



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Síndrome de la muerte súbita del lactante. Grado de conocimiento sobre su prevención en madres de la provincia de Soria.

Estudiante: Sara Plaza de Pedro

Tutelado por: Sandra Ovejero de Pablo

Soria, 17 de julio de 2017

RESUMEN

Introducción: la muerte súbita del lactante se define como la muerte natural de un niño menor de un año de edad, que ocurre de forma brusca e inesperada, a la que no se encuentra explicación después de una evaluación minuciosa del caso. Aunque este suceso sea una de las principales causas de muerte infantil en los países desarrollados su etiología no está bien definida. Una de las teorías más estudiada es la teoría del triple riesgo. Se ha demostrado que algunas de las prácticas más favorecedoras de sufrir SMSL como dormir boca abajo, mantener una temperatura elevada en el dormitorio, utilizar colchones blandos y la presencia del hábito tabáquico en la madre son susceptibles de prevención.

Objetivo principal: valorar el nivel de conocimiento que poseen madres de la provincia de Soria sobre los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de sufrir la muerte súbita del lactante.

Metodología: para evaluar el nivel de conocimientos se realizó un estudio piloto transversal descriptivo a través del cual se confeccionó un cuestionario *ad hoc* de 10 cuestiones en las que se recogieron datos socio demográficos, sobre obtención de información y sobre los factores que aumentan y disminuyen el riesgo de que se sufra la muerte súbita del lactante.

Resultados y discusión: un 62,5% de la muestra afirma no haber obtenido ningún tipo de información sobre la prevención del SMSL. Los factores tanto de riesgo como protectores sobre los que mostraron más conocimientos positivos fueron la exposición al tabaco y el dormir sobre una superficie firme con un 100%.

Conclusiones: el 50% de las encuestadas obtuvo un nivel de conocimientos medio. Es necesaria una mayor difusión de información por parte del personal sanitario hacia los padres, tanto en el proceso de la gestación como después del nacimiento, a través de una educación sanitaria enfocada a la prevención de este fenómeno.

Palabras clave: muerte súbita del lactante, prevención, factores de riesgo, conocimientos maternos.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice.....	1
Listado de abreviaturas.....	2
1. Introducción.....	3
1.1. Epidemiología.....	3
1.2. Etiología.....	4
1.3. Factores de riesgo.....	5
1.3.1. Factores que incrementan el riesgo.....	5
1.3.2. Factores que disminuyen el riesgo.....	7
1.4. Campañas de prevención.....	7
2. Justificación.....	8
3. Competencias a desarrollar en el TFG.....	8
4. Objetivos.....	9
5. Metodología.....	9
6. Resultados y discusión.....	10
7. Conclusión.....	14
8. Bibliografía.....	15
9. Anexos.....	17
9.1. Tabla y gráficas.....	17
9.2. Cuestionario.....	19

LISTADO DE ABREVIATURAS

AAP: Academia Americana de Pediatría

AEP: Asociación Española de Pediatría

INE: Instituto Nacional de Estadística

LM: Lactancia materna

NICHD: Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano

MSL: Muerte súbita del lactante

SMSL: Síndrome de muerte súbita del lactante

UNIC: Unidad del Cuidado Intensivo Neonatal

1. INTRODUCCIÓN

La muerte súbita es *“una muerte natural que ocurre instantáneamente o dentro de la primera hora desde el comienzo de los síntomas, en un paciente con enfermedad previa conocida o sin ella, pero que en el momento y la forma de la muerte son totalmente inesperados”*.¹

Hay dos periodos en la vida en los que se centra la mayor incidencia de muerte súbita: en los primeros 6 meses de edad y entre los 35-70 años, en ambos grupos existe un predominio de varones.¹

Cuando este hecho ocurre durante el primer año de edad hablamos de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), denominada también muerte blanca o muerte en cuna, que se define como la muerte natural de un niño menor de un año de edad, que ocurre de forma brusca e inesperada, a la que no se encuentra explicación después de una evaluación minuciosa del caso. Esta evaluación incluye: autopsia completa, investigación del lugar de la muerte, revisión de la historia clínica y análisis de los antecedentes de enfermedades.²

Este fenómeno es una de las situaciones más traumáticas y desesperantes a la que los padres pueden enfrentarse, requiriendo asesoramiento psicológico y apoyo frente al dolor al que se ven expuestos. La reacción de cada familia varía según su cultura y creencias.³

1.1. EPIDEMIOLOGÍA

Alrededor del 90% de los casos de SMSL ocurre en los primeros 6 meses de vida, considerando especialmente crítica la etapa de los 2 a los 4 meses ya que es durante esta edad cuando el valor de hemoglobina es más bajo y por lo tanto el transporte de oxígeno es menor.^{4,5}

Hoy en día, el SMSL sigue siendo una de las principales causas de muerte para los niños entre un mes y un año en los países desarrollados, y los datos actuales sugieren que aproximadamente entre el 60-80% de estas muertes permanecen con autopsia negativa.¹ Se considera la primera causa de mortalidad infantil pos neonatal en los países desarrollados siendo responsable del 45,5% de las muertes infantiles.⁵

Entre los países desarrollados, las tasas de SMSL varían ampliamente; así, en los EE.UU este fenómeno es de 1 muerte entre 2000 nacidos, de entre 2 y 4 por cada 1000 en la Unión Europea y de entre 0,15 y 0,23 por cada 1000 en España. Estos datos se duplican cuando el peso del recién nacido oscila entre 1,500 kg y 2,500 kg.²

En los últimos años la tasa de prevalencia se ha estabilizado en la mayoría de los países, entre el periodo de 1990-2013 ha habido una disminución notable de las tasas de mortalidad por SMSL, desde 130,3 muertes por cada 10 mil nacidos vivos en 1990 hasta 26,8 en el 2013.^{6,7}

Hay un predominio del sexo masculino con un 50% de sobretasa respecto al femenino. La máxima incidencia se produce entre los dos y los tres meses de edad, siendo poco frecuentes los casos antes de las dos semanas de vida y después de los seis meses.^{6,7}

La gran mayoría de los casos ocurren entre la medianoche y las nueve de la mañana, por lo que suelen acontecer durante el sueño. También se ha visto una mayor incidencia en los

casos ocurridos en los meses más fríos y húmedos respecto a los más cálidos y secos en un 50%.⁶

1.2. ETIOLOGÍA

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas en torno a la patogenia del SMSL, los mecanismos fisiopatológicos que conducen a este cuadro siguen sin estar bien definidos.

Existen diferentes teorías que intentan explicar este fenómeno. Una de las más difundidas es la teoría que se basa en la hipótesis del triple riesgo, llevada a cabo por Filiano y Kidney, según la cual este hecho se produce por la interacción de tres factores: la vulnerabilidad del niño debido a los factores biológicos, el periodo crítico del desarrollo de los 2 a los 6 meses, periodo en el cual el control homeostático del niño no ha madurado por completo y en tercer lugar un factor externo de estrés desencadenante. Estos tres factores en conjunto conllevan a una mayor susceptibilidad de sufrir la muerte súbita.^{1,3}

Esta hipótesis va relacionada con el control cardiorrespiratorio en el que se producen cambios en el sistema respiratorio y el control autónomo. La alteración de la perfusión de oxígeno se produce por un factor estresor que causa asfixia e hipoperfusión cerebral. La vulnerabilidad del niño impide que esté en alerta por lo que este proceso va progresando. Esta asfixia va a producir un estado jadeante de apnea en el niño que finalmente puede dar lugar a la muerte.³

Muchos estudios también han intentado demostrar diferentes factores genéticos que se asocian a este fenómeno. Alguno de ellos son la disminución del sistema nervioso central, las canalopatías cardíacas, los errores innatos del metabolismo y las anomalías en el tronco cerebral relacionadas con las funciones autonómicas cardiorrespiratorias entre otras.¹

Tres de los factores que se han asociado a la susceptibilidad genética de estos individuos son: la apnea, la anemia y la infección.²

Apnea: la más estudiada es la apnea del sueño característica de la lactancia. También puede estar asociada a errores innatos del metabolismo. Otra de las causas puede ser las pausas respiratorias, las cuales se han detectados en los amagos de muerte súbita en los que los niños presentan apneas prolongadas, cianosis durante el sueño u obstrucción de las vías respiratorias y bradicardias.²

Anemia: el riesgo de anemia es menor en el nacimiento, más elevado entre los tres meses y nuevamente menor a partir del primer año. Esto ocurre porque entre los tres meses y el año de produce un aumento de la hemoglobina.²

La hemoglobina que se usa dentro del útero es diferente de la que luego usará el niño fuera, por lo que al nacer se produce una etapa de transición en la que la hemoglobina fetal es sustituida por la hemoglobina postnatal. Debido a que la oxigenación es mucho mayor en el niño que ya está fuera del útero, la síntesis de hemoglobina es menor que cuando estaba dentro, porque no se necesita tanta.²

Infección: aumenta entre los dos y los tres meses, coincidiendo con la disminución de anticuerpos maternos recibidos y también con el aumento de los contactos. Al aumentar la temperatura corporal aumenta el metabolismo basal y la demanda de oxígeno es mayor pudiendo producir la aparición de apnea.²

1.3. FACTORES DE RIESGO

Diversos factores de riesgo han sido identificados en numerosos estudios epidemiológicos, generalmente del tipo “casos y controles”. Por ello es importante el reconocimiento de los factores de riesgo para el SMSL y la adopción de medidas preventivas para disminuir el número de niños que mueren por causas naturales inexplicables.

Se ha demostrado que algunas de las prácticas más favorecedoras de sufrir SMSL como dormir boca abajo, mantener una temperatura elevada en el dormitorio, utilizar colchones blandos y la presencia del hábito tabáquico en la madre son susceptibles de prevención.

A continuación realizo una revisión de los diferentes factores que aumentan o disminuyen el riesgo.^{1-4, 6-11}

1.3.1. Factores que incrementan el riesgo

Estos factores se van a dividir en tres categorías: relacionados con madre, relacionados con el niño y relacionados con el ambiente.

Relacionados con la madre

Hábito tabáquico: el hábito de fumar en la madre es considerado un factor de riesgo importante y modificable, que mantiene una relación directa con la intensidad del hábito. Este hábito supone tanto un riesgo durante la gestación como después del nacimiento, en el que se produce una exposición pasiva del lactante al humo.¹

Se han demostrado unas mediciones elevadas de nicotina y metabolitos, lo que indica una gran exposición al tabaco en el momento de su muerte principalmente en aquellos que dormían con sus padres.³ Las respiraciones periódicas y las apneas aumentan en los niños con madres fumadoras. La nicotina afecta a los reflejos respiratorios durante el sueño produciendo episodios de hipoxia y apnea que pueden desencadenar en insuficiencia respiratoria.⁶

Es importante priorizar sobre el tabaquismo materno durante el embarazo y después del parto, y dar consejo antitabáquico desde la primera visita a ambos padres.

La edad de la madre: los lactantes de madres menores de 20 años de edad tienen un mayor riesgo de sufrir el SMSL. Cuando la madre tiene menos de 15 años el riesgo puede aumentar hasta 3 o 4 veces más.¹

Consumo de alcohol y drogas: está relacionado con la prematuridad y el bajo peso al nacer y con otras condiciones posnatales tales como el bajo nivel socioeconómico o con conductas de riesgo como el consumo de tabaco, el colecho, etc.^{1,8}

Colecho: las opiniones se dividen entre los que consideran al colecho como posible factor de prevención del SMSL y quienes, por el contrario, suponen que es contraproducente.

Durante el colecho, el lactante duerme en sincronía con su madre, se despierta con más facilidad y se evita el sueño profundo. Esta técnica también duplica la frecuencia de mamadas nocturnas y prolonga la duración de las mismas en un 40%, lo que ayudaría a la prevención del SMSL. Por otra parte mediante el colecho el lactante puede sufrir aplastamientos, sofocación, asfixia... pudiendo provocar su muerte.^{1,6}

Se desaconseja totalmente cuando los padres son fumadores o alcohólicos.

Otros factores: entre los factores que aumentan el riesgo también se han demostrado el bajo nivel socioeconómico y educativo, las complicaciones en la gestación y durante el parto, la multiparidad, intervalos breves durante embarazos, muertes fetales, abortos, antecedentes de muerte súbita, etc.¹

Relacionados con el niño

Antecedentes de hermanos fallecidos: se estima que el riesgo de sufrir SMSL teniendo antecedentes de hermanos fallecidos por la misma causa es 5 veces mayor que la incidencia en la población en general.⁶

Prematuridad y bajo peso al nacer: el riesgo aumenta hasta tres veces cuando se nace con un peso menor de 2,500 kg.^{1,6}

Gestaciones múltiples (gemelaridad): el riesgo se duplica frente a las gestaciones únicas. Relacionado con mayor incidencia de prematuridad y de bajo peso.^{1,6}

Falta de activación de los reflejos del lactante: suele producirse por la posición del decúbito prono en el que el lactante sufre una disminución de los reflejos protectores de las vías aéreas pudiendo producir apnea, hipoxia, anoxia y muerte.²

Otros factores que se han visto relacionados con el niño son lactantes con historia de apnea u otros problemas respiratorios, fallecimiento de hermano por SMSL, retraso en el crecimiento y sexo masculino entre otros.

Relacionados con el ambiente

Posición al dormir en decúbito prono: es considerado el primer factor de riesgo modificable. El decúbito prono durante el sueño se ha asociado fuertemente al SMSL en múltiples estudio de casos y controles. Por otro lado la posición de lado al dormir también supone un aumento del riesgo en 6,57 veces.⁶

Se debe recomendar la posición de decúbito supino hasta los 6 meses de edad en los cuales el lactante tiene más despertares nocturnos y de esta forma el riesgo disminuye.

El decúbito supino de asocia a casos de plagiocefalia postural por eso se recomienda colocar al lactante en posición prona solo en vigilia y con vigilancia de los padres.¹

Ambiente en el dormitorio: dormir sobre un colchón o superficie blanda se considera un factor de riesgo importante que combinado con la posición en decúbito prono aumentan el riesgo en un 21%. Se debe recomendar dormir sobre superficies firmes.

Dormir con objetos sueltos como almohadas, cojines, colchas, mantas, peluches o juguetes blandos supone un aumento del riesgo de hasta cinco veces ya que existe la posibilidad de que se produzca el ahogamiento o asfixia al cubrir la cabeza con estos objetos.^{1,6}

El sobrecalentamiento y el abrigo excesivo también suponen uno de los factores de más riesgo ya que se produce una disminución del centro respiratorio.⁶ En muchas ocasiones existe la creencia de que el lactante debe estar más abrigado que el adulto y no es así. Se debe evitar cubrir la cabeza del bebé con una manta o abrigarlo con demasiada ropa. Se les debe vestir con ropa adecuada al entorno y permanecer en una temperatura ambiente de entre 20 y 22°C. Es necesario saber evaluar algunas de las señales de sobrecalentamiento como la sudoración, la sensación de calor al tacto, las mejillas enrojecidas, las erupciones en la piel,

etc. Al aumentar la temperatura se puede producir la disminución de la actividad del centro respiratorio del niño.⁷

1.3.2. Factores que disminuyen el riesgo

Lactancia materna: se ha demostrado en muchos estudios de casos y controles que la lactancia materna (LM) disminuye el riesgo en un 50% frente a la lactancia artificial.^{1,9}

La lactancia materna actúa como agente protector. Esta protección produce mecanismos biológicos como la inducción mediante la LM a un sueño de fácil despertar y mecanismos inmunológicos, ya que la LM protege de infecciones.⁶ Se recomienda prolongar hasta los 6 meses ya que es el periodo de más riesgo.^{6,10}

Cohabitación: compartir la habitación sin compartir la cama se ha demostrado que disminuye el riesgo en un 50%. Se recomienda establecer la cuna en el dormitorio de los padres ya que de esta forma se produce un sueño superficial sincronizado con la madre y se previenen los posibles ahogamientos, estrangulamientos o sofocaciones que pueden producirse durante el colecho.^{1,6} Se desaconseja colocar peluches y juguetes dentro de la cuna para evitar que puedan taparse las vías respiratorias del lactante.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los bebés puedan ser llevados a la cama de sus padres para ser alimentados, pero deben ser devueltos a su cuna para dormir.⁷

Uso del chupete: el uso del chupete durante el sueño es una de las recomendaciones más recientes de la AAP.⁷ Tiene efecto protector y mantiene al lactante en un sueño superficial aumentando la capacidad de respuesta y manteniendo las vías aéreas permeables.

Se recomienda usar durante el primer año de vida y en la lactancia materna retrasar el uso del chupete después del primer mes para que no interfiera con la lactancia materna.^{1, 6,11}

Se aconseja: ofrecer al niño el chupete para dormir en todos los episodios de sueño durante el primer año, ofrecérselo al ponerlo a dormir en decúbito supino y no reintroducirlo en la boca una vez que el niño se haya dormido, si el niño no quiere el chupete, no forzarlo y no mojar el chupete en ninguna sustancia dulce.⁶

1.4. CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN

El avance más importante en la prevención de la MSL fue el descubrimiento de la relación del SMSL con la posición prono para dormir. Gracias al trabajo tanto de Beal y Finch como lo publicado por Guntherroth y Spiers en 1992 se descubrió que la disminución de la prevalencia de dormir en decúbito prono se veía acompañada de una disminución en la incidencia de la muerte súbita. Fue ante esta evidencia epidemiológica que a principios de los años 90 se empezaron a poner en marcha las campañas de prevención nacionales e internacionales recomendando la posición supina para dormir disminuyendo la incidencia en un 50% de 1992 a 2006.¹

En 1992, la Academia Americana de Pediatría llevó a cabo las primeras recomendaciones sobre la posición en decúbito supino para disminuir el riesgo de SMSL pero no fue hasta 1994 cuando el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) puso en marcha la campaña "*Back to Sleep*" para difundir el mensaje.¹²

En España las primeras campañas las promovieron un grupo de pediatras del País Vasco y de Navarra en 1993. En esta campaña se divulgaba a través de medios de comunicación locales la realidad sobre la muerte súbita y los factores de riesgo incluyendo la posición prona para dormir, el tabaquismo y el sobrecalentamiento. Tras llevarse a cabo esta campaña se produjo una disminución de los casos de MSL en un 50% en el País Vasco y en un 75% en Navarra.¹² En el año 2000 se puso en marcha en toda España una campaña de prevención por iniciativa de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en colaboración de Ministerio de Sanidad llamada “*Ponle a dormir boca arriba*” en la que se daban consejos de prevención como: acostar al niño boca arriba, dormir sobre colchones rígidos, no abrigar demasiado al bebé, mantener limpio el ambiente y promover la lactancia materna.¹²

Gracias a estas campañas se ha logrado reducir altamente la incidencia sobre la MSL mediante la divulgación de información sobre las medidas preventivas que reducen este riesgo.

2. JUSTIFICACIÓN

El SMSL es un problema universal siendo la primera causa de mortalidad posneonatal que produce tanto una alarma social como un importante impacto psicológico en los familiares. Se ha demostrado que los lactantes de padres cuyo nivel educativo es mayor tienen un menor riesgo de sufrir el SMSL. La obtención de información sobre este tema es un factor muy importante para lograr disminuir la muerte infantil por esta causa, es por ello que realizo este trabajo a través del cual llevo a cabo un cuestionario para valorar los conocimientos que poseen las madres sobre de los diferentes factores que aumentan o disminuyen el riesgo de sufrir el SMSL. Los resultados de esta encuesta también nos van a permitir valorar si es necesaria una mayor difusión de estos conocimientos o si por el contrario la difusión llevada a cabo hasta el momento ha sido eficaz.

3. COMPETENCIAS

Competencias transversales:

- C.T.3. Capacidad de análisis y síntesis.
- C.T.18. Capacidad para demostrar habilidades de investigación.
- C.T.19. Capacidad para desarrollar habilidades de gestión de la información.

Competencias específicas:

- C.E.10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
- C.E.14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.

4. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Analizar el nivel de conocimiento que poseen madres de la provincia de Soria sobre los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de sufrir la muerte súbita del lactante.

Objetivos intermedios

- Conocer los conocimientos que poseen las madres sobre la prevención de la MSL.
- Conocer la fuente de información de los conocimientos que poseen las madres sobre la prevención de la MSL.
- Analizar la necesidad de una mayor difusión de información por parte del personal sanitario sobre la prevención del SMSL.

5. METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio piloto transversal descriptivo en madres residentes en la provincia de Soria, del ámbito no sanitario, que tuvieran al menos un hijo menor de dos años de edad y que estuvieran dispuestas a participar.

Según el Instituto nacional de estadística (INE), durante el año 2016 se produjeron 626 nacimientos de madres residentes en Soria. Para realizar el pilotaje se utilizó una muestra de 16 madres.

Se ha elaborado un cuestionario *ad hoc* de 10 cuestiones en las que se recogen los datos socio demográficos de la muestra tales como la edad de la madre, el número de hijos y el nivel educativo. También se recogen datos sobre la obtención de información y el origen de la misma, así como de los factores que aumentan y disminuyen el riesgo de que se sufra la muerte súbita del lactante.

Las bases de datos y fuentes de información utilizadas tanto para la introducción como para la discusión han sido: Scielo, Pubmed –NCBI, Google Académico y libros. Se han empleado palabras claves tanto en español como en inglés: prevención muerte súbita, muerte súbita del lactante, factores de riesgo muerte súbita, knowledge, sudden infant death y prevention. El booleano utilizado fue “and”.

Al no encontrar estudios de gran similitud al aquí descrito, realizado en otro ámbito, y con el objetivo de comparar los resultados del estudio con otros autores, se realizó la búsqueda de estudios que reflejaran algunos parámetros coincidentes con los analizados en el presente trabajo o que tuvieran datos de interés.

Para analizar los datos obtenidos tras pasar el cuestionario de forma auto administrada y poder valorar el nivel de conocimientos adquiridos de la muestra del pilotaje, de la pregunta 9, sobre los factores que aumentan y disminuyen el riesgo de la MSL, a cada factor respondido correctamente en función de si aumentan, disminuyen o no influyen en el riesgo se le asignó una calificación de 1 punto y a la respuesta incorrecta 0 puntos pudiendo sumar un total de 14 puntos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta se clasificó el nivel de conocimiento en “*nivel de conocimiento alto*” de 13- 14 puntos, “*nivel de conocimiento medio*” de 10-12 puntos y “*nivel de conocimiento bajo*” menos de 10 puntos.

La encuesta se ha distribuido en el mes de mayo de 2017 durante el estudio de campo, de forma presencial, en la provincia de Soria de forma anónima y voluntaria. Finalmente se obtuvo una muestra cuantitativa de 16 encuestas.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos que se confeccionó al efecto en Microsoft Excel. El análisis de los datos se presenta en tablas y gráficas para mejor comprensión.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez obtenido los datos, se empezó comparando las muestras escogidas según los datos socio demográficos de la madre tales como la edad, el nivel de conocimientos y el número de hijos, y según la información que habían obtenido basándonos en si había obtenido información y donde la habían obtenido.

De las 16 madres encuestadas el 87,5% (n=14) tenían entre 30 y 39 años, el 6,25% (n=1) entre 20 y 29 años y el otro 6,25% (n=1) tenían más de 40; ninguna de ellas era menor de 20 años. Con respecto al nivel de escolarización el 75% (n=12) de la muestra había cursado estudios superiores, el 12,5% (n=2) estudios secundarios y el 12,5% (n=2) restante estudios primarios. El 100% (n=16) de las encuestadas eran madres de un solo hijo.

El 75% (n=12) de la muestra afirma saber lo que es el SMSL, el 18,75% (n=2) no está seguro, y el 6,25 (n=1) no sabe lo que es.

Por otro lado, el 37,5% (n=6) de las madres habían sido previamente informadas sobre la prevención del SMSL frente al 62,5% (n=10) que no habían obtenido ningún tipo de información, por lo que se deduce que el nivel de divulgación de la información por parte del personal sanitario sobre este tema es bajo. Otros autores como Latorre et al (2016) en Colombia también obtuvieron resultados similares; en su investigación el 53% de los cuidadores afirmaron haber escuchado sobre el SMSL y solo el 31% refirieron haber recibido recomendaciones de cómo evitarlo, sobre todo de médicos y profesionales del sector salud.¹³

Respondiendo al segundo objetivo intermedio, las fuentes donde habían obtenido la información fueron: consulta de pediatría (n=3), hospital (n=2), familiares (n=2), amigos (n=3) y otras como televisión, internet o libros (n=3).

Estos resultados evidencian la escasa obtención de conocimientos sobre prevención del SMSL por parte de las madres encuestadas. Conocimientos basados en la educación que podría ser ofertada por los equipos de atención primaria: matronas durante la gestación y por enfermería y medicina pediátrica después del nacimiento.

Casi el total de la muestra, con un 93,5% (n=15), cree que podría haber recibido más información.

En la **tabla 1** se muestra que del 75 % (n=12) que había acudido a educación maternal solo el 41,65% (n=5) había sido informada sobre el SMSL siendo un 31,25% (n=5) de la

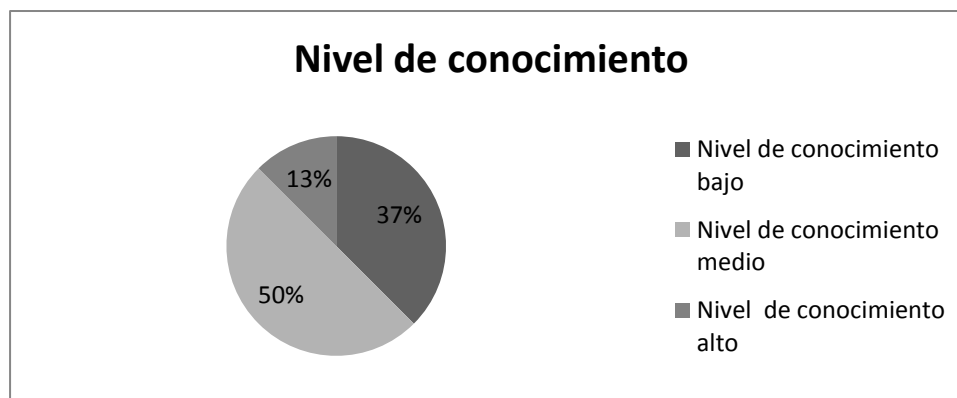
muestra total. Así que aunque las madres habían tenido contacto y disposición a informarse no se utilizó este espacio de aprendizaje para informarles de forma sistemática o protocolizada.

Tabla 1. Obtención de información en educación maternal

Acude a educación maternal	n	%	Han sido informadas sobre el SMSL	n	%	% Muestra total
Sí	12	75	Sí	5	41,65	31,25
			No	7	58,35	43,75
No	4	25	Sí	1	25	6,25
			No	3	75	18,25

Para valorar el nivel de conocimiento de las participantes sobre los factores que aumentan y disminuyen el riesgo de la MSL se puntuó los aciertos con un punto y los fallos con cero puntos. Finalmente se decidió descartar el factor del colecho ya que las opiniones de los autores se dividen entre los que creen que actúa como un factor protector y los que por el contrario creen que es contraproducente.

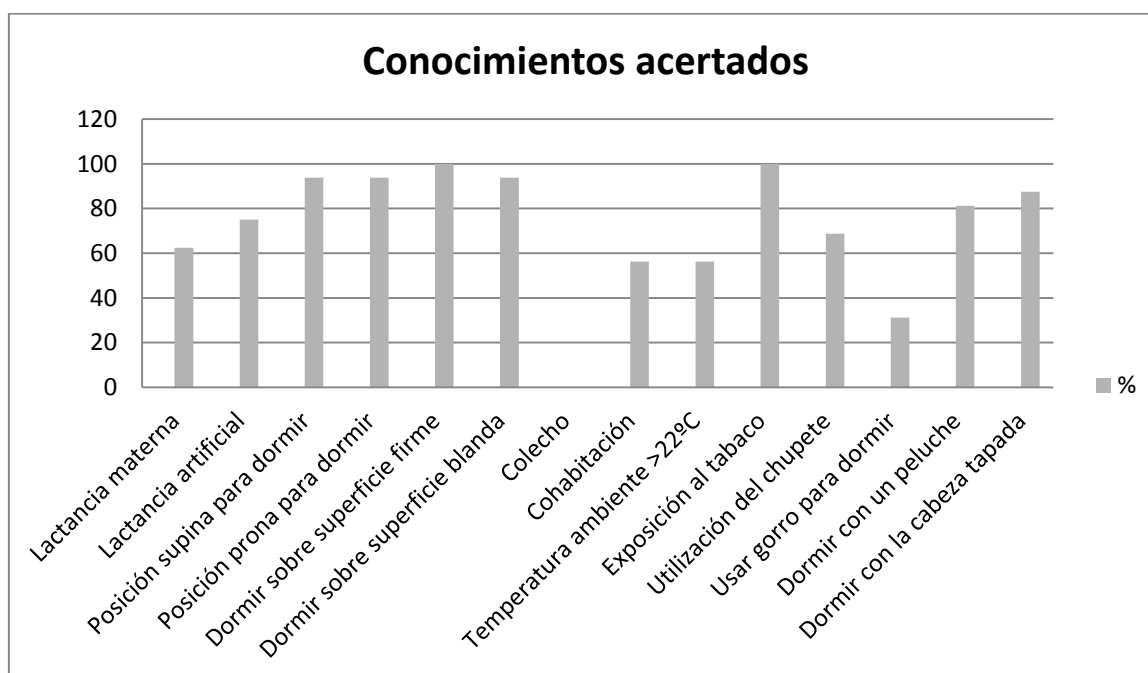
La **gráfica 1** nos muestra nuestro objetivo principal, analizar el nivel de conocimiento de las participantes. El 37,5% (n=6) poseía un nivel de conocimiento bajo, el 50% (n=8) un nivel de conocimiento intermedio, y el 12,5% (n=2) un nivel de conocimiento alto.



Gráfica 1. Nivel de conocimiento

La **gráfica 2** nos responde a nuestro primer objetivo intermedio en el que queremos conocer los conocimientos que poseen las madres sobre la prevención de la MSL, por tanto, en esta gráfica se muestran las nociones correctas que tienen las madres para cada factor. Los factores tanto de riesgo como protectores que mostraron más conocimientos positivos fueron la exposición al tabaco y el dormir sobre una superficie firme con un 100% (n=16), las diferentes posiciones para dormir, supina y prona, ambas con un 93,75% (n=15) y dormir sobre una superficie blanda con otro 93,75% (n=15). Por otro lado, los factores de los cuales se demostró que tenían más desconocimiento fueron usar el gorro a la hora de dormir con unas respuestas correctas del 31,25% (n=5), la cohabitación con un 56,25% (n=9) y la temperatura ambiente >22°C con otro 56,25% (n=9). Hay que destacar también que la lactancia materna

siendo una de los mayores factores protectores frente al SMSL haya sido elegido solo por un 62,5% (n=10) de la muestra como un factor protector.



Gráfica 2. Resultados de la encuesta con respecto a algunos factores de riesgo asociados a síndrome infantil de muerte súbita

Como hemos dicho anteriormente, Beal y Finch llevaron a cabo uno de los descubrimientos más importantes sobre la prevención de la MSL, la posición en decúbito supino como elección más segura para dormir.

Un artículo llevado a cabo por Crane y Ball (2015) en Reino Unido, muestra, al igual que nuestro estudio, que casi el 100% de las madres llevaban a cabo la posición de decúbito supino.¹⁴ El 69% de los padres encuestados por Chung (2012) creía que la posición supina para dormir era la más segura.¹⁵ Por el contrario, Roldán et al (2009), en el Hospital Sta. María del Rosell de Cartagena en Murcia, destacan la elección de las madres de la posición en decúbito lateral para acostar al recién nacido en un 39,8% de los casos dejando la elección de decúbito supino sólo en un 60,2%.¹⁶

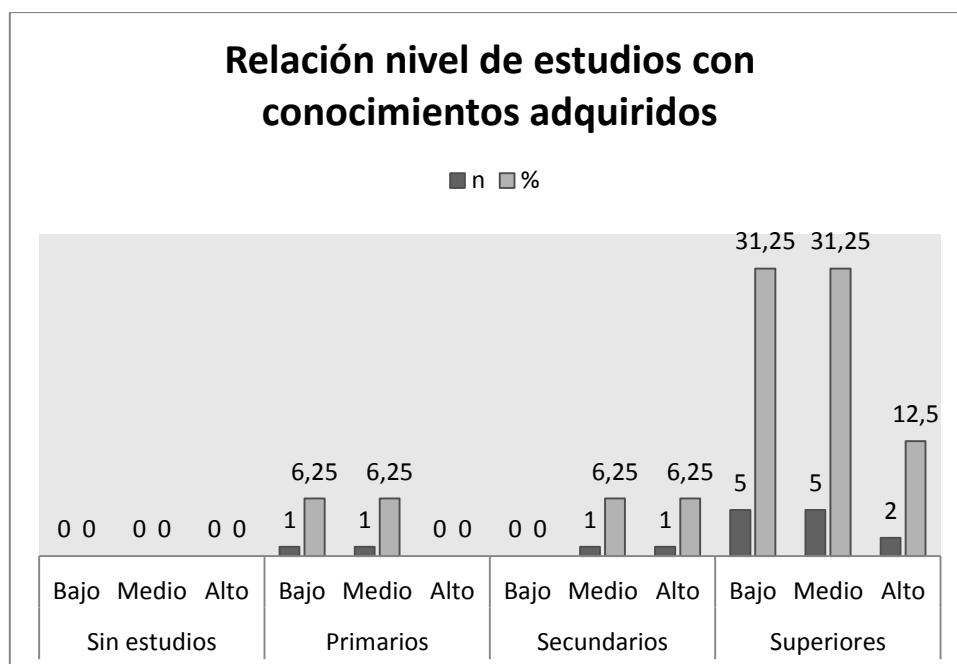
Aunque la posición supina debe ser recomendada como factor protector, existen numerosos estudios que muestran un conflicto directo en la práctica docente sobre las recomendaciones dadas en la campaña “*Back to Sleep*”. Haciendo referencia al artículo citado anteriormente, Latorre et al (2016) en Colombia, se muestra que el personal sanitario recomendó solo la posición supina al 21% de los participantes, recomendando mejor la posición de lado en un 61% para evitar que se ahogue y se produzca bronco aspiración.¹³ Aris et al (2006), en Nueva York, determinaron que las enfermeras que formaban parte de la Unidad del Cuidado Intensivo Neonatal (UNIC), recomendaban tras el alta la posición supina solo en un 52% de los casos.¹⁷ Por último, Moon et al (2012) en Carolina del Norte concluye con que muchos de los médicos que tenían a cargo a los bebés no son conscientes de las

recomendación más reciente de la AAP para la posición del sueño y recomiendan incorrectamente la posición lateral.¹⁸

Todos estos artículos muestran la escasa información que posee el personal sanitario en diferentes áreas demográficas, lo que hace ver una necesidad ya no solo de llevar a cabo una mejor educación sanitaria a los padres, sino también de realizar una mejor formación sobre las recomendaciones de la AAP y AEP al personal sanitario encargado de educar a los cuidadores.

Uno de los factores de riesgo es el bajo conocimiento que se ha visto relacionado con aquellas madres que tiene menos de 20 años de edad. Al no haber participado ninguna madre de dicha edad en este estudio no se ha podido valorar dicha relación. Sin embargo existe un artículo en el que investiga las prácticas, conocimientos, actitudes y creencias sobre la MSL en las madres adolescentes menores de 20 años. Caraballo et al (2016) determinan que la mayoría de las adolescentes conocían muchas de las recomendaciones de la AAP para el sueño infantil, no obstante la adherencia con las prácticas de sueño seguro era pobre, demostró que muchas de ellas no llevaban a cabo dichas recomendaciones debido a que preferían seguir el consejo de sus madres y hacer caso a su propio instinto, los cuales en muchas ocasiones era contradictorio a los consejos del personal sanitario.¹⁹

Otro de los factores que se han intentado valorar es la relación entre el nivel de estudios de las participantes y los conocimientos que poseen, pero en la **gráfica 3** se puede observar que al ser una muestra tan pequeña no se aprecia una clara relación entre dichos factores ya que la relación que se muestra es de 1:1.



Gráfica 3. Relación nivel de estudios con conocimientos.

Aunque en esta investigación no se haya podido demostrar dicha relación, volviendo a hacer referencia a Latorre et al (2016) en Colombia, al tener una mayor muestra de participantes sí que se verifica que a mayor formación educativa mayor conocimientos tienen

del SMSL, de modo que los bebés cuidados por personas de menor nivel educativo son quienes más riesgo presentan.¹³

7. CONCLUSIONES

1. Los resultados de la encuesta muestran que las madres de la provincia Soria poseen un conocimiento medio sobre los factores que aumentan y disminuyen el riesgo de la MSL.

2. Los conocimientos más afianzados que poseen las madres sobre la prevención de esta MSL son el tabaco como factor de riesgo, y dormir sobre una superficie firme como factor protector. En un segundo lugar, con también un alto porcentaje, escogen la posición supina para dormir como factor protector y la posición prona como factor de riesgo. Muchos de estos conocimientos adquiridos coinciden con las recomendaciones llevadas a cabo en España tanto en los años 90 como a principios del nuevo siglo en los que a través las campañas de prevención se fomentaron medidas preventivas tales como el dormir boca arriba y en superficie firme, evitar el tabaquismo, o fomentar la lactancia materna entre otros. Este último factor no se ha visto reflejado en los conocimientos de una forma eficaz.

3. Las fuentes de información sobre estos conocimientos han sido muy escasas. Un muy bajo porcentaje de la muestra reconoce haber recibido información. Entre las procedencias de información encontramos las consultas de pediatría, el hospital, los amigos y los familiares.

4. Estos datos hacen deducir la necesidad de una mayor difusión de información por parte del personal sanitario hacia los padres, tanto en el proceso de la gestación como después del nacimiento, a través de una educación sanitaria enfocada a la prevención de este fenómeno ya que se ha visto una alta demanda de conocimientos por parte de las madres encuestadas. De esta manera, se ayudaría a disminuir la incidencia de la MSL.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Izquierdo Macián M. Libro Blanco de la muerte súbita infantil. 3rd ed. Madrid: Ergon Creación, S.A; 2017. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf
2. Aguilar Cordero M, Agudo Tirado M. Tratado de enfermería infantil. 1st ed. Barcelona: Editorial Océano; 2003.
3. Morales Rúa E, Zambrano Pérez C, Latorre Castro M. Síndrome infantil de muerte súbita: revisión y ampliación de recomendaciones. SCP [Internet]. 2017;14(3):6-20. Disponible en: http://www.scp.com.co/MUERTE_SUBITA/4.pdf
4. de Luca F, Gómez-Durán E, Arimany-Manso J. Paediatricians' Practice About SUDDEN Infant Death Syndrome in Catalonia, Spain. Maternal and Child Health Journal. 2017. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-016-2225-4>
5. Elena Rosato, N. Síndrome de la muerte súbita del lactante. De la teoría a la práctica diaria. 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
6. Sánchez Ruiz-Cabello F, Ortiz González L. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1): factores de riesgo. *Pediatría Atención Primaria*. 2013;15(60):361-370. Disponible en: http://www.pap.es/files/1116-1705-pdf/pap60_17.pdf
 7. Quirós González G, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. Muerte Súbita del Lactante. *Med leg Costa Rica [Internet]*. 2016;33(1) : 44-46. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100044
 8. Magri R, Minguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A et al. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch Pediatr Urug [Internet]*. 2007;78(2) : 122-132. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492007000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
 9. Vennemann M, Thompson J, Tanabe K, Moon R, Hauck F. Breastfeeding and reduced risk of Sudden Infant Death Syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics [Internet]*. 2011;128(1):103-110. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21669892>
 10. Lactancia materna y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. *Arch argent pediatr [Internet]*. 2011 [cited 4 July 2017];109(5). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000500003
 11. Hauck F. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. *PEDIATRICS [Internet]*. 2005;116(5):e716-e723. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/5/e716>
 12. Olivera Olmedo J, Aznal Sainz E, Labayru Echevarría M. Campañas preventivas que han rebajado la incidencia de la muerte súbita del lactante. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL) LIBRO BLANCO [Internet]. 2nd ed. Madrid; 2017. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Grupo-de-Trabajo-de-AEP.-Muerte-S%C3%BAbita-del-Lactante-SMSL.-Libro-Blanco.2003.pdf>
 13. Latorre-Castro M, Zambrano-Pérez C, Carrascal-Gordillo C. Síndrome infantil de muerte súbita: el riesgo que afrontan los lactantes en Bogotá, D.C., Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina [Internet]*. 2016;64(4):665-70. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00665.pdf>
 14. Crane D, Ball H. A qualitative study in parental perceptions and understanding of SIDS-reduction guidance in a UK bi-cultural urban community. *BMC Pediatrics [Internet]*. 2016;16(1). Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0560-7>
 15. Chung-Park M. Knowledge, Opinions, and Practices of Infant Sleep Position Among Parents. *Military Medicine [Internet]*. 2012;177(2):235-239. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22360073>

16. Roldán-Chicano M, García-López M, Blanco-Soto M, Vera-Pérez J, García-Ros J, Cebrián-López R. Prevalencia de factores de riesgo modificables en el diagnóstico de enfermería: riesgo del síndrome de la muerte súbita del lactante. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2009;19(3):107-114. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109000473>
17. Aris C, Stevens T, Lemura C, Lipke B, McMullen s, Côté-Arsenault d et al. Nicu nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of sids. *Advances in Neonatal Care* [Internet]. 2006;6(5):281-294. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17045948>
18. Moon R, Gingras J, Erwin R. Physician Beliefs and Practices Regarding SIDS and SIDS Risk Reduction. *Obstetrical & Gynecological Survey* [Internet]. 2012;58(1):8-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12166790>
19. Caraballo M, Shimasaki S, Johnston K, Tung G, Albright K, Halbower A. Knowledge, Attitudes, and Risk for Sudden Unexpected Infant Death in Children of Adolescent Mothers: A Qualitative Study. *The Journal of Pediatrics* [Internet]. 2016;174:78-83.e2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27113377>

9. ANEXOS

Tabla 2

Tabla 2. Datos sociodemográficos de la madre: edad, nivel de conocimientos y nº de hijos.

Datos socio demográficos de la muestra		n	%
Edad (años)	<20	0	0
	20-29	1	6,25
	30-39	14	87,5
	>40	1	6,25
Nivel de escolarización	Estudios primarios	2	12,5
	Estudios secundarios (Bachillerato/Formación profesional)	2	12,5
	Estudios superiores (Universitarios/Formación profesional superior)	12	75
	Sin estudios	0	0
Nº de hijos	1	16	100
	2	0	0
	3	0	0
	>3	0	0

Tabla 3

Tabla 3. Obtención y origen de la información

Información Obtenida		n	%
Sabe lo que es el SMSL	Sí	12	75
	No	1	6,25
	No está segura	3	18,75
Ha obtenido información sobre la prevención	Sí	6	37,5
	No	10	62,5
Procedencia de obtención de la información	Consulta de pediatría	3	18,75
	Hospital	2	12,5
	Familiares	2	12,5
	Amigos	3	18,75
	Otros	3	18,75
Acude a educación maternal	Sí	12	75
	No	4	25
Cree que podría haber recibido más información	Sí	15	93,75
	No	1	6,25

Tabla 4

Tabla 4. Nivel de conocimiento

Resultados	n	%
Nivel de conocimientos bajo	6	37,5
Nivel de conocimientos medio	8	50
Nivel de conocimientos alto	2	12,5

Tabla 5

Tabla 5. Número de acierto de cada factor

Factores	n	%
Lactancia materna	10	62,5
Lactancia artificial	12	75
Posición supina para dormir	15	93,75
Posición prona para dormir	15	93,75
Dormir sobre superficie firme	16	100
Dormir sobre superficie blanda	15	93,75
Colecho	Descartado	
Cohabitación	9	56,25
Temperatura ambiente >22°C	9	56,25
Exposición al tabaco	16	100
Utilización del chupete	11	68,75
Usar gorro para dormir	5	31,25
Dormir con un peluche	13	81,25
Dormir con la cabeza tapada	14	87,5

Tabla 6

Tabla 6. Relación nivel de estudios con conocimientos

Estudios	Nivel de conocimiento	n	%
Sin estudios	Bajo	0	0
	Medio	0	0
	Alto	0	0
Primarios	Bajo	1	6,25
	Medio	1	6,25
	Alto	0	0
Secundarios	Bajo	0	0
	Medio	1	6,25
	Alto	1	6,25
Superiores	Bajo	5	31,25
	Medio	5	31,25
	Alto	2	12,5

Cuestionario sobre el conocimiento que poseen las madres de los factores que aumentan y disminuyen el riesgo de la muerte súbita del lactante.

Mi nombre es Sara Plaza de Pedro y soy alumna de 4º curso del Grado en Enfermería en la Facultad de Soria de la Universidad de Valladolid. Me dirijo a usted solicitándole su colaboración para participar en un estudio de investigación, que será mi Trabajo Fin de Grado, cuyo objetivo es evaluar el grado de conocimiento que tienen las madres sobre los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de que los lactantes sufran el síndrome de muerte súbita, ya que la importancia de saber cómo prevenir este hecho influye en la supervivencia del lactante. Por ello, le agradecería que rellenara el siguiente cuestionario que no le llevará más de 5 minutos. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, no tiene obligación de participar. Su cumplimentación y entrega implica su consentimiento para participar en el estudio. El cuestionario es anónimo, garantizando en todo momento la confidencialidad de las respuestas. Muchas Gracias

1. ¿A qué edad tuvo o va a tener su primer hijo?
 - < 20 años
 - Entre 20 y 29 años
 - Entre 30 y 39 años
 - >40 años

2. ¿Cuál es su nivel de estudios?
 - Estudios primarios
 - Estudios secundarios (Bachillerato/Formación profesional)
 - Estudios superiores (Universitarios/Formación profesional superior)
 - Sin estudios

3. ¿Sabe lo que es la muerte súbita del lactante?
 - Sí
 - No
 - No estoy segura

4. ¿Cuántos hijos tiene?
 - 1
 - 2
 - 3
 - >3

5. ¿Le han informado sobre cómo prevenir la muerte súbita del lactante?
 - Sí
 - No

6. ¿En caso de que en la pregunta anterior haya respondido “sí” podría indicar de que fuente obtuvo la información?
- Consulta de pediatría
 - Hospital
 - Familiares
 - Amigos
 - Otros: _____
7. ¿Ha acudido alguna vez a alguna charla informativa de educación maternal?
- Sí
 - No
8. ¿Conoce alguno de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de sufrir la muerte súbita del lactante?
- Sí
 - No
9. Indique con una X si cree que los siguientes factores aumentan, disminuyen o no influyen en el riesgo de que el lactante pueda sufrir el síndrome de la muerte súbita del lactante.

FACTORES	AUMENTA EL RIESGO	DISMINUYE EL RIESGO	NO INFLUYE
Lactancia materna			
Lactancia artificial			
Posición al dormir hacia arriba			
Posición al dormir hacia abajo			
Dormir sobre superficie firme			
Dormir sobre superficie blanda			
Colecho *			
Cohabitación*			
Temperatura ambiente >22°C			
Exposición al tabaco			
Utilización del chupete			
Usar gorro para dormir			
Dormir con un peluche			
Dormir con la cabeza tapada			

***Colecho:** dormir en la misma cama que los padres.

***Cohabitación:** dormir en la misma habitación que los padres sin compartir la cama.

10. ¿Cree que podría haber recibido más información sobre la prevención de la muerte súbita del lactante?
- Sí
 - No