: Nursing, Death, Sudden, Infant, Health, Research.

2. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante se define como la muerte súbita de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación *post mortem*, que incluye autopsia, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica. Es una de las situaciones más estresantes y desgarradoras a las que se pueden enfrentar unos padres, ya que ocurre en niños aparentemente sanos antes del suceso (1).

Su incidencia es excepcional en las primeras 4 semanas de vida de un niño (periodo neonatal) (2,3) incrementándose entre los 2 y 4 meses de edad (2-5), descendiendo gradualmente a partir de este momento, siendo poco frecuente a partir de los 6 meses (6). Es más común en horarios nocturnos por lo que se ha supuesto que acontece durante el sueño (4,6,7) sobre todo, en fines de semana y periodos vacacionales (7). Además, existe un predominio estacional, aumentando hasta el doble el número de casos entre los meses fríos y húmedos respecto a los cálidos y secos. Su frecuencia y el predominio de cada factor de riesgo varía también geográficamente, dependiendo de la población estudiada, presentándose por tanto diferencias raciales. La verdadera incidencia en España no está bien establecida, son pocos los estudios epidemiológicos realizados respecto a la muerte súbita infantil, y probablemente exista una infradeclaración de los casos producidos, por un inadecuado registro de la causalidad del fallecimiento de los lactantes (6,8).

Hoy en día continúa siendo una de las principales causas de muerte infantil en los países desarrollados en niños de entre un mes y un año de vida. (1,4,6,8,9). La incidencia ha disminuido en más del 50% en los últimos 20 años desde que se llevó a cabo la campaña “*Back to Sleep*” por la Asociación Americana de Pediatría (5,10,11) aunque a día de hoy este descenso se ha estabilizado, lo que aumenta la preocupación por encontrar nuevos factores de riesgo para disminuir la prevalencia (6,8).

Su diagnóstico implica descartar otras posibles causas de muerte (9,12) a través de necropsias muy exigentes, con el fin de establecer un diagnóstico diferencial correcto (9). Además de la necropsia, se debe llevar a cabo una anamnesis minuciosa, examen físico y exploración de la escena de muerte (12). Se trata de un diagnóstico de exclusión

y probablemente con distintas etiologías, donde participen varios factores de riesgo (6). De estas muertes un 60-80% presentan autopsias negativas o blancas (autopsias que no establecen la causa de muerte) (1).

3. DESARROLLO DEL TEMA. MARCO TEÓRICO

3.1. Causas: Hipótesis del triple riesgo

La etiopatogenia del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante no está clara hoy en día (9,12) y aunque son muchas las teorías planteadas (6,8,11) únicamente trataremos la hipótesis del triple riesgo, ya que es una de las teorías más aceptadas (1,6,9,13). Fue postulada en 1972 por Wegdwood (9), modificada después por varios autores con ligeras variaciones, coincidiendo todos ellos, en que debía existir para que se produjera el síndrome: un niño vulnerable (riesgo innato), un periodo crítico del desarrollo (edad de riesgo) y un factor externo estresante predisponente (1,5,9,13).

Serán Filiano y Kidney quienes añaden el origen prenatal al proceso, entendiendo el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante como una patología del desarrollo con origen en alteraciones durante el periodo fetal (1,13).

En los últimos años se ha empezado a mencionar como mecanismo principal los trastornos en la regulación de la respiración durante el sueño, considerándolo como una alteración en el umbral del despertar (4,9) asociándolo a una reinhalación de aire espirado (6) producido por alteraciones en mecanismos madurativos, que condicionarían déficits en las funciones vitales y control cardiorrespiratorio (12), sin embargo, no hay pruebas suficientes para que sea admitido definitivamente como causa principal (6,8).

Recientemente un estudio publicado en 'Experimental Physiology'(14) relacionó el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante con una alteración en la regulación de apneas y respiración regular durante el sueño, por un déficit de receptores de serotonina en el tronco cerebral. Sería la serotonina por tanto la encargada de impedir las apneas y restablecer una respiración normal. Estos receptores estarían altamente expresados en niños sanos. Aun así, en este caso también se precisa de más investigaciones posteriores para considerar esta la principal causa del síndrome.

Investigadores australianos tras 11 años de estudio relacionaron el síndrome con falta de orexina, proteína presente en el hipotálamo que produce el despertar cuando no está llegando el suficiente oxígeno. Los niños fallecidos por Síndrome de Muerte Súbita del

Lactante tendrían un 21% menos de orexina. Sin embargo, tampoco se puede considerar aún como causa principal sin más investigaciones posteriores (15).

Los 3 elementos claves de la teoría del triple riesgo son:

1. Niño vulnerable:

Se considera niño vulnerable a aquel que presenta una anomalía o defecto inaparente en el Sistema Nervioso Central (1,11), probablemente por una alteración en el embarazo durante el desarrollo de los sistemas relacionados con las funciones vitales, lo que impide una respuesta normal ante riesgo vital (16), por ello se puede considerar como una hipótesis dentro de las teorías que señalan alteración en el tronco cerebral (13). Es decir, se considera que se produce un retraso en el desarrollo del tronco cerebral en la zona donde se encuentran las conexiones que regulan el despertar (4). No hay respuesta de despertar ante la asfixia (16). Dentro de este punto por tanto, entrarían las posibles alteraciones genéticas o anomalías neurológicas a las que se predispone el niño (12).

Como consecuencia de lo anterior se plantea que el niño sufriría inhalación de aire exhalado y la consiguiente hipoxia e hipercapnia con asfixia, esto combinado con hipertermia llevaría al desenlace fatal. Además, se considera que la posición prona en superficies blandas y con cabeza cubierta aumenta la inhalación de aire exhalado e hipertermia (4).

2. Periodo crítico de desarrollo:

Durante el primer año de vida los niños se caracterizan por inmadurez e inestabilidad, especialmente durante los primeros 6 meses de vida (16), ya que en este periodo los niños tienen un rápido crecimiento y grandes cambios (en la respiración, frecuencia cardíaca, temperatura, desarrollo mental y cardíaco, en el patrón del sueño...) (1,11) y un mayor riesgo de anemia y disminución de oxigenación por la poca cantidad de hemoglobina con la que cuentan en estos momentos (16). Es un periodo de mayor susceptibilidad en el Sistema Nervioso Central e inmunológico (mayor número de infecciones). Todo ello explica el periodo en el que hay más incidencia del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante por mayor vulnerabilidad a los factores externos (12).

3. Factor externo estresante:

Están relacionados con los factores de riesgo que se explicarán posteriormente.

3.2. Antecedentes en España

En los últimos 25 años ha habido un gran cambio en la forma de abarcar el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en España. Entre 1970 y 1985 se daba una escasa atención al tema. Fue en 1986 cuando se realizó un estudio protocolizado en 5 hospitales pediátricos del país que incluyó a población en riesgo a un programa de vigilancia cardio-respiratoria. Con este estudio se pudo observar cómo, en comparación con otros países de la Unión Europea en los que la muerte súbita era la principal causa de muerte en el periodo postnatal (de 1,5 a 2 por 1000 nacidos vivos), en España únicamente se producían 0.15 por 1000 nacidos vivos en 1984, modificándose en 1989 a 0.23 por 1000 nacidos vivos. Lo que hacía que fuera la 5ª causa de mortalidad postnatal, representando un bajo nivel de mortalidad respecto al resto de países. Se comprobó que cada año morían unos 900 lactantes, dato que no podía ser considerado real ya que únicamente se contabilizaban un centenar de muertes al año, situación que cambiaría con un estudio exhaustivo, sistemático y obligado de la muerte. Este primer estudio hizo que en 1987 se celebrara la primera mesa redonda del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante y a partir de este momento mejorara el interés por el tema en nuestro país (1).

En 1991 quedaría constituido el grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita del lactante (GEPMSL) de la Asociación Española de Pediatría. En octubre del año 2000 se llevó a cabo la campaña divulgativa “ponle a dormir boca arriba” con el fin de transmitir consejos preventivos que mejoraran la situación (1).

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (17) en 2014 fueron 50 las muertes registradas como causa principal de muerte súbita infantil. En estos datos se incluyen todas las muertes de niños menores de un año de edad, de ambos sexos a nivel nacional. Se cree que se producen más muertes al año por este tipo de causa, pero que estas no quedan correctamente definidas en el registro de defunción o bien son explicadas con otras causas.

Se ha observado que gran parte de los estudios realizados sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante se han centrado en los conocimientos de los profesionales basándose exclusivamente en la formación de estos. Sin embargo, gran cantidad de profesionales no dan la información a los padres incluso en algunas ocasiones la información es incorrecta por falta de actualización de la misma.

Igualmente, muchos de los estudios realizados a los padres se basan principalmente en la postura en la que colocan a sus hijos para dormir, sin dar importancia al resto de factores de riesgo, también peligrosos y potenciadores del síndrome. A todo esto se sumaría el miedo y la angustia presentes en la sociedad respecto al síndrome, muchas veces producido por falta de información y formación correcta.

Es por ello que se hace necesario determinar y evaluar los conocimientos de las madres respecto al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante para poder integrar actividades de Educación Para la Salud basadas en la evidencia científica, dirigidas a mujeres gestantes y con bebés, con el fin de prevenirlo.

3.3. Factores de riesgo

Durante años el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante ha sido motivo de estudio lo que ha permitido mejorar en gran medida el conocimiento sobre este problema, así como de sus factores relacionados. Pese a ello, no se ha logrado eliminar en su totalidad y se mantiene sin modificarse su incidencia, lo que alerta de la necesidad de encontrar activamente la prevención de los factores de riesgo modificables asociados a la muerte súbita (9).

Además, se considera que en el 95% de los casos están involucrados 2 o más factores de riesgo por lo que se hace preciso considerar medidas preventivas para evitarlos (8), aunque no es posible determinar la importancia relativa de cada factor de riesgo de manera individual, ni cuantificar el efecto de los riesgos que ocurren en combinación (4).

En los factores de riesgo que se nombran a continuación está demostrada su asociación con el síndrome. Al no poder establecer qué niño va a ser víctima las recomendaciones irán dirigidas hacia aquellos factores modificables y por tanto susceptibles de acción preventiva (6).

1. Tabaquismo materno:

Es un factor de riesgo que se ha tenido en cuenta en la prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante desde hace más de 30 años (1), siendo considerado factor de riesgo más importante de posible intervención (7), el cual, si está presente, aumenta por 4 la probabilidad de que ocurra el suceso (1,18), incluso se dobla si el padre también fuma (7). Además, tiene una relación directa con la intensidad del hábito (1)

considerándose por lo tanto un riesgo dosis-dependiente (7). El hábito de fumar tanto del padre como de la madre después del nacimiento aumenta el riesgo 2.31 veces, según 13 estudios que lo demostraron. Otros 6 estudios demostraron que si el padre fuma pero la madre no el riesgo es de 1.4 (6).

Se estima, según Boldo y cols. (1) que, un 24-32% de los casos del síndrome se pueden atribuir a la exposición ambiental de humo de tabaco, siendo la mayor fuente de exposición la que procede del propio domicilio del niño. Todo esto demuestra que el tabaquismo pasivo también aumenta el riesgo. Elevándose aún más si el niño comparte cama con un adulto fumador (6).

El tabaquismo se asocia a hipoxia fetal (7), ya que la nicotina y el monóxido de carbono comprometen la circulación placentaria, lo que llevaría a su vez a alteraciones en el Sistema Nervioso Central. Podría afectar directamente sobre las células productoras de serotonina y al control de importantes funciones homeostáticas. Además la nicotina alcanza rápidamente el líquido cefalorraquídeo y daña el epéndimo produciendo disfunción en el control de funciones vitales (18). Por otra parte, se produce aumento de la susceptibilidad de infecciones respiratorias (7), bajo peso al nacer y parto pretérmino (19). También se ha observado que hijos cuyas madres han fumado durante el embarazo precisan de más estímulos auditivos para despertarse, lo que aumenta por tanto la dificultad de la regulación del despertar (20).

2. Consumo de drogas y/o alcohol:

Se relaciona el consumo de alcohol y drogas con el Síndrome de Muerte Súbita del lactante, tanto durante el periodo periconcepcional como durante la gestación (6).

Se estima que el 16.4% de las muertes por el síndrome se producen por un consumo de alcohol. Los niños cuya madre tiene diagnosticado un trastorno de alcoholismo tienen un riesgo 7 veces mayor de sufrir el síndrome (10). El consumo de drogas viene relacionado con otros factores: pobreza, prematuridad, colecho, bajo peso al nacer y alteraciones psiquiátricas (el riesgo aumenta si coexiste enfermedad psiquiátrica y abuso de drogas) (1). El consumo de alcohol o drogas combinado con el colecho aumenta aún más el riesgo (6).

3. Complicaciones en la gestación y/o parto:

Dentro de estas incluimos placenta previa, rotura prematura de las membranas y anemia durante el embarazo, ya que pueden producir hipoxia al feto con alteración en su desarrollo (1). Se asocia a un riesgo 8 veces mayor tras el desprendimiento placentario (18).

4. Prematuridad y bajo peso al nacer:

Son considerados factores de riesgo nacer con menos de 37 semanas de gestación y menos de 2.500 gramos (esto último multiplica el riesgo 3 veces más). Es frecuente que gestaciones múltiples den lugar a niños con prematuridad y bajo peso por lo que este tipo de gestaciones son de riesgo (1). En relación con la prematuridad y bajo peso al nacer la raza negra tiene un riesgo relativo menor que la raza blanca americana (6).

5. Antecedente de hermano fallecido:

El riesgo de recurrencia en hijos posteriores tras el fallecimiento de un hermano aumenta entre 2 y 10 veces la probabilidad del síndrome respecto a la población general. En los hermanos gemelos existe un riesgo de un 4% mayor en las primeras horas tras el fallecimiento del hermano, pasado este periodo el riesgo se iguala al de los hermanos en general (6).

6. Sobrecalentamiento y decúbito prono:

El sobrecalentamiento es considerado factor de riesgo, sobre todo si se asocia a posición prona para dormir. La posición prona es considerada el principal factor de riesgo modificable. Es una causa que se repite en el tiempo en los diferentes hallazgos independientemente del lugar donde sucedió y el momento (6,8).

La posición supina por su parte, es menos peligrosa que la posición prono y lateral (10) ésta última se considera que es una posición inestable, que puede llevar al niño a dormir finalmente en prono (1,6). Existe un riesgo de 6,57 veces más en posición lateral que supina (6). En posición supina los niños tienen un riesgo menor de entre 12.7 y 17 (3). Además, tanto la posición decúbito lateral como prono aumentan el riesgo de hipercapnia, hipoxia relacionadas con el dormir con la cara apoyada en la almohada (10-11) e hipertermia durante el sueño (10).

Se ha logrado disminuir entre un 50 a 70% las tasas de mortalidad asociadas a la posición prona gracias a las campañas de salud desarrolladas (7). Una de las más importantes, que demostró disminución significativa del síndrome fue la campaña desarrollada en países europeos y norteamericanos “Back to Sleep” con la que se concienciaba a los padres de la importancia de posicionar a sus hijos en decúbito supino para dormir (9). A partir de entonces su incidencia ha disminuido en aquellos países que han adoptado la posición supina para dormir a los niños (6).

Tras la recomendación por parte de la Asociación Americana de Pediatría de la posición prona, surgieron preocupaciones sobre las posibles complicaciones derivadas de esta: reflujo gastroesofágico, plagiocefalia y desarrollo neurológico retardado (4).

En decúbito supino se aumenta la plagiocefalia postural, por ello se debe recomendar cambios de la cabeza en la cuna con frecuencia o colocar al niño en posición prono cuando este esté despierto, y siempre bajo supervisión, lo que además le permitirá desarrollar la musculatura escapulo-humeral (6). Respecto al reflujo hay evidencia clínica y experimental de que el niño vomitador tiene más posibilidad de atragantarse en posición prona que en supina, ya que en posición prona el esófago se encuentra por encima de las vías aéreas (laringe y tráquea) por lo que si el niño regurgita existe más riesgo de aspiración por no ser fácil la deglución de nuevo. El desarrollo neurológico por su parte se ha estudiado demostrándose que el desarrollo motor grueso es algo más tardío en niños que duermen boca arriba, pero dicha diferencia no es detectable tras los 18 meses (4).

A pesar de que en decúbito supino los lactantes duermen algo menos y tienen más despertares es la postura que debe recomendarse (6).

7. Colecho:

Se define como la situación en la que un niño comparte cama con un adulto, madre o cualquier otro miembro de la familia (21). Compartir cama con los padres está directamente relacionado con el síndrome especialmente si el niño es menor de 12 semanas (10) y el adulto consume tabaco, drogas o alcohol (1,6,8), además también aumenta el riesgo ante situaciones de extremo cansancio de los progenitores (6,8). Sin embargo, se ha relacionado el compartir habitación (no cama) como un factor protector, reduciéndolo hasta un 50%. De hecho, la habitación de los padres se considera el lugar más seguro para tener la cuna del bebé (1,6). La Asociación Americana de Pediatría no

recomienda compartir cama, únicamente pueden ser llevados a la cama para alimentarlos, confortarlos y vigilarlos, pero volviendo posteriormente a su propia cuna para dormir (6,8).

El colecho es común en familias pobres, con un nivel de educación más bajo y las familias del oeste y sur de EEUU (10).

La Asociación Americana de Pediatría refiere que no existe ninguna investigación que demuestre que el colecho disminuya el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante por ello lo consideraremos un factor de riesgo de gran peso (21). Un comunicado de IHAN-España de 2013 manifiesta que el colecho es un fenómeno cultural y corresponde a los profesionales sanitarios el asesorar e informar para evitar situaciones de riesgo (6).

Aunque el colecho favorece la lactancia materna no se ha establecido claramente si el beneficio y protección de esta queda por encima de los efectos del colecho por lo que se recomienda dar el pecho en colecho si quieren pero devolviendo después al niño a la cuna (8).

8. Raza negra:

Se ha visto una mayor relación entre la raza negra y la posición prona para dormir, además de una mayor incidencia en la raza negra comparada con la hispánica (9,22). Es posible que la diferencia entre etnias y razas se dé por los diferentes hábitos de crianzas, lo que llevaría a que los lactantes estuvieran más o menos protegidos del síndrome según los países (4). Es decir, se asocia más a las condiciones socio-económicas que a la raza o al color de la piel en sí mismo (12).

9. Edad de la madre:

Se ha visto un mayor riesgo cuando la madre es menor de 20 años (1,4,6) ya suele relacionarse con otros factores de riesgo: tabaquismo, alcohol, drogas, no correcto seguimiento del embarazo...

10. Sexo masculino:

Hay un predominio del sexo masculino en la mayoría de los estudios, con aproximadamente un 50% de sobretasa respecto al sexo femenino (6,10). Hay una relación 3:1 según el sexo (masculino: femenino) (12).

11. Gestaciones sin correcta atención prenatal:

El riesgo es de 2 a 3 veces mayor en hijos de madres que no realizan un control prenatal adecuado. Existen estudios que demuestran disminución del riesgo en aquellas madres que han seguido un adecuado control durante la gestación. Este factor se basa en el estudio de EEUU entre 1995 y 1998, estudio de cohortes donde se observó que la mayoría de casos estudiados se producían en madres que no habían tenido un correcto control durante su embarazo (6,10) ya que dichos controles sirven para evaluar la salud fetal, detectando precozmente patologías maternas, como la anemia, además de permitir intervención sobre el tabaquismo, alcohol y otras sustancias, fomentando a su vez la lactancia materna (18).

12. Superficie de cama blanda que pueda producir sofocación:

Ciertos estudios muestran un riesgo de hasta 5 veces más en superficies blandas para el desarrollo del síndrome, llegando a 21 veces más si se combina con la posición prona (6).

13. Sobrecalentamiento:

Está asociado con el Síndrome especialmente si la cabeza queda cubierta. Se aconseja una temperatura de 20-22°C en la habitación donde duerme el niño evitando el sobrecalentamiento excesivo sobre todo si tiene fiebre. Ciertos estudios sugieren que evitando la cabeza tapada se pueden llegar a evitar en ¼ parte los casos del síndrome. Una posible recomendación es poner al lactante a los pies de la cama tapándole con una manta bien remetida hasta el pecho, esta medida está siendo adoptada en Reino Unido con la campaña *Feet to Foot (pies al pie)*, aunque de momento es una campaña intuitiva más que basada en evidencia (6,10). Los niños no deben dormir cerca del radiador o calentador, tampoco con luz solar directa (5).

14. Multiparidad:

Concretamente paridad mayor de 3 hijos (4,6,10).

15. Asientos de Seguridad:

El uso de asientos de seguridad de viaje está únicamente recomendado para la realización de los mismos, ya que el beneficio de seguridad en este caso es mayor. No

debe utilizarse como método rutinario para dormir al niño fuera de los viajes ya que la posición sentada tampoco permite respirar adecuadamente al niño (5,6,10).

16. Otros:

Infecciones de las vías respiratorias superiores, anemia en la madre durante el embarazo (4), accesorios sueltos en la cuna (aumenta el riesgo hasta 5 veces, independientemente de la postura para dormir) (6,10,18).

17. Uso de vacunas:

Hasta ahora no se ha demostrado relación entre el uso de vacunas y el síndrome ya que el uso de vacunas se ha incrementado y la incidencia del síndrome ha descendido desde la década de los 80. Si bien algunos niños mueren en el periodo en que recibieron las vacunas es por encontrarse en un periodo crítico de desarrollo, no por la vacuna (5).

18. Uso de chupete:

El efecto protector del chupete fue propuesto en 1979 y confirmado en 1993 (23). Es una de las recomendaciones más recientes de la Academia Americana de Pediatría para la prevención del síndrome (1). Aunque el mecanismo aún no está establecido (6), se piensa que podría estar relacionado con un aumento en la protección de la permeabilidad de las vías aéreas y una disminución del reflujo gastroesofágico por estimulación de la succión durante el sueño (23).

La Asociación Americana de Pediatría recomienda utilizar el chupete antes de que el niño se quede dormido. Además de esperar al mes para su uso ya que será cuando quede establecida la lactancia materna (5). Hay que tener claro que el periodo más crítico de lactancia materna se produce en los primeros 15 días de vida del niño, pero posteriormente ya tendría que estar instaurada correctamente. A pesar de esta recomendación no queda demostrado que el chupete interfiera con la lactancia materna. Se piensa incluso que no es el culpable del fracaso de la lactancia materna si no un reflejo de las dificultades en la misma, ya que el niño está más demandante y podría ser un mecanismo por parte de los padres para contenerlo (24).

Se aconseja además dejar de utilizar el chupete a partir del año de vida evitando así efectos adversos si existieran (23).

19. Lactancia materna

Se ha demostrado en numerosos estudios que la lactancia materna es un factor protector (3,6,24,25). Hauck y col. demostraron que el efecto protector es mayor en lactancia materna exclusiva y con mayor duración de la misma (24). Por ello es recomendable mantenerla hasta los 6 meses (siendo además el periodo más vulnerable) (6).

La lactancia materna es considerada el modo óptimo de nutrición de los lactantes colaborando en la prevención de infecciones por contener agentes anti-infecciosos (3,7,18). Así también, actúa mejorando la capacidad de giro de la cabeza en posición prona lo que permite coger fuerza en los músculos del cuello. Además, aumenta el diámetro de la laringe por la succión del pezón (3,18). Existen también evidencias científicas respecto a que la leche tiene un mayor contenido carnitina esencial para el desarrollo neuronal (18).

Por otra parte se relaciona con una mejor situación social, ya que se ha demostrado por ejemplo que madres fumadoras amamantan por menos tiempo a sus hijos (3).

Las madres que amamantan a sus hijos permanecen más tiempo en contacto con ellos durante la noche favoreciendo el contacto piel con piel y otros estímulos, lo que aumenta las posibilidades de intervención de la madre sobre su hijo si este experimenta algún problema de salud. Además, se modifica el sueño del niño aumentando los despertares (25).

3.4. Recomendaciones científicas

De los factores anteriormente explicados se derivan las recomendaciones preventivas.

Debido a la relevancia que tuvo en 1994 la campaña “*Back to Sleep*” en EEUU (2) y las múltiples actualizaciones de las recomendaciones presentadas por la Asociación Americana de Pediatría (AAP) se han considerado las últimas recomendaciones de dicha asociación (año 2011), como las más relevantes y de mayor peso para la realización de este proyecto.

Se han tomado las recomendaciones de nivel A, las que presentan una mayor aceptación y grado de evidencia científica, las cuales son difícilmente modificables por futuros estudios ya que están asociadas a un beneficio sustancial (19). Se observa gran relación entre los factores de riesgo y las recomendaciones (Se adjunta la tabla 1 en el ANEXO 1). Hay que tener en cuenta además que estas recomendaciones están basadas en niños

con buen estado de salud, y que en condiciones médicas individuales el médico está autorizado a comparar riesgos y beneficios haciendo otras recomendaciones (4).

La Asociación Española de Pediatría por su parte incluye la lactancia junto con el chupete y las vacunas como factores protectores del síndrome (18).

En 2016 surgen las recomendaciones de PREVINFAD (6) las cuales se pueden dividir en recomendaciones de:

- Grado A: evitar la posición en decúbito prono hasta los 6 meses de edad, recomendar la lactancia materna a demanda y desaconsejar el tabaquismo en los padres.
- Grado B: la cuna en la habitación de los padres, no rechazar el uso del chupete durante el sueño desde el mes al año del lactante, aconsejar control adecuado de la gestación y período perinatal, evitar durante el embarazo y en período posnatal el alcohol y drogas y no realizar colecho si el padre o la madre son fumadores, han consumido alcohol o ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos.

4. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar los conocimientos sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en madres de niños de 0 a 1 años de edad en Hospital Clínico Universitario, Hospital Universitario Río Hortega, un centro de salud urbano en Valladolid y guarderías de la provincia de Castilla y León.

Objetivo secundario: Diseñar un programa de educación para la salud dirigido a los padres, fomentando la promoción de cuidados y prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante desde Atención Primaria, para evitar nuevos casos en Castilla y León.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se trata de un diseño descriptivo y transversal, que se realizó desde noviembre de 2016 a mayo de 2017 en hospitales de Valladolid y guarderías de Castilla y León.

Criterios de inclusión: Madres con niños de 0 a 1 año de edad que deseen participar en el estudio. No hubo criterios de exclusión, pudiendo participar todas aquellas madres que cumplieran con los requisitos de la muestra, independientemente de sus características culturales, socio-demográficas y económicas.

Muestra: Incidental, no probabilística, seleccionándose aquellas madres que cumplían con los criterios de inclusión y presentaban accesibilidad y proximidad para rellenar la encuesta, con un total de 134 madres participantes al final del estudio.

Recogida de datos

Se llevó a cabo en dos fases:

1. Recogida de datos teóricos.

Para este Trabajo de Fin de Grado fue necesaria una búsqueda bibliográfica en profundidad con el fin de reunir la mayor información posible sobre el síndrome. Se realizaron búsquedas en buscadores de alta evidencia científica: PubMed, Uptodate, Scielo... además de consultar en las bases mencionadas se utilizó Google Académico y webs de periódicos y revistas científicas y médicas.

Las palabras clave para la búsqueda fueron: “Enfermería”, “Muerte”, “Súbita”, “Lactante”, “Salud” e “Investigación” utilizándose los descriptores de Ciencias de la Salud MesH y DeCs.

Se han incluido aquellos artículos y libros que abarcan un periodo desde el año 2000 al 2016. Estableciendo límite lingüístico, empleándose únicamente fuentes en español e inglés.

2. Recogida de datos a través de la encuesta (Se adjunta la encuesta en el ANEXO 2).

Los datos fueron recolectados en el Hospital Clínico Universitario, Hospital Universitario Río Hortega, Centro de Salud de Arturo Eyries y guarderías de Castilla y León, a través de un cuestionario ad hoc, diseñado a medida para la investigación, a partir del modelo de encuesta validado realizado por José Luis Pérez Machado, Elsa Rodríguez Tadeo y Emigdio Repetto Jiménez “*Encuesta sobre los hábitos posturales de 110 niños en la Isla de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*” con fecha de aceptación en el año 2009 y modificándolo con las recomendaciones de nivel A de la Asociación Americana de Pediatría (AAP).

Dicho formulario fue anónimo y voluntario, aunque las participantes podían anotar su correo si les interesaba el tema y querían recibir información en un futuro. Constó de 19 preguntas, 9 de ellas basadas en una escala Likert del 1 al 5 en la cual se expresa el grado de conformidad respecto al tema a tratar, el resto de preguntas eran de única

respuesta lo que permitía disminuir la variabilidad en la misma, permitiendo obtener datos más seguros y concretos. Algunas de estas respuestas daban opción a explicación corta, únicamente en aquellas preguntas que se consideró de mayor interés conocer el motivo de la respuesta principal.

Antes de llevar a cabo la encuesta se explicó oralmente lo que se trata de estudiar, el motivo de la encuesta y lo que se trata de mejorar. Además de proporcionar una hoja informativa (Se adjunta la hoja informativa en el ANEXO 3). Serán las propias madres quienes rellenen la encuesta, por lo tanto, será un estudio presencial en todo momento, y unitrasversal ya que la información se obtuvo en una sola vez en el tiempo, mediante captación directa de las madres interesadas en participar durante el ingreso en los hospitales, antes o después de las consultas en el centro de salud y en las guarderías cuando llevaban o recogían a sus hijos en estas.

Análisis de resultados: Se utilizó el programa informático Microsoft Excel para la organización de datos y análisis de resultados.

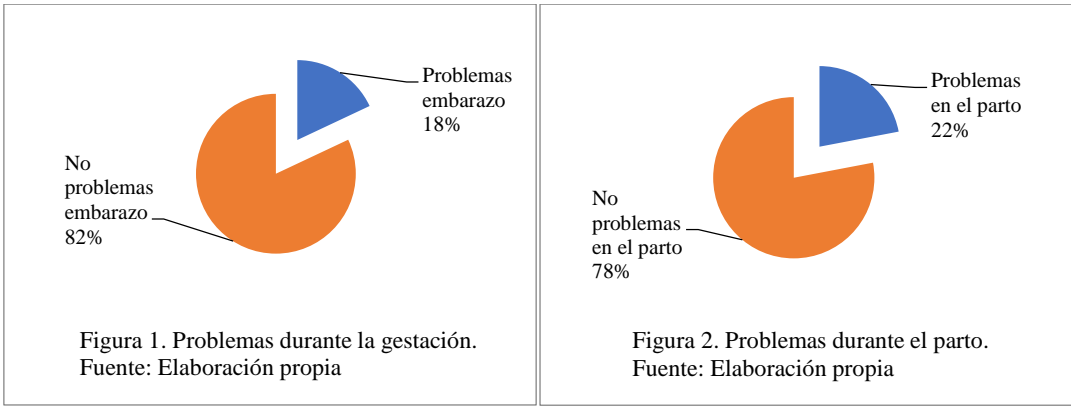
Aspectos éticos

El estudio fue presentado y obtuvo los permisos del Comité de Ética de la Investigación Humana de la Comisión de Investigación de la Universidad de Valladolid y del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) en áreas de salud de Valladolid tanto en el Hospital Universitario Río Hortega como en el Hospital Clínico Universitario. Se siguieron las recomendaciones de Helsinki 2013 sobre la protección de datos (Se adjuntan como ANEXO 4 los permisos).

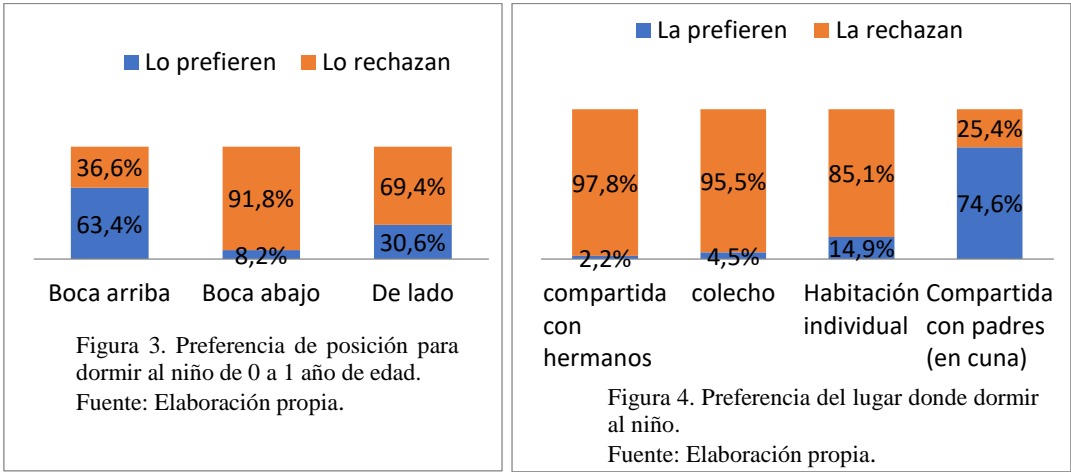
6. RESULTADOS

Se recogieron 134 encuestas en mujeres que cumplían con el criterio de inclusión lo que asegura que el 100% de madres encuestadas tenía un hijo con edad comprendida entre 0 y 1 año. El 50.7% eran primíparas frente al 49.3% que tenían más hijos. De estas últimas, únicamente destacaron antecedentes patológicos importantes en el hermano en un 3.7% de los casos (siendo el antecedente más importante la prematuridad).

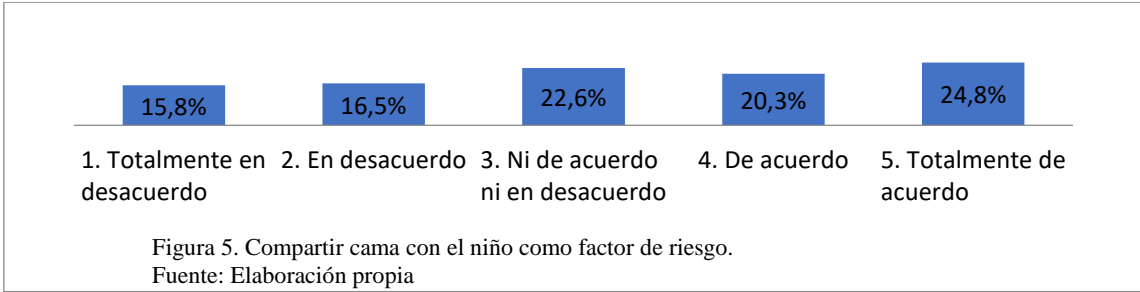
En las figuras 1 y 2 se relacionan las complicaciones durante la gestación y durante el parto, respectivamente. Las principales causas de complicación fueron la diabetes (6%) e hipertensión.



Respecto a la postura para dormir se observó que la muestra prefería la posición supina para dormir a sus hijos, siendo el decúbito prono la más rechazada, en un 91.8% (Figura 3). La mayor parte de la muestra prefería la habitación compartida con los padres y el niño en la cuna, siendo esta considerada la más adecuada según evidencia científica (Figura 4).

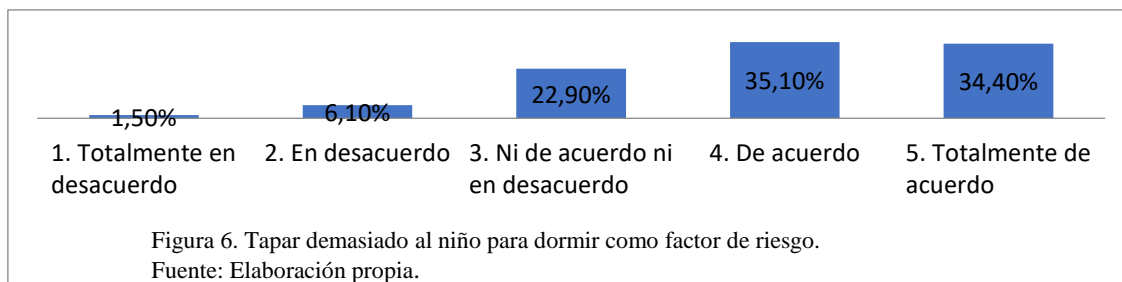


Siguiendo la escala Likert, se puede valorar como la mayor parte de las madres consideraban factor de riesgo **compartir cama con el bebé** (Figura 5).

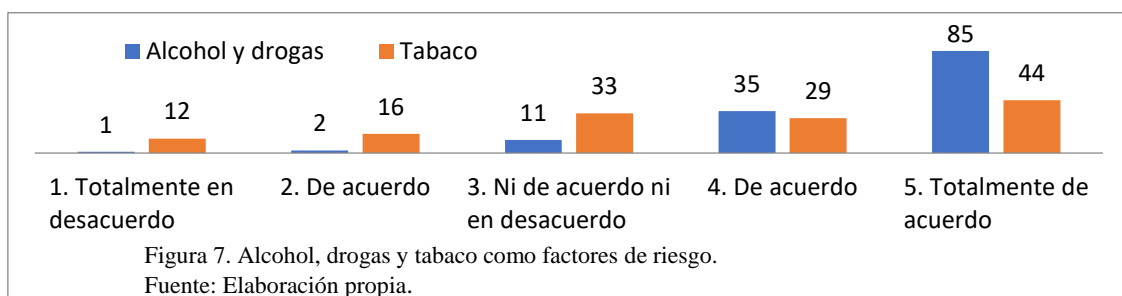


Respecto a la superficie para dormir, la mayor parte de las madres lo consideraron factor riesgo, siendo la superficie firme la superficie de preferencia. La mayor parte de

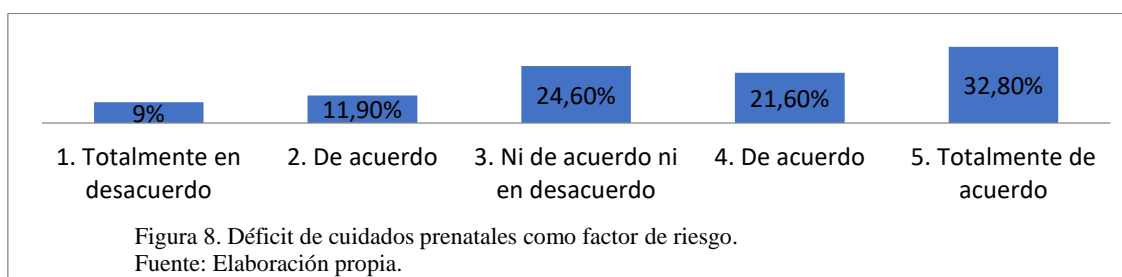
la muestra además consideró como factor de riesgo la presencia de objetos sueltos en la cuna y tapar demasiado al niño mientras duerme (Figura 6).



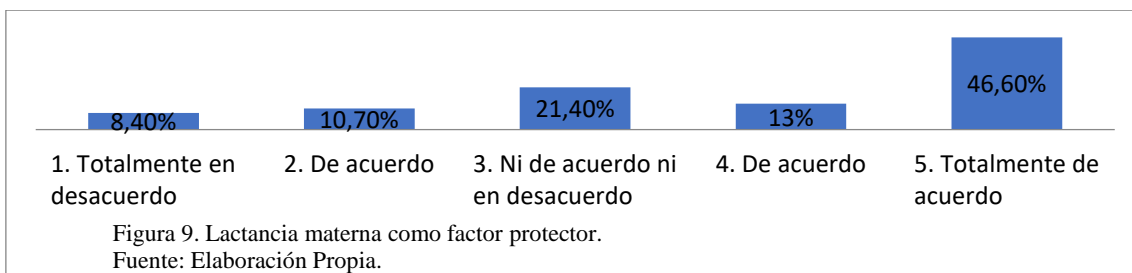
La figura 7 muestra los resultados referentes a alcohol y drogas, y tabaco. El tabaco se consideró como un factor de riesgo de menor importancia, posiblemente porque está asumido como un hábito más común en la población que el consumo de drogas.



Respecto al control prenatal únicamente un 9% de la muestra no consideró factor importante el no recibir los cuidados adecuados durante el embarazo (Figura 8).



Un 100% de las madres respondieron a las cuestiones de lactancia materna, considerándola en su mayoría como factor protector relacionándolo con una mejor alimentación y sistema inmunitario (Figura 9), lo que nos indica la gran concienciación de la sociedad con la lactancia. Un 65% seguían alimentación materna, únicamente un 14.2% de estas añadía biberón además del pecho. Muchas de ellas querían mantener la lactancia materna como mínimo hasta los 6 meses, edad recomendada por los expertos.



El uso del chupete, otro de los factores protectores estudiados, fue considerado como factor de riesgo en menos de un 20%, generalmente por miedo al “ahogamiento” con el mismo durante el sueño.

De las madres encuestadas, (y teniendo en cuenta una respuesta en este parámetro de 129/134 madres), alrededor del 75% recibió información previa sobre el cuidado y posturas del niño para evitar el síndrome (Se adjunta la figura 10 en el ANEXO 5). Cerca del 80% de esta información proviene de los centros de salud dándose en el 70% de los casos por enfermeras. El resto de información se distribuye en hospitales y otros ámbitos, gracias a médicos y personal no sanitario (familia). Además, se ha podido observar gran interés por parte de la población respecto al tema de estudio, 74.6% querían recibir más información, frente al 25.4% que decidió no quererla.

7. DISCUSIÓN

La prematuridad fue la única complicación dentro de las enumeradas por las madres con hijos con antecedentes importantes, que se relacionó con el síndrome. Según la OMS, se estima que cada año nacen 15 millones de niños prematuros, siendo una de las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años. Tres cuartas partes de estas muertes serían evitables con intervenciones adecuadas (control del embarazo, inyecciones de esteroides para la maduración pulmonar en partos prematuros, fomento del método canguro...) (26). España se encuentra entre los países con tasa de prematuridad más elevada del mundo (en 2015, se registró que, en Europa medio millón de bebés nacían de forma anticipada, dentro de los cuales 28.000 corresponden a España). Las causas principales de prematuridad en España están relacionados con factores no controlables: retraso de la edad maternal, estrés, fecundación asistida y embarazos múltiples. Todo esto confirma aún más la necesidad de control del embarazo, factor sobre el que sí podemos actuar (27). La OMS además, introduce entre las causas de prematuridad la hipertensión y la diabetes (26), factores controlables y complicaciones más frecuentes en las madres del estudio durante el embarazo.

Todo esto demuestra que el control prenatal es un factor modificable de gran importancia para la prevención del síndrome. Ciertos estudios muestran que las gestantes con ocupaciones laborales realizan menos de 6 visitas y la primera visita se realiza después del primer trimestre, con menor probabilidad de realizar ecografías, planificar el embarazo y abandonar el hábito tabáquico frente a las que no trabajaban (28).

Respecto al hábito tabáquico son múltiples los estudios realizados. Cabe destacar dos estudios realizados en nuestro país, el primero del año 2005 concluyó que el 31.31% de las madres fumaba durante el embarazo, observando un aumento de gestantes fumadoras respecto a años anteriores, sobre todo en madres menores de 25 años, asociándolo además el tabaco con alcohol y otras drogas. El 19.19% dejó de fumar los primeros meses de embarazo. Este estudio añadía la necesidad de información para que las mujeres dejen este hábito durante la gestación (29). El segundo estudio realizado en 2006, mostró que un alto porcentaje no abandonó el hábito durante el embarazo ni los primeros 6 meses de lactancia (30). En otro estudio se demostró cómo el consejo sanitario en la visita prenatal produce un aumento discreto en la proporción de abandono del hábito tabáquico, incluso una disminución significativa de las recaídas postparto. Todo esto apoya la necesidad de promover y potenciar medidas adecuadas orientadas al abandono de tabaco en estas mujeres (31).

Se puede mostrar por tanto una relación entre un mal control gestacional y el abuso de tabaco (relacionándose este a su vez con un mayor consumo de alcohol y drogas), aparición de enfermedades (hipertensión y diabetes) que a su vez llevan a partos prematuros. Todos ellos factores de riesgo son controlables con una buena atención sanitaria prenatal y educación para la salud.

Lo anterior a su vez se puede asociar con otros factores de riesgo. La mayor parte de la muestra consideró factor de riesgo a la posición prona para dormir a sus hijos así como tapar demasiado a este para dormir y la presencia de objetos sueltos en la cuna.

Gran parte de la muestra mostró preferencia por la posición supina para dormir a sus hijos. La posición para dormir ha sido uno de los factores de riesgo más asociados al síndrome durante toda la historia y sobre el factor que más campañas preventivas se han desarrollado. Aunque estas campañas han sido muy útiles para disminuir la incidencia

hoy en día sabemos que es un problema multifactorial por lo que no podemos olvidar el resto de factores susceptibles de intervención para la prevención.

Únicamente 11 madres colocaban a sus hijos a dormir boca abajo, considerando que 10 de estas 11 madres que preferían el decúbito prono habían recibido educación previa se considera que es necesario reforzar la formación pre y posgrado sobre el Síndrome en los profesionales, para poder realizar mejores campañas de información y prevención en la comunidad. La función educativa es una de las bases de la profesión, de ahí la importancia añadida de crear programas de salud para la prevención del síndrome por parte de enfermería (32).

La mayoría de las madres de nuestro estudio mostraron interés en mantener lactancia materna hasta los 6 meses, medida recomendada por la OMS por lo que es otra de las recomendaciones a seguir ante una campaña preventiva (33). Las madres necesitan apoyo activo para mantener e iniciar prácticas apropiadas de lactancia materna. La evaluación y asesoramiento continuo por profesionales capacitados ha demostrado aumentar las tasas de mantenimiento de la lactancia. Existen iniciativas, como la iniciativa amigos de los niños, desarrollada por la OMS y UNICEF para conseguir dicha mejora a la adherencia a la lactancia materna en los hospitales (34).

Algunas estas madres mostraban temor a conseguir más información sobre el tema. Es uno de los mayores miedos a los que se afrontan los padres en nuestra sociedad, y un enigma médico indiscutible, ya que supone la pérdida de un niño aparentemente sano antes del suceso (14), por ello es necesario incrementar el conocimiento público del síndrome para evitar que haya padres desorientados ante este problema, ya que a veces esta falta de respuesta es la que les lleva al temor ante la situación. Dichas intervenciones deberían ir dirigidas a padres y/o cuidadores, desde el periodo prenatal hasta el año de edad, todas ellas con un punto de vista multidisciplinar (35).

8. CONCLUSIONES

1. Se ha demostrado la necesidad de educación para la salud respecto al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, sobre todo en el periodo prenatal donde se encuentran un gran número de factores de riesgo, modificables y/o controlables.
2. Se ha observado falta de afrontamiento por parte de las madres, muchas de ellas evitaban el tema, por déficit de herramientas informativas, de lo que deriva de la falta de conocimiento y finaliza con el temor.
3. Esta investigación por tanto, dejará líneas de investigación abiertas para el desarrollo de medidas preventivas y campañas de salud en un futuro.

Limitaciones de la investigación:

1. Limitación de tiempo. Por ser un Trabajo de Fin de Grado no se ha podido desarrollar campaña preventiva.
2. No se pueden extrapolar y generalizar los datos obtenidos a toda la población ya que la muestra es pequeña respecto a la población de madres con hijos de 0 a 1 año.

Recomendaciones y aplicaciones en la práctica:

Una de las responsabilidades principales de la enfermería es la educación para la salud. Para ello los profesionales deben seguir una formación continuada, actualizando sus conocimientos, basándose en la evidencia científica para aplicar los cuidados con máxima calidad. El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante debe ser un tema a tener en cuenta a la hora de educar en la comunidad. Además enfermería deberá favorecer el trabajo en equipo, de manera que pueda ser un tema tratado desde un punto de vista multidisciplinar, potenciando las recomendaciones no solo desde enfermería sino desde otros ámbitos profesionales.

El presente Trabajo de fin de Grado por tanto tiene gran aplicación práctica para el desarrollo de campañas sanitarias de prevención del síndrome, tratando de concienciar a la mujer y a la sociedad de la existencia del mismo, de la posibilidad de que ocurra y de la capacidad de actuación frente a los factores de riesgo para disminuir su aparición, con la esperanza de hacerlo desaparecer en su totalidad como fin último.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera Tapia B, Alcalde Martín C, Álvarez Jiménez P, Arnau Vives MA, Bermejo Pérez M, Cáceres Marzal C, et al. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. 3ª ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2013.
2. Martínez Alcázar MA, Matías Martínez DR, Rodríguez Suárez RS. Muerte Súbita del lactante. Qué hacemos y qué debemos hacer para prevenirla. Acta Pediatr. Mex. [Internet]. 2006 [Consultado el 15 de Diciembre de 2016]; 27(5):253-258. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640835002.pdf>
3. Comités de la SAP. Nuevas recomendaciones para la disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita en el lactante. Arch.argent.pediatr. [Internet]. 2000 [Consultado el 17 de Diciembre de 2016]; 98(4):239-243. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_239_243.pdf
4. García García FE. Síndrome de muerte súbita del lactante. Rev. Cubana Pediatr. [Internet]. 2008[Consultado el 17 de Diciembre de 2016]; 80(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000200009&lng=es
5. Corwin MJ. Patient education: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)(Beyond the Basic) [Internet]. 2016 [Consultado el 2 de Enero del 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-sids-beyond-the-basics>
6. Sánchez Ruiz-Cabello J. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante [Internet]. 2016 [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_smsl.pdf
7. González Pérez-Yarza E. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante y episodios de aparente riesgo vital. Vigilia-Sueño. [Internet]. 2006 [Consultado el 20 de Diciembre de 2016]; 18(1): 35-38. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-articulo-mesas-redondas-sahs-pediatrico-asma-13089307>
8. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortiz Ortiz González L. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 2). Actividades preventivas. Rev.Pediatr.Aten.Primaria. [Internet]. 2014 [Consultado el 3 de Febrero del 2017]; 16:71-80 Disponible en: http://www.pap.es/files/1116-1753-pdf/pap61_14.pdf
9. Brockmann PE, Oyarzún MA, Villarroel L, Bertrand P. Síndrome de muerte súbita del lactante: prevalencia y cambios en los últimos años en Chile. Rev.méd.Chile. [Internet]. 2013 [Consultado el 23 de Diciembre de 2016]; 141(5):589-594.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500006
10. Adams SM, Ward CE, Garcia KL. Sudden Infant Death Syndrome. Am.Fam.Physician.

- [Internet]. 2015 [Consultado el 20 de Diciembre de 2016]; 91(11): 778-783. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2015/0601/p778.html>
11. Osorio JH. Consideraciones específicas para el entendimiento del síndrome de muerte súbita del lactante. *Hacia la Promoción de la Salud*. [Internet]. 2007 [Consultado el 4 de Febrero de 2017]; 12: 79-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689007>
 12. Gorrita Pérez RR, Román Lafont J. Síndrome de muerte súbita del lactante: un tema para la polémica. *Revista de ciencias médicas. La Habana*. [Internet]. 2013 [Consultado el 4 de Febrero del 2017]; 19(3):402-411. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/614/1063>
 13. Arimany Manso J, Camarasa Piquer F, Cardesa García JJ, Delgado Rubio A, Fiol Jaume M, Gómez García C et al. *Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL)*. Libro Blanco. 2ª ed. Madrid; 2003.
 14. Europa Press. La serotonina, clave para entender el síndrome de muerte súbita del lactante [Internet]. 2016 [Consultado el 11 de Enero del 2017]. Disponible en: <http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-serotonina-clave-entender-sindrome-muerte-subita-lactante-20160704062831.html>
 15. Merino M. Descubierta una posible causa de la muerte súbita del lactante [Internet]. 2016 [Consultado el 3 de Enero del 2017]. Disponible en : <https://okdiario.com/bebes/2016/11/21/descubierta-posible-causa-muerte-subita-lactante-26303>
 16. Rossato NE. Síndrome de muerte súbita del lactante. De la teoría a la práctica diaria. [Internet]. [Consultado el 12 de Diciembre del 2016]. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2011/08/S%C3%ADndrome-de-muerte-s%C3%BAbita-del-lactante-De-la-teor%C3%ADa-a-la-pr%C3%A1ctica-diaria.pdf>
 17. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones de menores de un año por causas (lista infantil), sexo y edad. [Internet]. 2014 [Consultado el 12 de Diciembre del 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/10/&file=01005.px>
 18. Jenik A, Grad E, Orazi V, Sapoznicoff L, Fasola L, Rocca Rivarola M, et al. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría [Internet]. [Consultado el 2017 Enero 3]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consideracionesSueno.pdf>
 19. Rocca R M, Bosch F J, Henson D C, Reyes H P, Conde A M, Risso R M, et al. Evaluación de la adherencia a las recomendaciones para disminuir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *Rev.Chil.Pediatr.* [Internet]. 2014 [Consultado el 25 de Diciembre de 2016]; 85(4):462-469. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-

[41062014000400009](http://www.fac.org.ar/1/revista/04v33n3/actual/act02/persico.php)

20. Persico L, Grana DR, Milei J. Síndrome de muerte súbita del lactante. Rev. Fed. Arg. Cardiol. [Internet]. 2004 [Consultado el 28 de Diciembre de 2016]; 33: 341-344. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/04v33n3/actual/act02/persico.php>
21. Jenik A. Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: una relación conflictiva. Arch.argent.pediatr. [Internet]. 2001 [Consultado el 28 de Diciembre de 2016]; 99(3): 228-232. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/228.pdf>
22. Colson ER, Rybin D, Smith LA, Colton T, Lister G, Corwin MJ. Trends and Factors Associated With Infant Sleeping Position: The National Infant Sleep Position Study 1993-2007. Arch.Pediatr.Adolesc.Med. [Internet]. 2009 [Consultado el 2 de Enero de 2017]; 163(12): 1122-1128. Disponible en: <http://europepmc.org/articles/PMC2898125>
23. Cano Padilla FJ, Molina Avilés AM, Enríquez López GM, Pérez Romero MA, Haro Lorente JM, Moya Sola M. CA 2-282: Efecto protector del uso del chupete en lactantes sobre el síndrome de muerte súbita del lactante. Revista Enfermería Docente. [Internet]. 2016 [Consultado el 20 de Enero del 2017]; 1(106):132. Disponible en: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/231/pdf_179
24. Rossato N. Lactancia materna y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. Arch. Argent. Pediatr. [Internet]. 2011 [Consultado el 16 de Enero de 2017]; 109(5): 387-390. Disponible en: http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia_y_prev_smsl.pdf
25. Jenik A, Ceriani Cernada JM. La alimentación a pecho como factor de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante: acuerdos y controversias. Arch.argent.pediatr. [Internet]. 2004 [Consultado el 3 de Enero de 2017]; 102(4):277-286. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000400008&lng=es
26. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2016 [Consultado en Marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
27. ABC.España, entre los países con la tasa más alta del mundo de nacimientos prematuros [Internet].2015 [Consultado el 27 de Marzo del 2017]. Disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abci-espana-entre-paises-tasa-mas-alta-mundo-nacimientos-prematuros-201511141351_noticia.html
28. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gac.Sanit. [Internet]. 2006 [Consultado en Marzo de 2017]; 20(1):25-30. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213911106714480/1-s2.0-S0213911106714480-main.pdf?_tid=b1d50218-1d6c-

[11e7-8342-00000aab0f6c&acdnat=1491774013_d146378382bfbf768de2f40006de9372](http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consumo-tabaco-durante-el-embarazo-13070863)

29. Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. Med. Clin. [Internet]. 2005 [Consultado en Marzo de 2017]; 124(3):86-92. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consumo-tabaco-durante-el-embarazo-13070863>
30. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Alonso B. Abandono del consumo de tabaco en las fumadoras gallegas durante el embarazo o lactancia, 1954-2004. Gac.Sanit. [Internet]. 2006 [Consultado en Marzo del 2017]; 20(5):392-395. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213911106715266/1-s2.0-S0213911106715266-main.pdf?_tid=4ff035c8-1d70-11e7-a447-00000aacb361&acdnat=1491775567_552491a3912b4042e1bfd4099025c024
31. Castellanos ME, Nebot M, Rovira MT, Paya A, Muñoz MI, Carreras R. Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. Aten. Primaria. [Internet]. 2002 [Consultado en Marzo de 2017]; 30(9):556-560. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656702791051/1-s2.0-S0212656702791051-main.pdf?_tid=6cf19be4-1d70-11e7-93fa-00000aab0f26&acdnat=1491775615_8038abd76e8e0b2ac71c3ec04987639d
32. Murez Mojica N, Mojica Blanco A, Tierra Burguillo MP. Educación para la salud como prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. [Internet]. 2016 [Consultado en Marzo del 2017]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-muerte-subita-lactante/>
33. Organización Mundial de la Salud. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. [Internet]. 2011 [Consultado en Marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
34. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva [Internet]. [Consultado en Marzo del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html
35. Romero Secades N. Prevalencia de factores de riesgo en el síndrome de muerte súbita del lactante. Recomendaciones. Cuidándote. [Internet]. 2015 [Consultado en Marzo de 2017]; 1-15. Disponible en: http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2015/Volumen10/Articulos/Prevalencia_de_factores_de_riesgo_en_el_sindrome_de_muerte_subita_del_lactante_Recomendaciones..pdf

ANEXOS

ANEXO 1. Tabla recomendaciones de nivel a de la Asociación Americana de Pediatría.

TABLA 1. Recomendaciones de nivel A de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) para un medio ambiente

1. *Posición para dormir siempre en decúbito dorsal*
2. *Usar una superficie firme de apoyo para dormir*
3. *Cohabitación pero sin compartir cama*
4. *Mantener objetos blandos y ropa de cama suelta alejados de la cuna*
5. *Cuidados prenatales adecuados y regulares*
6. *Evitar la exposición al tabaco durante la gestación y el periodo posnatal*
7. *Evitar el consumo de alcohol y de drogas ilícitas durante la gestación y el periodo posnatal*
8. *Alimentación a través del pecho materno*
9. *Considerar el uso de chupete durante el sueño*
10. *Evitar el sobrecalentamiento*

ANEXO 2. Encuesta

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS EN SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE:

El siguiente formulario forma parte de una investigación de la universidad de Valladolid.

Se responde de manera voluntaria y anónima, sin ningún ánimo de lucro, con la única intención de estudiar y mejorar la situación actual del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

Algunas de las preguntas se valorarán del 1 al 5:

- 1.** Totalmente en desacuerdo **2.** En desacuerdo **3.** Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.** De acuerdo **5.** Totalmente de acuerdo

1. Información general sobre el niño:

- Sexo:

- Peso:
- Talla:
- Edad:

2. ¿Tiene **hermanos**?

- Mayores
 - ¿con algún antecedente importante?

.....

- Menores

3. ¿Hubo algún **problema** durante...

- El **embarazo**?

- Si,
¿Cuál?.....
- No

- El **parto**?

- Si,
¿Cuál?.....
- No

4. Posición en la que duerme el niño en casa con más frecuencia:

- Boca arriba
- Boca abajo
- De lado

Las siguientes preguntas se valoran del 1 (totalmente en desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo), según se indicaba al inicio de la encuesta.

5. **Para la prevención de nuevos casos** del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante es importante la superficie sobre la que duerme el bebe:

1 2 3 4 5

Si su respuesta ha sido 4 ó 5, es decir, si da importancia a la superficie como método de prevención del Síndrome...

¿Qué tipo de superficie utilizaría para prevenir nuevos casos?

Blanda

Firme

6. **Es factor de riesgo** para el Síndrome de Muerte Súbita del **Lactante compartir la cama** para dormir con el bebe:

1 2 3 4 5

7. El niño habitualmente duerme en:

Habitación individual

Compartida con hermanos

Compartida con padres (en la misma cama)

Compartida con padres (En la cuna)

8. **Es factor de riesgo** para el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante la **presencia de juguetes y/o otros objetos sueltos** dentro de la cuna del bebe mientras este duerme:

1 2 3 4 5

9. **Es factor de riesgo no recibir los cuidados adecuados durante el embarazo:**

1 2 3 4 5

10. **Es factor de riesgo el consumo de tabaco** durante y después del embarazo:

1 2 3 4 5

11. Es **factor de riesgo el consumo de alcohol y drogas** durante y después del embarazo:

1 2 3 4 5

12. Respecto a la **alimentación**:

- ¿Toma pecho?

Sí, de manera exclusiva

- ¿hasta cuándo tiene pensado seguir con la lactancia materna?.....

No

- ¿Toma biberón?

Sí,

- ¿Desde cuándo?.....

No

13. ¿Considera importante la **lactancia materna** como **prevención** del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante?

1 2 3 4 5

14. Si su respuesta fue 4 ó 5, ¿por qué considera importante la lactancia materna?

.....
.....

15. Es **factor de riesgo el uso de chupete** durante el sueño:

1 2 3 4 5

16. Si su respuesta ha sido 4 ó 5 y por lo tanto lo considera factor de riesgo, ¿por qué piensa que lo es?

.....
.....

17. Es **factor de riesgo tapar demasiado al niño** para dormir:

1 2 3 4 5

18. ¿Anteriormente le dieron alguna instrucción sobre el cuidado y las posturas del bebe?

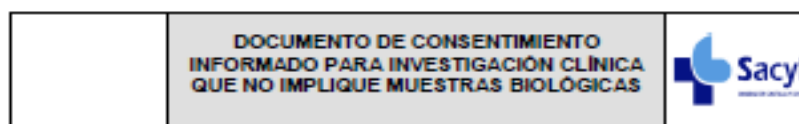
- Sí,
 - ¿Dónde? ¿Centro salud/hospital/guardería...?.....
.....
 - ¿qué profesional: enfermera, médico, personal no sanitario...?.....
- No

19. ¿Le gustaría recibir más información respecto al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante?

- Sí
- No

Si su respuesta es sí, puede dejar su correo:

ANEXO 3. Hoja informativa para las madres encuestadas



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE
NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS**

SERVICIO: UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. FACULTAD DE ENFERMERÍA

INVESTIGADOR RESPONSABLE: MARÍA PARDAL CALLE

**NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO:
EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL SÍNDROME DE MUERTE
SÚBITA DEL LACTANTE**

EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

Con el fin de disminuir el número de casos de síndrome de muerte súbita del lactante se pretende evaluar los conocimientos de los padres sobre el tema, para poder abordar a través de campañas sanitarias los errores que estos presenten y cubrir los déficits de conocimiento existentes en la población, mejorando la situación y evitando nuevos casos del Síndrome.

Los resultados de estos estudios ayudarán probablemente a mejorar o a considerar mejoras en el tema a estudio, aumentando el conocimiento de la población respecto al síndrome como medida preventiva para disminuir el número de casos.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria y anónima. Únicamente se evaluarán sus conocimientos sobre el tema a estudio.

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.



F) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el investigador principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Área de Salud correspondiente.

G) La falta de consentimiento no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.

H) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para mejorar los conocimientos de la población sobre el síndrome de muerte súbita del lactante.

I) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

ANEXO 4. Permisos comités éticos

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dña. ROSA M^ª CONDE VICENTE, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega, Área de Salud Valladolid Oeste



CERTIFICA:

Que este Comité ha tenido conocimiento del Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado: **“Evaluación de los conocimientos de las madres con hijos menores de 1 año de edad sobre el síndrome de muerte súbita del lactante”**, Código Interno CEIC: 11/17 y considera que:

Una vez evaluados los aspectos éticos del mismo, acuerda que no hay inconveniente alguno para su realización, por lo que emite **INFORME FAVORABLE**.

Este Proyecto de Investigación será realizado en el Hospital Universitario Río Hortega y C.S. Arturo Eyries, por la alumna, **D^ª María Pardal Calle**, siendo su tutor **D^ª Carolina González Hernando**.

Lo que firmo en Valladolid, a 8 de Marzo de 2017.

Fdo. Dña. Rosa M^ª Conde Vicente
Secretario CEIC



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 18 enero de 2017 y vista la solicitud presentada por:

D^a. MARIA PARDAL CALLE, alumna de Grado de la Facultad de Enfermería de Valladolid.

La tutora del TFG, doña Carolina González Hernando

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG, titulado: "Evaluación de los conocimientos de los padres sobre el síndrome de muerte súbita del lactante"

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito.

Valladolid, a 18 de enero de 2017

LA PRESIDENTA DE LA COMISION



Fdo.: M^a José Cao Torija



**COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE (CEIC-VA-ESTE-HCUV)**

Valladolid a 23 de febrero de 2017

En la reunión del CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE del 23 de febrero de 2017, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

| | | |
|-----------|---|---|
| PI 17-547 | ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS EN SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE. | I.P.: CAROLINA GONZALEZ HERNANDO EQUIPO: MARIA PARDAL CALLE ENFERMERÍA GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA. RECIBIDO: 16-01-2017 |
|-----------|---|---|

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.

ANEXO 5. Figura en relación a “madres que recibieron información prenatal frente a las que no lo recibieron” de entre las madres encuestadas.

