

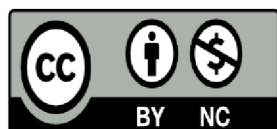
Federico Romeau, María Asunción

# Conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro en madres usuarias de la unidad neonatal, en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los meses de febrero y marzo de 2022

2022

*Instituto: Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Enfermería*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución – no comercial 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Federico Romeau, M. A. (2022). *Conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro en madres usuarias de la unidad neonatal, en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los meses de febrero y marzo de 2022* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche] Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro en madres usuarias de la unidad neonatal, en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los meses de febrero y marzo de 2022.

Estudiante: María Asunción Federico Romeau

Enfermera universitaria

Directora de Tesina: Prof. Lic. Mariela Nievas

Fecha: 18 de julio del 2022

## *Agradecimientos*

Mis agradecimientos en primera instancia son para la institución que me dio la oportunidad de acceder a una educación universitaria, siendo primera generación de mi familia con título universitario, al cuerpo de docentes de alto nivel que me han guiado en la formación y me brindaron las herramientas necesarias para ser un profesional con criterio y ética profesional, orientando mis cuidados enfermeros a brindar una práctica de calidad y humanizada. Y por último agradecer a mi familia la cual me acompañó en todo este camino de formación.

# Índice

## **Agradecimientos**

Introducción	1
Planteo del problema científico	2
Objetivos del estudio	3
Marco teórico	4
Factores de riesgo en la muerte súbita del lactante	5
Prevención de la muerte súbita	5
Recomendaciones para el sueño seguro	6
El lugar para dormir	6
Posiciones para dormir	7
Cigarrillo	9
Chupete y síndrome de muerte súbita del lactante	10
Embarazo y síndrome de muerte súbita del lactante	13
Consumo de drogas ilícitas, alcohol y síndrome de muerte súbita del lactante	14
Epidemiología	15
Teorías Etiopatogénicas	16
Estrategia metodológica	17
Operalización de variables	19
Contexto del análisis	21
Resultados	22
Conclusiones	35

Sugerencias	38
Bibliografía	39
Anexos	40
Características que debe tener el chupete	41
Recomendación para el equipo de salud sobre el uso del chupete	41
Recomendación para los padres sobre el uso del chupete	42
Recomendación para los padres sobre el sueño seguro del bebé	42

## **Introducción**

El presente trabajo de investigación fue desarrollado para la obtención del título de Licenciada en Enfermería y será otorgado por la Universidad Nacional Arturo Jauretche. El mismo se desarrolla en un hospital de agudos de la ciudad de Buenos Aires, específicamente en la unidad neonatal. El tema de investigación es conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro en madres usuarias de la unidad neonatal, en un hospital general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los meses de febrero y marzo de 2022. El comité de la asociación argentina de pediatría denomina síndrome de muerte súbita del lactante (en adelante, SMSL) al fallecimiento de un niño menor de un año que permanezca inexplicable luego de una minuciosa investigación que incluya la realización de una autopsia completa, el examen de la escena de la muerte y la revisión de la historia clínica del niño. Su frecuencia es mayor entre los 2 y los 4 meses de edad. La etiología del SMSL permanece desconocida, constituyendo la principal causa de mortalidad post neonatal en los países desarrollados.

Para la realización del mismo se utilizó como herramienta de recolección de datos una encuesta que proporcionó datos que determinan la problemática, también está determinado por objetivos, estrategias, presentación de datos, conclusiones y sugerencias.

## **Planteo del problema científico**

La permanencia de las madres durante una larga estancia en la unidad neonatal, debiera ser una oportunidad para asegurar que, al momento del alta conjunta, estén en condiciones de proveer cuidados para prevenir los riesgos de muerte súbita del lactante, mediante prácticas relacionadas al sueño seguro.

Quienes trabajan con niños y sus familias pueden afirmar que no existe mayor tragedia que la pérdida de un hijo. Asumir esta pérdida, cuando no hay explicación aparente, es especialmente difícil, aún más, cuando no se han incorporado prácticas para el cuidado del sueño del bebé que disminuyan el riesgo de fallecimiento por el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante(SMSL) o la asfixia accidental (Jenik, A. 2001.).

Es por ello que en este estudio se plantea el siguiente interrogante ¿Qué conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro poseen las madres usuarias de la unidad neonatal, en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los meses de Febrero y Marzo de 2022?

## **Objetivos del estudio**

### **Objetivo General**

Describir los conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro en madres usuarias de la unidad neonatal, en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los meses de febrero y marzo de 2022.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar la muestra según las variables: edad, nivel de escolaridad, ubicación geográfica y tiempo de permanencia en la unidad neonatal.
- Identificar la existencia de conocimientos relacionados al concepto de SMSL, colecho y cohabitación presente en la muestra.
- Detectar áreas de vacancia en los conocimientos necesarios para la prevención de riesgos de SMSL presentes en las madres.
- Indagar sobre factores de riesgo prenatales en las usuarias encuestadas.
- Determinar el origen de los conocimientos que presentan las unidades de análisis.



## **Marco teórico**

### **Muerte súbita del lactante**

Se denomina síndrome de muerte súbita del lactante (en adelante, SMSL) al fallecimiento de un niño menor de un año que permanezca inexplicable luego de una minuciosa investigación que incluya la realización de una autopsia completa, el examen de la escena de la muerte y la revisión de la historia clínica del niño. (Comité de la SAP, 2000, p. 239)

Su frecuencia es mayor entre los 2 y los 4 meses de edad. La etiología del SMSL permanece desconocida, constituyendo la principal causa de mortalidad pos neonatal en los países desarrollados. (Comité de la SAP, 2000, p. 239)

Muerte súbita inesperada, en cambio, es un término más amplio que se utiliza para describir toda muerte súbita (incluye el término SMSL). Luego de la investigación pertinente (autopsia, escena de la muerte y análisis de la historia clínica) puede concluirse que la causa de esta muerte inesperada fue sofocamiento, asfixia, infección, aspiración, enfermedades metabólicas, lesiones (intencionales o no) u otras, o bien tratarse de un SMSL. (Ministerio de salud, 2015, p.6)

Recientemente y a partir de la asignación de la causa de muerte en los certificados de defunción utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), Taylor et al. han utilizado la categoría muerte súbita inesperada infantil (en adelante, MSII) o SUDI por sus siglas en inglés (sudden unexpected death in infancy), que contiene el SMSL con el código R95 e incluye, además, el sofocamiento y el estrangulamiento accidental en la cama (W75), las muertes infantiles por inhalación del contenido gástrico (W78), la inhalación e ingestión de alimentos que causan obstrucción del tracto respiratorio (W79), los casos con diagnósticos alternativos de enfermedades naturales o antinaturales equívocos, incluidos aquellos en los que no se realizaron autopsias (R96), las

muertes sin asistencia (R98) y otras causas de mortalidad mal definidas y no específicas (R99). Con esta propuesta, quedan excluidas las causas claramente médicas (infecciones, trastornos metabólicos, arritmias, anomalías congénitas) o forenses (traumas o lesiones), incluso si estas se presentan, inicialmente, como MSII.

## **Factores de riesgo en la muerte súbita del lactante**

***Factores sociales:*** es más frecuente en personas de bajos niveles educacional y bajos ingresos económicos y en las cuales varias personas comparten un mismo cuarto para dormir. (Comité de la SAP, 2000, p. 239)

***Factores Maternos:*** la edad materna menor a 20 años en el primer embarazo, el intervalo intergenésico corto y la falta de cuidado prenatal triplican el riesgo de SMSL, independientemente del peso de nacimiento del bebé. El antecedente de una madre con una muerte intrauterina o postnatal aumenta el riesgo. (Comité de la SAP, 2000, p. 239)

***Factores Perinatales:*** los factores perinatales que aumentan el riesgo de SMSL son:

- Peso de nacimiento menor a 2.500gr
- Edad gestacional menor a 38 semanas
- Retraso del crecimiento intrauterino (en adelante, RCIU), (< 10° percentil).
- Madre soltera.
- Partos múltiples.
- Admisión en terapia intensiva neonatal. (Comité de la SAP, 2000, p. 239)

## **Prevención de la muerte súbita**

### **Sueño seguro.**

El sueño seguro contribuye a un adecuado desarrollo físico y emocional, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante. (Ministerio de desarrollo social, 2020, párr. 2)

Además, es una oportunidad para establecer rutina de cuidados y buenas prácticas de crianza: un horario regular, un baño antes de dormir, una canción de cuna o un relato breve. (Ministerio de desarrollo social, 2020, párr. 3)

## **Recomendaciones para el sueño seguro**

- Acostar al bebé boca arriba y siempre apoyado sobre su espalda. Esta posición no implica riesgo de ahogamiento.
- Los brazos del bebé deben quedar por arriba de las sábanas o ropa de cama.
- Es importante asegurarse que su cabeza siempre quede descubierta. (Ministerio de desarrollo social, 2020, párr. 4)

## **El lugar para dormir**

Es aconsejable que el bebé tenga su propia cuna o moisés, no es conveniente que duerma en huevitos o cochecitos. Si el bebé duerme con personas adultas, se deben tener en cuenta cuidados necesarios para que el mismo no corra riesgo de asfixia. Es recomendable que el bebé duerma hasta los 6 meses en la misma habitación que las personas adultas a cargo de la crianza, en su propia cuna o moisés. (Ministerio de desarrollo social, 2020, párr. 5)

Los barrotes de la cuna deben tener una separación entre sí de no más de 6 centímetros. El colchón tiene que ser firme y no quedar espacio entre éste y la cuna. (Ministerio de desarrollo social, 2020, párr. 6)

Con el objeto de evitar que la cara del bebé quede cubierta durante el sueño, se aconseja que la cuna esté libre de almohadas, almohadones, ropa enrollada, muñecas y juguetes. El colchón debe ser firme y cubierto exclusivamente por una sábana fina y el bebé debe quedar con sus brazos por fuera de la ropa de cama. Se ha argumentado que la posición prona, cuando el bebé duerme sobre superficies blandas o con la cabeza cubierta, aumenta las probabilidades de inhalación del aire exhalado y/o sobrecalentamiento. (Comité de la SAP, 2000, p. 240)

La aspiración de contenido gástrico no constituye un problema en los bebés que duermen boca arriba: Los niños sanos no tienen mayor riesgo de aspiración del contenido gástrico cuando duermen boca arriba. (Comité de la SAP, 2000, p. 240)

## **Posiciones para dormir**

**Posición boca arriba.** Todos los bebés deben dormir en posición supina. Los estudios internacionales durante la última década son concluyentes en cuanto a que los bebés que duermen boca arriba tienen entre 17 y 12,7 veces menor riesgo de fallecer por el SMSL. Los niños que están acostumbrados a dormir boca arriba tienen mayor riesgo del SMSL cuando, por distintas circunstancias, son acostados boca abajo para dormir. (Comité de la SAP, 2000, p. 239)

**Posición de costado.** Recientes estudios han confirmado que la posición de costado de los bebés para dormir es cinco o más veces más segura que la posición boca abajo. Sin embargo, estos estudios también documentan que la incidencia del SMSL en bebés que duermen de costado es el doble con respecto a aquéllos que duermen boca arriba. (Comité de la SAP, 2000, p. 239-240)

**Cambio de posición de la cabeza.** Los bebés tienen los huesos de la cabeza muy blandos, por lo que se aconseja girar la misma (por ejemplo: durante el día hacia la derecha y de noche hacia la izquierda), para evitar posibles asimetrías craneales. Con el objetivo de que el bebé ejercite los músculos de la nuca e incremente su sostén cefálico se sugiere ponerlo boca abajo mientras esté despierto, siempre que un adulto lo pueda observar para evitar que se duerma en esta posición. (Comité de la SAP, 2000, p. 240)

**¿Qué podemos hacer para minimizar el riesgo del SMSL cuando, por razones médicas, los bebés deben dormir boca abajo?:** Los riesgos se pueden minimizar si se asegura que la superficie en la cual duerme el bebé sea dura, sin almohadas ni corderitos. También en este caso, como cuando duerme boca arriba, debe asegurarse que los brazos del bebé queden por fuera de la ropa de cama, evitando de esta manera que el bebé pueda deslizarse por debajo de ésta y duerma con su cabeza cubierta. El incremento del riesgo de SMSL asociado con sobrecalentamiento es particularmente evidente cuando los niños duermen boca abajo, pero es menos claro cuando lo hacen boca arriba. Entonces, evitar el sobreabrigo en los bebés que duermen boca abajo es fundamental, debido a que en esta posición la pérdida de calor se minimiza con respecto a la posición boca arriba. (Comité de la SAP, 2000, p. 240)

## **Colecho**

Como una alternativa para el colecho, los padres podrían considerar ubicar la cuna cerca de su cama para facilitar el amamantamiento y el contacto con ellos. Los bebés que duermen en una habitación separada de sus padres tienen mayor riesgo del SMSL. (Comité de la SAP, 2000, p. 240)

**¿Cómo deben dormir los bebés en las unidades de internación?** Deben dormir boca arriba todos los bebés que, independientemente de su peso de nacimiento y/o edad gestacional, no estén cursando una enfermedad pulmonar aguda o apneas, se encuentren con buena evolución clínica y alimentándose por succión. Los recién nacidos con enfermedad pulmonar aguda oxigenan mejor y tienen mejor función pulmonar en posición prona (boca abajo). Luego de sortear esta contingencia es conveniente ir acostumbrando a los bebés a dormir boca arriba, principalmente a los prematuros, debido a su mayor incidencia del SMSL, especialmente si duermen boca abajo. Estudios en prematuros sin enfermedad pulmonar y con edad gestacional mayor a 36 semanas, como así también en recién nacidos de término, no demostraron una mejoría en la oxigenación en posición prona. (Comité de la SAP, 2000, p. 240-241)

### **¿cómo arroparlo a la hora de acostarlo a dormir?**

- Evite el exceso de abrigo durante el sueño del bebé.
- Evite que la cabeza y la cara del bebé queden cubiertas por ropa de cama.
- Utilice preferentemente un enterito o bolsa de dormir para bebés.
- Si usa ropa de cama, tape al bebé hasta las axilas, de manera tal que sus brazos queden por fuera de la sábana y/o frazada liviana.
- No utilice colchas gruesas ni frazadas para tapar al bebé.
- No arme nidos en la cuna.
- No le ponga gorro para dormir. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, párr. 2)

El lugar más seguro para el sueño del bebe es una cuna ubicada en la habitación de los padres.

Si los padres deciden dormir en la misma superficie con el bebé:

- Ubicar al niño al costado de la madre.
- Descartar almohadas, nidos u otros objetos que pudieran obstruir la nariz y la boca del bebé.
- Nunca dejar al bebé sólo en la cama.

- Evite que el bebé comparta la cama con otros niños o adultos.
- Evite que el bebé esté abrigado en exceso. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, párr. 3)

Se sugiere no practicar colecho en las siguientes circunstancias:

- Los padres fuman o consumen alcohol.
- La madre está muy cansada. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, párr. 4)

### **Huevito**

Utilice la silla de seguridad para el auto (huevito) exclusivamente para el momento en que lo transporta en un vehículo. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, párr.5)

### **Wawita**

Incrementa el riesgo de obstrucción de la vía aérea. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, párr. 6)

## **Cigarrillo**

El cigarrillo durante el embarazo se asocia a disminución del crecimiento fetal y a aumento de las muertes perinatales. Existen claras evidencias científicas que muestran que el cigarrillo durante el embarazo triplica el riesgo del SMSL. El cigarrillo durante el embarazo disminuye la función pulmonar del lactante, aumenta el índice de apneas obstructivas y tiende a que los bebés tengan menos despertares ante distintos estímulos. Muy pocas madres fumadoras durante el embarazo cambian su comportamiento luego del nacimiento del bebé. La exposición posnatal de los niños a un ambiente con humo de cigarrillo se asocia con un aumento de las enfermedades respiratorias, disminución de la función pulmonar y también con aumento de la incidencia del SMSL. (Comité de la SAP, 2000, p. 241)

### **¿Cuál es la relación entre el tabaquismo y el SMSL?**

El tabaquismo materno durante la gestación y después del parto, y el tabaquismo paterno aumentan el riesgo de SMSL. Se ha comprobado el aumento del riesgo en relación con la intensidad del consumo. Algunos estudios hablan de que el riesgo de SMSL sería entre 2 y 4 veces más alto en hijos de fumadores. Una de las medidas más importantes para reducir el riesgo de SMSL (aparte de hacer dormir a los niños boca arriba, fomentar la lactancia materna, evitar colocar objetos en la cuna y controlar la temperatura del ambiente) es evitar que los bebés estén expuestos al humo de tabaco. Para esto es necesario que los hogares sean 100% libres de humo. Fumar en otra habitación NO es suficiente ya que el humo de tabaco

permanece pegado en cortinas, alfombras y muebles y puede seguir afectando a los niños. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, párr.1)

La única manera de proteger la salud es no fumar en ambientes cerrados. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, párr.2)

## **Chupete y síndrome de muerte súbita del lactante**

### **Uso del chupete y efecto protector**

Existe bibliografía que sugiere un efecto protector del chupete en los lactantes, para disminuir el riesgo de muerte súbita. Teniendo en cuenta la teoría multicausal, el uso de chupete sería beneficioso al facilitar microdespertares, modificar el control autonómico durante el sueño y mantener permeable la vía aérea. Una alternativa al chupete es la succión del propio pulgar. El pulgar, a diferencia del chupete, no se pierde durante la noche, ni se cae al suelo convirtiéndose en un objeto contaminado. (Ministerio de Salud, 2015, p. 7)

Por tratarse de un elemento protector del SMSL, el chupete debe ser utilizado en todos los momentos de sueño del bebé, incluso en los períodos de siesta, aun cuando no sea utilizado durante todo el período de sueño (ya que habitualmente cae de la boca del bebé). (Ministerio de Salud, 2015, p. 7)

El período de mayor ocurrencia de SMSL es durante el primer año de vida, con un máximo entre el 1º y 4º mes, coincidiendo con el período en el cual la necesidad fisiológica de succión del niño es mayor. Por ello, el uso del chupete debe recomendarse especialmente en este momento de la vida del niño y no prolongar su uso más allá del año, ya que a partir de ese momento tienen más peso las complicaciones de su uso (maloclusión y otitis media) que los beneficios. (Ministerio de Salud, 2015, p. 7)

### **Uso del chupete y lactancia materna**

La lactancia materna es un factor protector de la salud general del niño como también un factor protector independiente frente al SMSL. La recomendación del Ministerio de Salud de la Nación, en consonancia con la OMS, el UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría (la Academia Americana de Pediatría es de igual opinión), es que los niños sean alimentados exclusivamente al pecho (recibiendo sólo la leche de sus madres sin el agregado de otras leches, líquidos ni alimentos) durante los 6 primeros meses de vida (180 días) y que, a partir

de ese momento, la lactancia continúe hasta los 2 años complementada con alimentos apropiados para la edad del niño. (Ministerio de Salud, 2015, p. 8)

La producción adecuada de leche y la continuidad de la lactancia dependen del adecuado drenaje de las mamas, a su vez relacionado con la intensidad y persistencia del estímulo producido por la succión del niño. La interferencia de ese estímulo por la introducción de succión no nutritiva mediante chupetes puede poner en riesgo la producción de leche a corto y largo plazo, generando un círculo vicioso con una reducción progresiva que puede terminar con la lactancia por completo o con la necesidad de la introducción de alimentación artificial. Adicionalmente, la succión realizada en una tetina es diferente a la requerida para obtener leche del pecho materno, por lo cual es probable que se genere la llamada “confusión de pezón” que podría interferir con la lactancia e incluso producir una mala técnica de prendida al pecho desencadenando problemas como grietas del pezón. (Ministerio de Salud, 2015, p. 8)

Varios estudios retrospectivos han demostrado un efecto protector de la lactancia en el SMSL. Los mecanismos postulados por los cuales la lactancia materna podría ser un factor de protección para el SMSL son:

- Prevención de infecciones;
- Preveniría y/o modificaría la forma en que los bebés succionan el pezón aumentando el diámetro de la faringe;
- Aumentaría la capacidad para girar la cabeza en posición prona;
- Factores psicosociales: se demostró que las madres fumadoras amamantan por menos tiempo a sus hijos. (Comité de la SAP, 2000, p. 241)

El uso de chupete ha sido identificado en diversos estudios como factor de influencia negativa para la duración de la lactancia materna exclusiva, y las madres que utilizan chupete tienden a amamantar menos veces por día. Sin embargo, los estudios observacionales no pueden confirmar la relación causa-efecto entre ambos factores ya que no permiten descartar la causalidad inversa, es decir, que aquellos niños con dificultad inicial en la lactancia materna sean más proclives a utilizar el chupete, o incluso que la introducción del chupete sea una forma de destetar al niño o que su uso esté asociado a una menor predisposición materna a amamantar. (Ministerio de Salud, 2015, p. 8-9)

Estudios aleatorizados (tanto para el uso de chupete como de biberones) no encontraron evidencia de que el chupete o las tetinas redujeron las tasas de lactancia materna a diferentes edades del niño cuando las madres estaban comprometidas y motivadas con la alimentación al



pecho de sus hijos, recibían apoyo calificado para amamantar y la lactancia estaba establecida. (Ministerio de Salud, 2015, p. 9)

En vista de la evidencia científica a favor del uso del chupete para la reducción del riesgo de SMSL, y de la evidencia científica sobre los riesgos para la salud materno-infantil que conlleva la suspensión prematura de la lactancia materna, es necesario establecer una recomendación para el uso del chupete que no ponga en riesgo la alimentación a pecho en ninguna circunstancia. Por lo tanto, el uso del chupete debe recomendarse cuando se cumplan las siguientes condiciones en relación con la alimentación:

1. Lactancia materna establecida: adecuada prendida al pecho evaluada por un profesional de salud; madre que puede identificar la bajada de la leche al poner el niño al pecho y amamantar sin molestias; y niño que aumenta de peso adecuadamente habiendo recuperado el peso del nacimiento.
2. No se utilice para retrasar la alimentación del niño: Los profesionales de la salud deben educar a la madre a alimentar al niño a demanda, sin horarios fijos ni pautados; y jamás utilizar el chupete para espaciar las ingestas del niño.
3. Sólo se utilice en el momento del sueño: de otro modo, el uso de chupete puede asociarse a menor cantidad de puestas al pecho durante el día.
4. Madre motivada para amamantar: el equipo de salud debe brindar apoyo y motivación para la lactancia materna desde el embarazo, durante el puerperio y en la atención pediátrica hasta los dos años de edad. Así mismo debe estar disponible y dispuesto a evacuar dudas y colaborar en la identificación temprana de posibles abandonos innecesarios. (Ministerio de Salud, 2015, p. 9)

### **Monitoreo.**

No hay evidencias científicas de que el monitoreo en el hogar disminuye la incidencia del SMSL. El hecho de que un prematuro haya presentado apneas durante el período neonatal no constituye un factor de riesgo agregado para el SMSL. Tampoco existen evidencias de que los bebés con mayor riesgo del SMSL puedan ser identificados en el hospital con un monitoreo cardíaco o respiratorio. La polisomnografía no tiene suficiente sensibilidad ni especificidad para identificar a los niños con riesgo futuro del SMSL. (Comité de la SAP, 2000, p. 241)

## **Embarazo y síndrome de muerte súbita del lactante**

### **Control prenatal**

El riesgo de SMSL es de dos a tres veces más elevado en hijos cuyas madres no realizan control prenatal o lo inician muy tardíamente. El riesgo es menor en los niños cuyas madres han realizado su primer control obstétrico antes del 3er mes de embarazo. El riesgo de SMSL se triplica si el cuidado prenatal se inicia durante el 3er trimestre y se duplica en aquellas madres que realizan menos de 6 controles durante el embarazo. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.6)

Los controles prenatales tempranos y periódicos monitorizan la salud fetal, detectan precozmente patologías maternas, como la anemia, y permiten intervenciones en tabaquismo, ingesta de alcohol y otras sustancias ilícitas; además, brindan preparación para la lactancia. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.6)

La frecuencia de controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta el embarazo. La recomendación del Ministerio de Salud de la Nación indica un mínimo de 5 controles prenatales en las embarazadas de bajo riesgo y su comienzo antes de la semana 13 de gestación. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.6)

La Academia Americana de Pediatría define las siguientes recomendaciones de nivel A para la disminución del riesgo del SMSL con respecto a la madre:

- Realizar cuidados prenatales periódicos.
- Evitar la exposición al tabaco durante la gestación y después de ella.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas ilícitas durante la gestación y el período posnatal.

(Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.6)

### **Eventos prenatales que aumentan el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante en el niño**

Los eventos prenatales tales como placenta previa, ruptura prematura de membranas y desprendimiento placentario aumentan el riesgo de SMSL. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.6)

### **Anemia materna y síndrome de muerte súbita del lactante**

La asociación entre anemia durante el embarazo y mayor riesgo de SMSL es motivo de controversia. Sin embargo, la interacción entre el tabaquismo materno (más de 10 cigarrillos diarios) y anemia durante el embarazo (hematocrito < 30%) aumenta el riesgo de SMSL de manera significativa. La anemia durante el embarazo está descrita como causa de hipoxia perinatal. La nicotina y el monóxido de carbono, en aquellas madres que fuman durante el embarazo, comprometería la circulación placentaria y producirían isquemia e hipoxia fetal. La hipoxia fetal crónica, resultado de esta interacción biológica, comprometería el normal desarrollo del sistema nervioso central (SNC) durante la vida fetal; produce fallas estructurales y alteraciones en los neurotransmisores, en el bulbo raquídeo, que condicionan anomalías en la regulación del sistema autónomo. El hallazgo de marcadores de hipoxia tisulares (gliosis a nivel del SNC) y bioquímicos (aumento de los niveles de hipoxantina en el humor vítreo) es un indicio de que las muertes por el SMSL están precedidas de un período prolongado de hipoxia tisular. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.7)

### **Consumo de drogas ilícitas, alcohol y síndrome de muerte súbita del lactante**

#### **Drogas ilícitas**

Se ha comunicado una mayor incidencia de SMSL en aquellas madres que, durante el embarazo, consumen metadona, cocaína y heroína, entre otras drogas. Un estudio realizado en la ciudad de Nueva York durante 10 años y luego de analizar variables (raza, madre adolescente, paridad, tabaquismo materno, peso de nacimiento) mostró mayor incidencia de SMSL en presencia de ingesta de drogas ilícitas durante el embarazo: metadona, heroína, cocaína. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.7)

#### **Alcohol**

La mayoría de los estudios publicados informan que no hay una asociación entre la ingesta materna de alcohol y el SMSL. Sin embargo, un estudio recientemente publicado muestra que la ingesta de alcohol durante el embarazo sextuplica el riesgo de SMSL. Existe una estrecha relación entre los momentos o fechas en los que se produce un marcado consumo de alcohol (fines de semana, festividades señaladas, como fin de año) y la mayor incidencia de SMSL. (Sociedad Argentina de Pediatría, s/f, p.7)

## **Epidemiología**

En un estudio retrospectivo poblacional que utiliza información de defunciones infantiles ocurridas en Argentina entre 1991 y 2014 (Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación). se calculó el porcentaje de MSII sobre el total de muertes infantiles y la frecuencia de las causas que la componían a nivel nacional, regional y provincial. El riesgo de muerte y la tendencia secular se calcularon con regresión de Poisson. Para detectar agrupamientos departamentales con porcentajes de MSII significativamente diferentes a los nacionales, se utilizó el programa SaTScan v9.1.1. (Lic. V. F. Chapura, Dra. E. L. Alfaroa, Dr. R. Bronbergb y Dr. J. E. Dipierri, 2019, p.164-165)

Las variables utilizadas fueron el total de muertes de menores de un año y el número de defunciones por causas componentes de MSII (R95, R96, R98, R99, W75, W78 + W79). Se calculó el porcentaje de MSII sobre el total de muertes infantiles y la frecuencia de sus causas componentes a nivel nacional, regional y provincial. Las regiones geográficas consideradas fueron Noroeste Argentino, NOA (Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca y La Rioja); Noreste Argentino, NEA (Formosa, Chaco, Misiones y Corrientes); Cuyo (San Luis, San Juan y Mendoza); Centro (Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Buenos Aires, La Pampa y Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y Patagonia (Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Chubut y Tierra del Fuego). (Lic. V. F. Chapura, Dra. E. L. Alfaroa, Dr. R. Bronbergb y Dr. J. E. Dipierri, 2019, p.166)

En el período 1991-2014, se registraron 267.552 defunciones infantiles, de las cuales 18.453 fueron MSII. (Lic. V. F. Chapura, Dra. E. L. Alfaroa, Dr. R. Bronbergb y Dr. J. E. Dipierri, 2019, p.166)

La MSII representó el 7 % del total de muertes infantiles, con proporciones variadas entre sus causas componentes. (Lic. V. F. Chapura, Dra. E. L. Alfaroa, Dr. R. Bronbergb y Dr. J. E. Dipierri, 2019, p.166)

El riesgo de MSII fue de 0,86, y se observó una gran heterogeneidad espacial. A nivel nacional, la causa más frecuente fue síndrome de la muerte súbita del lactante, con diferencias interregionales. Nueve agrupamientos departamentales tuvieron riesgo de MSII entre 4,36 y 1,24, significativamente diferentes al resto del país. (Lic. V. F. Chapura, Dra. E. L. Alfaroa, Dr. R. Bronbergb y Dr. J. E. Dipierri, 2019, p.164)

## **Teorías Etiopatogénicas**

### **Hipótesis del triple riesgo**

Una de las teorías más ampliamente difundidas para explicar el SMSL es la hipótesis del triple riesgo propuesta por Filiano y Kidney, según la cual la muerte se produciría cuando en un lactante de forma simultánea inciden tres circunstancias con interacción de factores genéticos y ambientales. Según esta hipótesis deberán coincidir (M<sup>a</sup> I. I. Macián, E. Z. Grima, P. M. Aguilar, P. M. Reina, s/f, p.49):

- **Lactante vulnerable.** Defecto o anomalía subyacente que lo torna vulnerable. (M<sup>a</sup> I. I. Macián, E. Z. Grima, P. M. Aguilar, P. M. Reina, s/f, p.49)
- **Periodo crítico del desarrollo** (de 0 a 12 meses; históricamente el SMSL acontece con mayor frecuencia entre los 2 y 4 meses), rápido crecimiento y cambios en el control del equilibrio fisiológico, que pueden ser evidentes como el patrón del sueño o despertar y sutiles como la respiración, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la temperatura. (M<sup>a</sup> I. I. Macián, E. Z. Grima, P. M. Aguilar, P. M. Reina, s/f, p.49)
- **Un factor externo de estrés**, que en un lactante vulnerable actúa como desencadenante. (M<sup>a</sup> I. I. Macián, E. Z. Grima, P. M. Aguilar, P. M. Reina, s/f, p.49)

Los factores de riesgo se dividieron en dos categorías: factores intrínsecos, definidos como factores genéticos, polimorfismos, o ambientales que afectan la susceptibilidad, como son la raza afroamericana, sexo masculino, la prematuridad y la exposición materna prenatal al tabaco o al alcohol. Los factores de riesgo extrínsecos se definen como un factor de estrés físico próximo a la muerte que puede aumentar el riesgo de SMSL en un niño vulnerable. Estos factores incluyen: la posición para dormir boca abajo/lateral, cara boca abajo, cabeza cubierta, dormir en un colchón de adultos, sofá o parque infantil, ropa de cama blanda, colecho y signos de infección del tracto respiratorio superior. El tabaquismo materno también puede considerarse como un factor de riesgo externo, sobre todo si se acompaña de colecho. (M<sup>a</sup> I. I. Macián, E. Z. Grima, P. M. Aguilar, P. M. Reina, s/f, p.49-50)

Las campañas de prevención del SMSL se orientan hacia intervenciones de los factores que actúan de “trigger” o gatillo sobre el lactante vulnerable. (M<sup>a</sup> I. I. Macián, E. Z. Grima, P. M. Aguilar, P. M. Reina, s/f, p.50)

## **Estrategia metodológica**

### **Tipo de Estudio**

El tipo de estudio que se implementó fue descriptivo, de cohorte transversal, con un enfoque cuantitativo sobre el análisis de las variables seleccionadas. El estudio tuvo lugar en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la unidad neonatal, durante los meses de Febrero y Marzo de 2022.

**Universo:** El universo o población fue integrado por las madres usuarias de la unidad neonatal de un hospital de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de Febrero y Marzo de 2022.

**Muestra:** La muestra se compuso por 50 madres usuarias de la unidad neonatal de un hospital de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de Febrero y Marzo de 2022.

**Unidad de análisis:** La unidad de análisis estuvo representada por cada una de las 50 madres usuarias de la unidad neonatal de un hospital de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de Febrero y Marzo de 2022.

### **Criterios de Inclusión:**

Fueron incluidas las madres:

- Usuarias de la unidad neonatal con permanencia mayor a 10 días.
- Que acompañen a sus hijos diariamente en su estancia hospitalaria.
- Que acepten participar del estudio voluntariamente.

### **Criterios de Exclusión**

Quedaron excluidas las madres:

- Usuarias de la unidad neonatal con permanencia menor a 10 días.
- Que no acompañen a sus hijos diariamente en su estancia hospitalaria.
- Que no acepten participar del estudio voluntariamente.

## **Tipo de Muestreo**

El tipo de muestreo fue Intencional, por conveniencia del investigador. Este muestreo fue no probabilístico debido a que las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados

## **Operalización de las variables**

Las variables que se propusieron para el siguiente estudio fueron:

- **variables independientes:** son generales y responsables de caracterizan la muestra, como, por ejemplo, edad, nivel de escolaridad, ubicación geográfica. variables específicas están relacionadas al conocimiento de las madres
- **variables dependientes:** son variables que estuvieron relacionadas con la información que tengan las unidades de análisis sobre conceptos, factores de riesgo, prevención de muerte súbita del lactante y sueño seguro.

## **Tipo de técnica e instrumento de recolección de datos utilizado**

Como tipo de técnica se realizó una entrevista en donde se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario con respuesta cerrada creado por la investigadora para satisfacer las necesidades de información del estudio, la misma tuvo 18 preguntas con opción de múltiples respuestas, la información se obtuvo de fuente primaria ya que son las mismas participantes suministran los datos.

Teniendo en cuenta la situación actual de pandemia por el virus covid-19 el instrumento que dirige el cuestionario fue manipulado por el mismo operador que tomó nota de la respuesta seleccionada por la madre, en un tiempo estipulado de 20 minutos por usuaria. La información, incluyo entre otras preguntas conocimientos sobre muerte súbita del lactante, colecho y cohabitación, acciones para el sueño seguro, factores de riesgo para el síndrome de muerte súbita del lactante, y proveniencia del conocimiento adquirido.

### Procesamiento y análisis de datos

Se transcribieron los datos obtenidos de las fuentes primarias en una tabla que relaciona las opciones, el número de personas que selecciono la respuesta y la representación del porcentaje. Introducidos en formato Excel, fueron ordenados y clasificados en categorías y variables, estas se reflejarán con sus respectivos gráficos de barras, luego, se incluyó la presentación de los datos de cada variable para sugerir las conclusiones y recomendaciones sobre el caso en estudio.

### Operalización de variables

Objetivo general:

Describir los conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro en madres usuarias de la unidad neonatal en un hospital general de agudos de la ciudad de buenos aires en los meses de febrero y marzo 2022.

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Caracterización de muestra	Edad	Rango de edad	a. 15-25 años. b. 26-35 años. c. 36-40 años.
	Nivel de escolaridad	Nivel educativo alcanzado	a. Primario. b. Secundario. c. Terciario/ universitario.
	Ubicación geográfica	Ubicación de domicilio	a. CABA. b. PROV BS AS.
	Permanencia en unidad neonatal	Días de internación en la unidad neonatal	a. Más de 10. b. Más de 20.
Identificación de conocimientos relacionados a smsl , colecho y cohabitación.	Concepto de smsl	conocimiento	a. Si. b. No.
	Interpretación de colecho	conocimiento	a. Bebe duerme en misma cama. b. Bebe duerme en misma habitación.
	Interpretación de cohabitación	conocimiento	a. Bebe que duerme en su cuna en misma habitación.



			b. Bebe que duerme cama con padres en misma habitación.
Detección de áreas de vacancia en los conocimientos necesarios para la prevención de riesgo smsl en madres.	Ubicación de sitio se sueño del rn	Conocimiento sobre Sueño seguro	a. Cuna. b. Con los padres. c. En cama con otro hermano.
	Posición del bebe para dormir	Conocimiento sobre Sueño seguro	a. De costado b. Boca arriba c. Boca abajo
	Composición del colchón del rn	Conocimiento sobre Sueño seguro	a. Blando y con almohadas b. Rígido y sin almohadas.
	Colocación del rn en cuna	Conocimiento sobre Sueño seguro	
	Utilización de chichoneras	Factor de riesgo para el smsl	a. Si. b. No.
	Objetos dentro de la cuna	Factor de riesgo para el smsl	a. Pañales y babita. b. Juguetes/peluches. c. Nada.
	Utilización de chupete	Conocimiento como factor protector	a. Si. b. No.
Indagar sobre factores de riesgos prenatales en usuarias	Controles prenatales	Cantidad de controles prenatales	a. Menos de 5 b. Más de 5.
	Tabaquismo	Hábito de fumar	a. Si. b. No.
	Tabaquismo durante el embarazo	Hábito de fumar	a. Si. b. No.
Determinar orígenes de los conocimientos que presentan las unidades de análisis	Proveniencia de saberes	Lugar de adquisición se sus conocimientos	a. Internet. b. Observación en estadía en neonatología. c. Dialogo con profesional de la salud.

## **Recursos**

Los recursos que se utilizaron en la investigación fueron:

Humanos: Los participantes del estudio y la investigadora, Enf. Res. Federico Romeau, María.

Materiales: Artículos de librería, programas, procesadores de textos e impresora.

## **Contexto del análisis**

Las madres que luego del alta hospitalaria llevan a sus niños a su casa deben adoptar conocimientos para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante y además de generar prácticas para un sueño seguro, los cuales están dirigidos a reducir el riesgo de muerte de sus hijos. Es importante realizar este estudio ya que produce mucho interés interpretar los conocimientos que cuentan las usuarias para identificar los factores de riesgos mencionados en el trabajo. Ningún niño está exento de esta situación, todos los lactantes tienen cierto riesgo. El presente trabajo tendrá la finalidad de evaluar los conocimientos sobre síndrome de muerte súbita del lactante y sueño seguro en madres usuarias de una larga estancia hospitalaria en una unidad neonatal de un hospital de CABA. La técnica de recolección de datos es a través de una encuesta de 18 preguntas múltiple choice, como ya fue mencionado, auto dirigida, la estrategia fue elegida con motivo del contexto de distanciamiento social por la pandemia de Covid-19. Los resultados del proyecto de investigación permiten obtener una primera impresión de la situación sobre sus conocimientos, factores de riesgo y actitud que van a adoptar en sus casas. Además, esta información será de gran utilidad para plantear estrategias y/o programas preventivos-promocionales que pueden brindar en los lactantes prematuros con el fin de mejorar el conocimiento y prevenir futuras muertes, teniendo en cuenta que está comprobado que la prevención genera una disminución en la tasa de mortalidad.

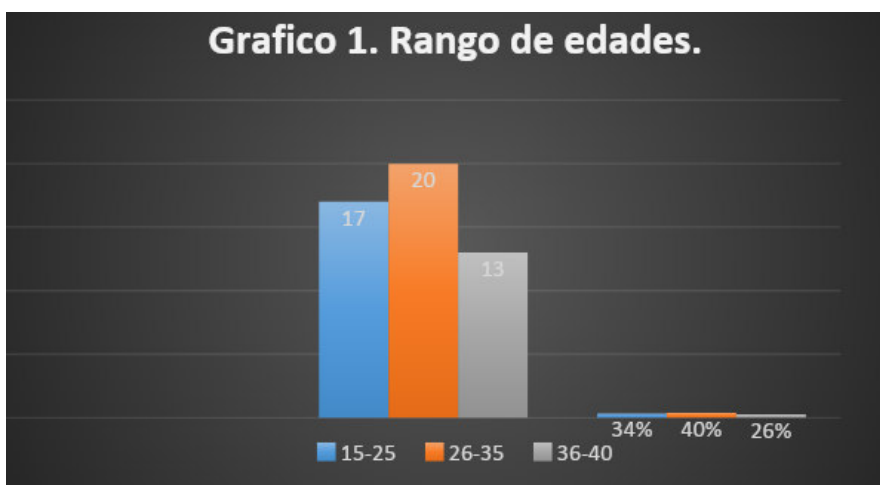
## Resultados

### CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.

Tabla N° 1: Datos pertenecientes al rango de edades de las participantes.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
15-25	17	34%
26-35	20	40%
36-40	13	26%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



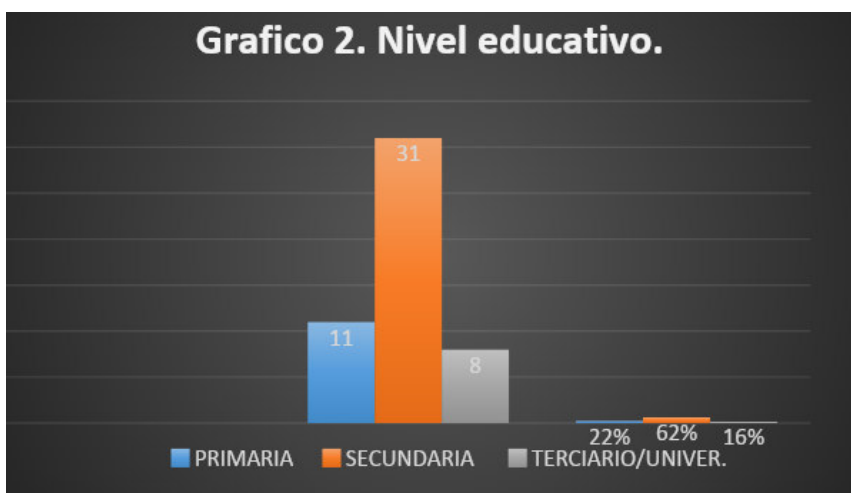
fuentes propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos observar que el 40% pertenece al rango de 26 a 35 años de edad (n=20), el 34% entre 15-25 años (n=17) y por último representando un 26% las pertenecientes a 36-40 años (n=13).

Tabla N° 2: Datos pertenecientes al nivel educativo alcanzado por las usuarias.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	11	22%
SECUNDARIA	31	62%
TERCIARIO/UNIVER.	8	16%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



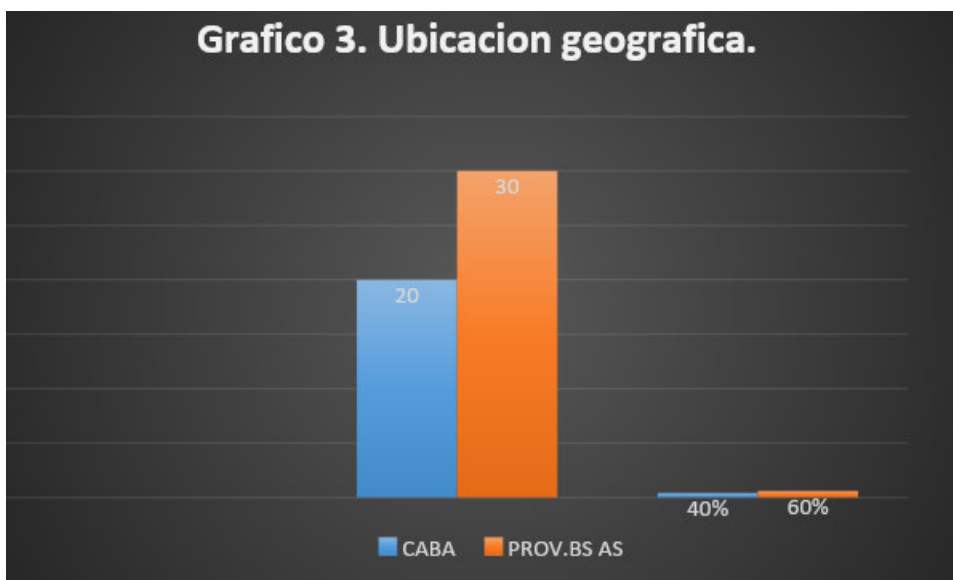
fuelle propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos observar que el 62% llegaron al nivel secundario (n=31), el 22% entre al nivel primario (n=11) y por último representando solo un 16% alcanzaron el nivel terciario/universitario (n=8).

Tabla N° 3: Ubicación del domicilio.

OPCIONES	CANTIDA D	PORCENTAJE
CABA	20	40%
PROV.BS AS	30	60%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



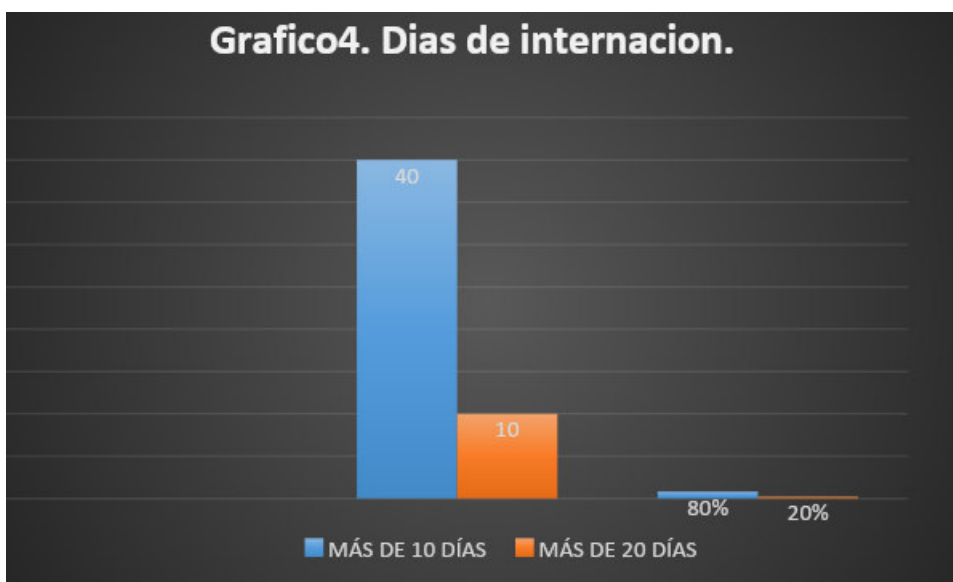
fuelle propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos observar que el 60% se encuentra ubicado en la provincia de buenos aires (n=30), el 40% en la ciudad autónoma de buenos aires (n=20).

Tabla N°4: Intervalos de días de los cuales fueron usuarias de la unidad neonatal.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
MÁS DE 10 DÍAS	40	80%
MÁS DE 20 DÍAS	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



fuentes propia.

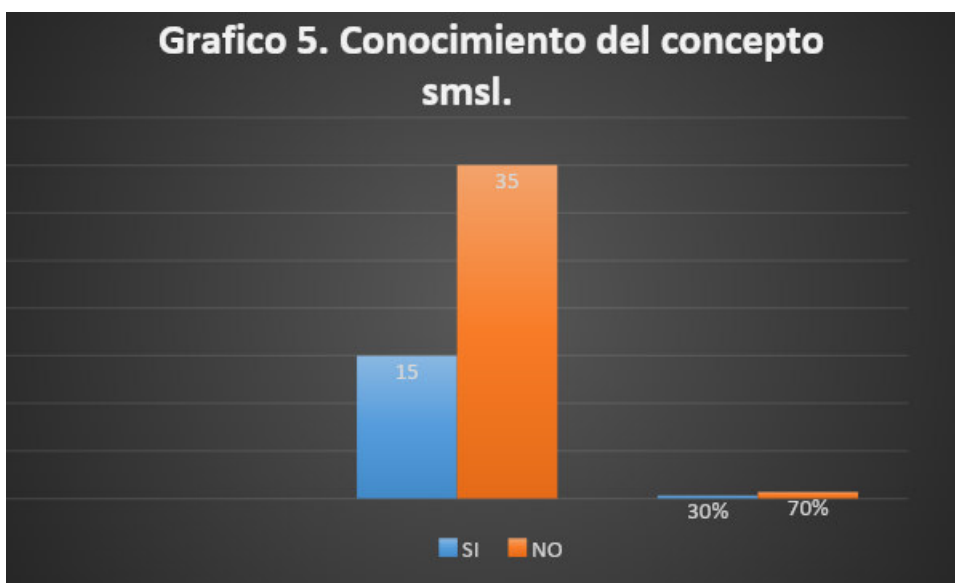
Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos observar que el 80% se encuentra con más de 10 días de internación (n=40), el 20% con más de 20 días de internación (n=10).

#### DATOS RELACIONADOS A LOS CONOCIMIENTOS DE CONCEPTOS.

Tabla 5: Conocimiento del concepto de síndrome de muerte súbita del lactante.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	15	30%
NO	35	70%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.

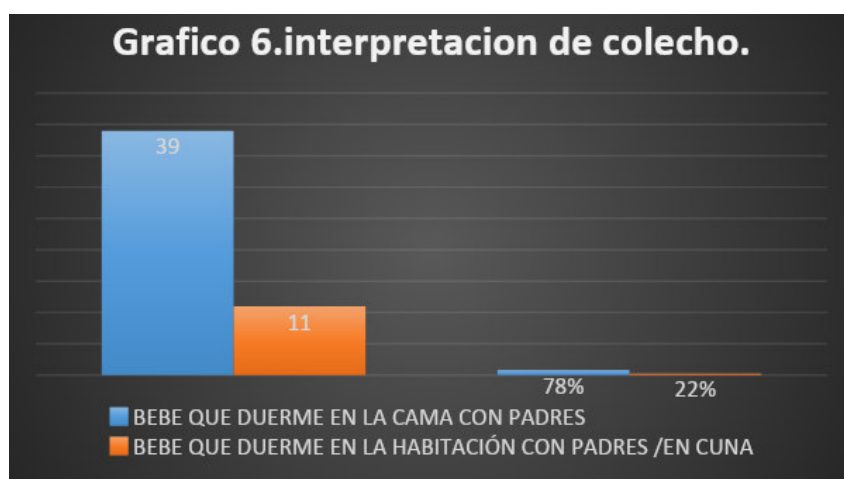


Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos observar que el 70% no conoce el concepto de síndrome de muerte súbita del lactante (n=35), el 30% dice saber que significa (n=15).

Tabla N° 6: Conocimiento sobre concepto de colecho.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
BEBE QUE DUERME EN LA CAMA CON PADRES	39	78%
BEBE QUE DUERME EN LA HABITACIÓN CON PADRES /EN CUNA	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.

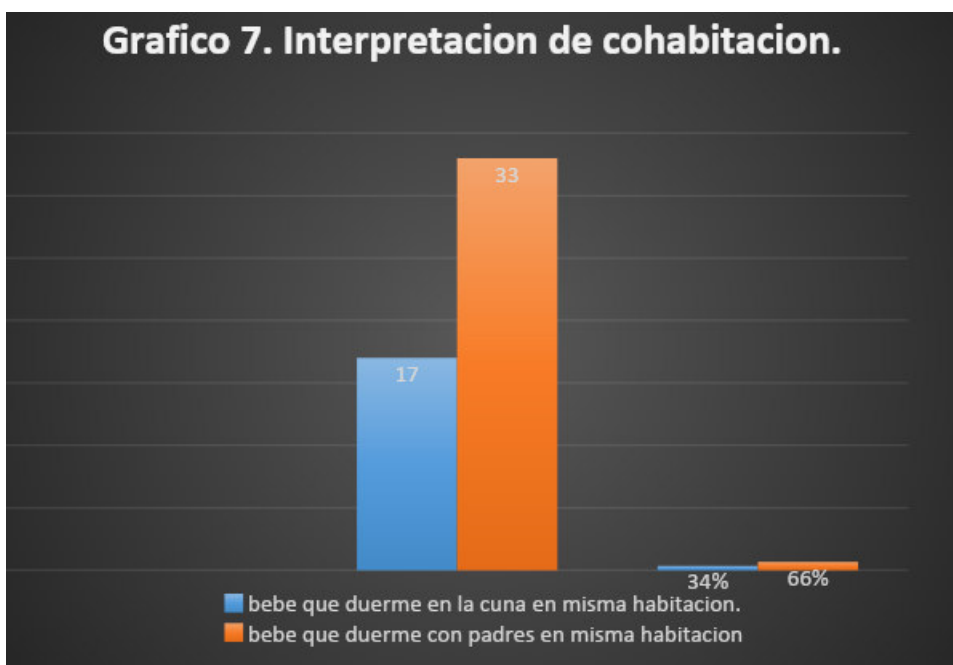


Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos observar que el 78% sabe el concepto de colecho (n=39), el 22% no (n=11).

Tabla N°7: interpretación de la cohabitación.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
BEBE QUE DUERME EN LA CUNA EN MISMA HABITACIÓN.	17	34%
BEBE QUE DUERME CON PADRES EN MISMA HABITACIÓN	33	66%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



fuentes propia.

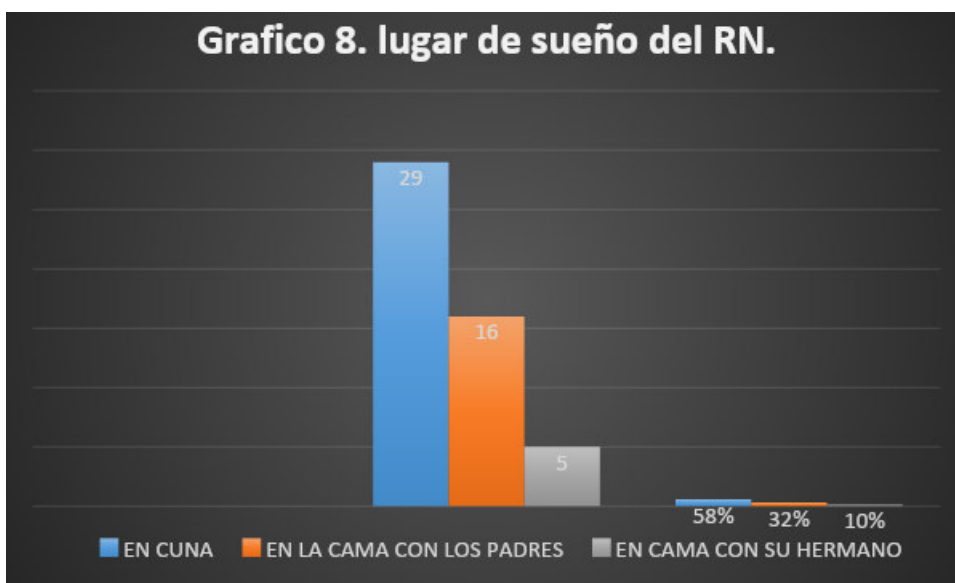
Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos observar que el 66% dice que cohabitación es que el niño duerma con los padres en la misma habitación(n=33), el 34% dice que es que él bebe duerme en la cuna y en la misma habitación (n=17).

DATOS RELACIONADOS CON LAS ÁREAS DE VACANCIA EN LOS CONOCIMIENTOS DE RIESGO DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.

Tabla N° 8: Ubicación de donde debe dormir el recién nacido.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
EN CUNA	29	58%
EN LA CAMA CON LOS PADRES	16	32%
EN CAMA CON SU HERMANO	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



fuentes propia

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 58% manifestó que el rn debe dormir en su cuna(n=29), el 32% dice que con sus padres (n=16) y el 10% en una cama con su hermano(n=5).

Tabla N°9: posición en la que acostara a su hijo en su domicilio.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
DE COSTADO	5	10%
BOCA ARRIBA	10	20%
BOCA ABAJO	35	70%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.





Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 70% acostara a su hijo boca abajo(n=35), el 20% boca arriba (n=10) y el 10% de costado(n=5).

Tabla N° 10: recomendación de cómo debe ser el colchón del neonato.

OPCIONES	CANTIDA D	PORCENTAJE
BLANDO Y CON ALMOHADAS	40	80%
RÍGIDO Y SIN ALMOHADAS	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 80% seleccionó blando y con almohadas (n=40), el 20% regido y sin almohadas (n=10).

Tabla N°11: colocación del recién nacido en su cuna.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
EN MEDIO DE LA CUNA ENVUELTO	45	90%
HACIENDO PIE EN LA CUNA Y MANTA POR DEBAJO DE AXILAS	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



fuentes propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 90% seleccionó en medio de la cuna y envuelto en mantas (n=45), el 10% optó por la opción de el niño haciendo pie y con las mantas por debajo de las axilas (n=5).

Tabla N°12: utilización de chichoneras.

OPCIONES	CANTIDA D	PORCENTAJE
SI	19	38%
NO	31	62%

TOTAL	50	100%
-------	----	------

Fuente propia.



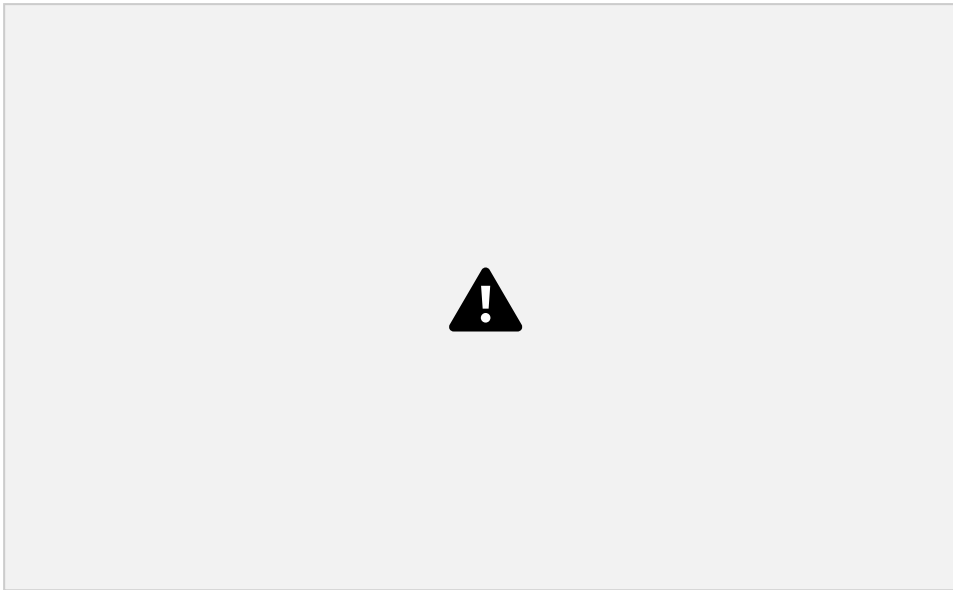
fuentes propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 62% no utilizará chichonerias (n=31), el 38% lo hará (n=19).

Tabla N° 13: Elementos que se pueden dejar en la cuna.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
PAÑALES/BABITAS	0	0%
JUGUETES/PELUCH E	0	0%
NADA	50	100%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



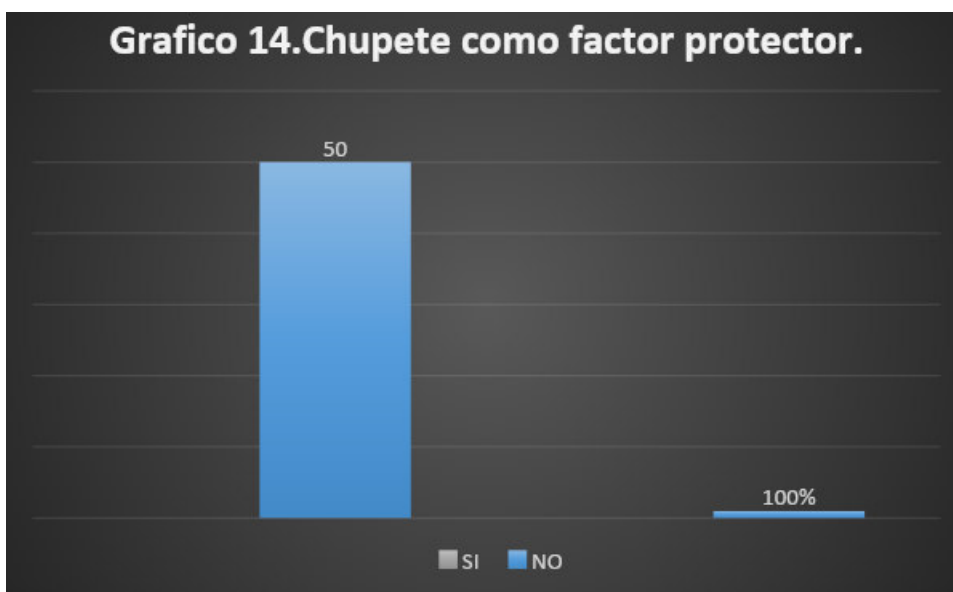
fuelle propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 100% selecciono que no se deja nada en la cuna. (n=50).

Tabla N°14: conocimiento sobre el chupete como factor protector del síndrome de muerte súbita del lactante.

OPCIONES	CANTIDA D	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	50	100%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



fuelle propia.

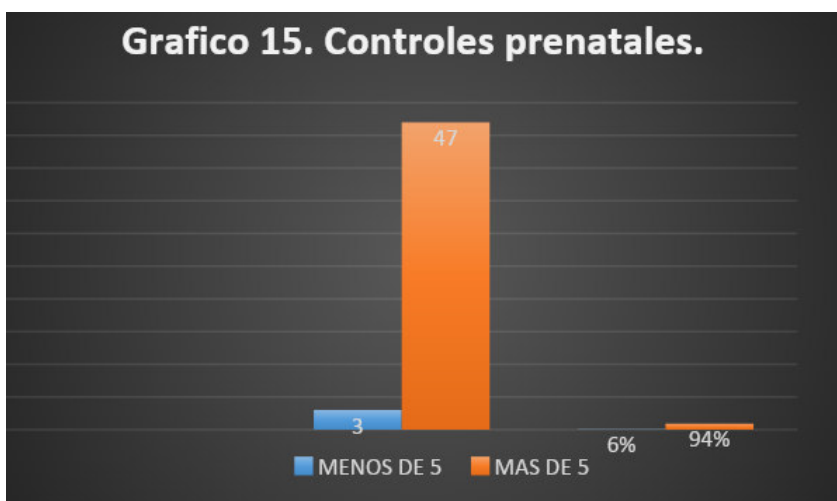
Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 100% no conoce que el chupete es un factor protector (n=50).

#### FACTORES DE RIESGOS PRENATALES.

Tabla N°15: Cantidad de controles prenatales.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
MENOS DE 5	3	6%
MAS DE 5	47	94%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



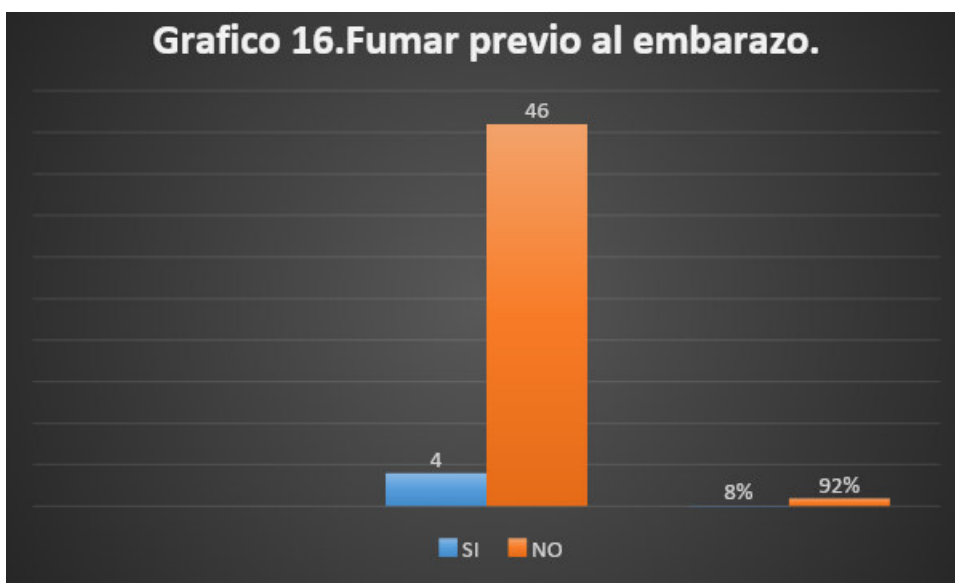
fuentes propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 94% se realizó más de 5 controles prenatales (n=47) y solo el 6% menos de 5 controles (n=3).

Tabla N°16: Datos relacionados al hábito de fumar previo al embarazo.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	8%
NO	46	92%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.

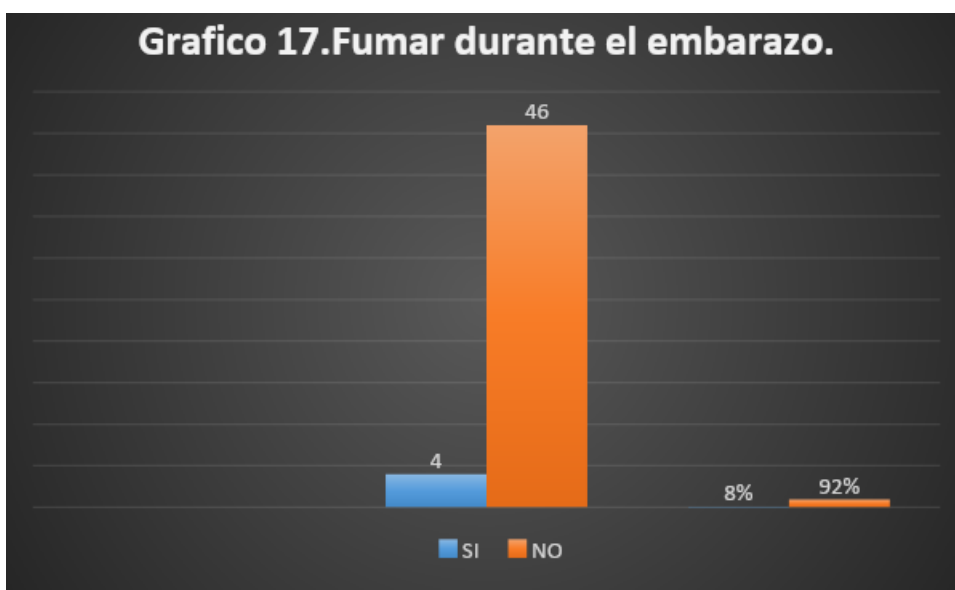


Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 92% era no fumadora (n=46) y solo el 8% si tenía el hábito de fumar (n=4).

Tabla N°17: Resultados relacionados a la continuidad de fumar durante el embarazo.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	8%
NO	46	92%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



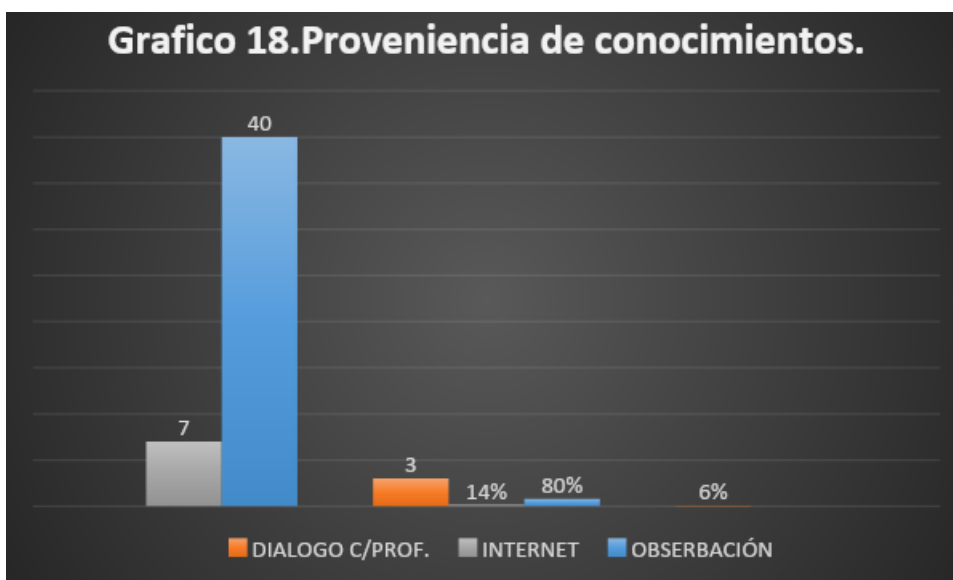
Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 92% no fumó durante el embarazo (n=46) y solo el 8% continuó fumando durante el embarazo (n=4).

#### DATOS RELACIONADOS CON LA PROVENIENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DE LAS MADRES.

Tabla N°18: origen del conocimiento de las usuarias.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
INTERNET	7	14%
OBSERVACIÓN	40	80%
CHARLA CON PROFESIONAL	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente propia.



fuentes propia.

Del total de la muestra de madres usuarias de una unidad neonatal (n=50), podemos ver que el 80% manifestó que sus conocimientos provienen de lo que observó durante la internación. (n=40), el 14 % de internet (n=7) y el 6% los conocimientos provinieron de un profesional de la salud (n=3).

## **Conclusiones**

Tras la realización de este trabajo de investigación, al haber tenido contacto de manera directa a través de una encuesta, con las madres usuarias de la unidad neonatal de un hospital de agudos de CABA se dio a conocer los saberes que estas tienen sobre el síndrome de muerte súbita del lactante, prácticas del sueño seguro, factores de riesgo y de donde provienen sus saberes. Se entrevistó a 50 madres de las cuales ninguna tuvo inconvenientes a la hora de realizar el cuestionario.

Las conclusiones realizadas del análisis de los datos obtenidos relacionado al objetivo específico n°1 caracterización de la muestra según rango de edad a la que pertenecen, nivel educativo alcanzado, ubicación geográfica de su vivienda, y días de internación junto a su hijo, sabemos que: el 40% pertenece al rango de edad de 26-35 años, dándonos un total de 20 usuarias, el 34% al intervalo de 15-25 años con un total de 17 madres, el comité de la sociedad argentina de pediatría informa que este rango etario triplican el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, y con un 26% en el grupo de 35-40 años con un total de 13, podemos decir que la mayoría se encontraba con edades de 26 a 35 años.

El nivel educativo alcanzado por las usuarias se distribuyó en: el 62% con el nivel secundario, un 22% llegó al nivel primario y solo un 16% alcanzó el nivel educativo universitario / terciario. El Comité de la SAP manifiesta que este es un factor de riesgo social para el síndrome de muerte súbita del lactante.



Cuando hablamos de la ubicación geográfica las madres se alojan un 60% en la provincia de buenos aires y solo el 20% vive en la ciudad autónoma de buenos aires.

Sobre la base de las ideas expuestas respecto a los días de internación los cuales estas madres fueron usuarias de la unidad neonatal el 80% tuvo una estadía de más de 10 días, y el 20% más de 20 días.

En referencia al objetivo específico n°2 identificación de la existencia de conocimiento sobre conceptos de síndrome de muerte súbita del lactante, colecho, cohabitación.

En el cuestionario se abordó el ítem concepto de muerte súbita del lactante se evidencio que un 70% de la población selecciono que no sabe lo que significa y el 30% que eligió la respuesta de saberlo a la hora de indagar sobre el mismo no supo definirlo.

Siguiendo con otro concepto mencionamos el colecho, el 78% indicó que es cuando el niño duerme en la misma cama que sus padres y el 22% que es cuando el niño duerme en la misma habitación, pero en su cuna.

En la cohabitación un 66% eligió la respuesta que dice que es cuando él bebe duerme en la misma habitación con sus padres y solo el 34% selecciono lo correcto que es cuando recién nacido comparte habitación, pero durmiendo en su cuna. Las recomendaciones para el sueño seguro dicen que no se deben compartir cama con el niño ya que hay riesgo de aplastamiento(SAP2000)

De acuerdo con el objetivo específico n°3 Relacionado con las áreas de vacancia sobre conocimiento de riesgos de síndrome de muerte súbita del lactante.

El 58% selecciono que su hijo debe dormir en su cuna, el 32% que dormirá con los padres y un 10% con uno de sus hermanos, en esta instancia hubo muchas respuestas verbales de las usuarias alarmantes porque si bien seleccionan la cuna en cierto momento mencionan que luego de los dos meses de vida, que de manera inicial dormirían con ellas. Recordemos que los niños que integran el mayor riesgo son los que cuentan con edades de 2 a 4 meses de nacidos. (SAP2000).

En relación con la posición del bebe en la cuna para su sueño el 70% seleccionó boca abajo. Todos los bebés deben dormir en posición supina. Los estudios internacionales durante la última década son concluyentes en cuanto a que los bebés que duermen boca arriba tienen entre 17 y 12,7 veces menor riesgo de fallecer por el SMSL. Deben dormir boca arriba todos los bebés que, independientemente de su peso de nacimiento y/o edad gestacional, no estén

cursando una enfermedad pulmonar aguda o apneas, se encuentren con buena evolución clínica y alimentándose por succión. Los recién nacidos con enfermedad pulmonar aguda oxigenan mejor y tienen mejor función pulmonar en posición prona (boca abajo).

El 20% seleccionó boca arriba y el 10% de costado, posición que es menos riesgosa que prona, pero, interpreta igual un riesgo para el niño.

El 80% seleccionó que el colchón del niño debe ser blando y le colocarán almohadas, las recomendaciones indican que debe ser rígido y sin almohadas el cual solo el 20% selecciono esta respuesta.

El 90% colocará a su hijo en medio de la cuna y estará envuelto con las frazadas o mantas y solo el 10% indicó que colocará al bebe haciendo pie en la cuna y pondrá las mantas por debajo de sus axilas.

Un 62% no utilizara chichoneras en las cunas y un 38% si, esto sugiere que esos bebés tendrán un riesgo a la hora de dormir por atrapamiento.

Un dato satisfactorio fue la selección de todas las usuarias al elegir que dentro de la cuna del bebe no se debe dejar ningún elemento, pero a la hora de la observación de la investigadora, varias usuarias tenían en la cuna de los niños pañales, ropita, y almohadas entre otros elementos.

El 100% de las encuestadas desconoce que el chupete es un factor protector para el síndrome de muerte súbita del lactante.

En el apartado de la encuesta que hace referencia al objetivo específico n°4 factores de riesgo prenatales el 94% de las mujeres contaba con más de 5 controles realizados y solo el 6% menos de 5. El 92% no fumaba antes del embarazo y continuó así durante el mismo, solo el 8% tenía el hábito de fumar previo a la gestación y lo mantuvo durante el mismo, el fumar triplica el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. (SAP2000).

Por último, en el objetivo específico n°5 se indago sobre la proveniencia de sus conocimientos, el 80% de las usuarias selecciono que la observación fue fuente de información, el 14% indago en internet y solo el 6% recibió una charla del tema por un profesional de la salud. Recordando un ítem fundamental, la muestra se seleccionó con madres que tenían a sus hijos internados en una unidad neonatal que forma parte de una institución de salud.

## **Sugerencias**

Las sugerencias que permitirán continuar con esta línea de estudio considerando los resultados obtenidos en esta investigación se relacionan con las características del instrumento de recolección de datos utilizado por lo que se propone continuar con la línea de investigación para determinar con más precisión algunos resultados.

Personalmente no he encontrado estudios de la misma índole realizados por colegas enfermeros.

Los resultados del trabajo, generan más variables a desarrollar, sería de mucho interés investigar el rol de enfermería en la educación a los padres sobre el tema planteado, indagar sobre estrategias de enfermería para el sueño seguro ante el alta de un paciente neonatal, la utilización de protocolos para ir adaptando al neonato a dormir boca arriba, ¿Existen?, ¿Se implementan?, e indagar en la vulnerabilidad de los lactantes.

Las madres que se encuentran acompañando a sus niños internados son una población la cual contamos con contacto directo y las trabajadoras/es de estas unidades conviven prácticamente a diario, es propicio generar un vínculo con el familiar para dar lugar al dialogo que brinden herramientas para su cuidado ante el alta.

Es importante que el personal entregue un mensaje claro y sin contradicciones basado sobre las recomendaciones publicadas, destacando las indicaciones para el sueño seguro.

## **Bibliografía**

- Abeyá Gilardon, E. O., Fasola, M. L., Mangialavori, G. L., & Taglialegne, N. (2015). *Recomendaciones sobre el uso del chupete para equipos de salud, padres cuidadores*. Recuperado julio 1, 2021, de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001318cnt-uso-chupete-consenso.pdf>
- Asociación de psicología América (2020). Manual de asociación de psicología americana (7ma.ed.) recuperado noviembre 3, 2020 de: <https://content.apa.org/record/2019-59141-000>
- Jenik, A. G. (2001.). *Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: una relación conflictiva*. Recuperado junio 05, 2021, recuperado <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/228.pdf>
- Jenik, A., Grad, E., Oraz, V., Sapoznicof, L., Fasola, L., Rocca Rivarola, M., Jacobi, N., & Rossato, N. (sf). *Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría*. Recuperado, 2021, from <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consideraciones-sobre-el-sue-ntildeo-seguro-del-lactante-grupo-de-trabajo-en-muerte-s-uacutebita-e-inesperada-del-lactante-de-la-sociedad-argentina-de-pediatr-iacutea.pdf>

Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. (2017). *Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud*. Recuperado junio 4, 2021, de: [https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_colecho-en-el-hogar-lactancia-materna-y-muerte-subita-del-lactante-recomendaciones-para-los-profesionales-de-la-salud-75.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_colecho-en-el-hogar-lactancia-materna-y-muerte-subita-del-lactante-recomendaciones-para-los-profesionales-de-la-salud-75.pdf)

## **Anexos**

## **Características que debe tener el chupete**

1. Para proteger la anatomía bucal el chupete recomendado debería:

- a. ser de silicona o látex
- b. tener forma aplanada o anatómica (ver imagen)
- c. respetar la relación tamaño del chupete y edad del niño. (Ministerio de Salud, 2015, p. 10)

2. Por razones de seguridad el chupete recomendado debería:

- b. ser de una sola pieza.
- c. tener un escudo con dimensiones mínimas de 43 x 43 mm.
- d. tener un escudo rígido o semirrígido, con la flexibilidad suficiente para evitar los traumatismos, pero sin aumentar el riesgo de aspiración.
- e. poseer un anillo que permita tomarlo fácilmente en caso de atragantamiento.
- f. ser sostenido con un broche de seguridad a la ropa (y no alrededor del cuello), mediante una cinta corta, menor a 22 cm, para evitar asfixia.
- g. renovarse en caso de presentar deterioro. (Ministerio de Salud, 2015, p. 10)

3. Por razones de higiene el chupete recomendado debería:

- a. ser limpiado cada vez que el niño termina de usarlo, si se cae al piso o si se ensucia.
- b. poseer agujeros antihongos. (Ministerio de Salud, 2015, p. 10)

## **Recomendación para el equipo de salud sobre el uso del chupete**

la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y del Programa Nacional de Salud Bucodental, a través de sus áreas técnicas recomienda:

- Recomendar el uso del chupete en todos los momentos de sueño a partir del momento en que se identifica que la lactancia materna está establecida y hasta el año de vida del niño.
- Determinar que la lactancia materna está establecida cuando: hay una adecuada prendida al pecho evaluada por el equipo de salud; la madre amamanta sin molestias y puede identificar la bajada de la leche al poner el niño al pecho; el niño ha recuperado el peso del nacimiento y aumenta de peso adecuadamente.
- Motivar activamente a las madres a amamantar a sus hijos y no utilizar el chupete para retrasar la alimentación o espaciar mamadas.
- Nunca ofrecer el chupete con miel, azúcar ni otros edulcorantes ya que no sólo pueden predisponer a malos hábitos alimentarios, sino que, además, pueden poner en riesgo la salud del niño al exponerlo a enfermedades como el botulismo. (Ministerio de Salud, 2015, p. 11)

## **Recomendación para los padres sobre el uso del chupete**

El llanto es la forma explícita en que los recién nacidos se comunican con sus padres y cuidadores para transmitirles sus necesidades. Un recién nacido llora por muchos motivos y es un trabajo diario distinguir el tipo de llanto para poder interpretar la necesidad del niño. (Ministerio de Salud, 2015, p. 12)

Si el niño expresa hambre, debe ser amamantado sin demoras. Se recomienda el chupete para los momentos de sueño para ayudar a disminuir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y no para calmar la sensación de hambre del bebé. (Ministerio de Salud, 2015, p. 12)

Cuando un niño llora y se descarta que sea por hambre, se deben evaluar las siguientes alternativas:

- Alzarlo, pasearlo, facilitar la expulsión de aire deglutido o de gases intestinales.
- Acunarlo, abrigarlo o desabrigarlo, cambiarle el pañal, etc.
- Ofrecerle el chupete al momento de dormir (siestas y noche) o cuando, luego de haber intentado otras alternativas para calmar al niño, las mismas fueron insuficientes.

- Cuando se usa chupete es necesario recordar:
- Nunca utilizarlo con el objetivo de demorar el momento de alimentación del niño. Si el bebé tiene hambre, aliméntelo sin demoras.
- Nunca colgar el chupete con cintas o cadenas del cuello del niño, ya que provocan riesgo de asfixia.
- Nunca agregar al chupete miel ni azúcar (u otros endulzantes).
- Lavar los chupetes luego de cada uso con agua y jabón. En caso de que hubieran caído al piso o se hubieran ensuciado, el adulto no debería limpiarlo con su boca.
- Ofrecer chupetes en buenas condiciones, que no estén rotos ni con partes flojas.
- No permitir que el bebé comparta el chupete con otros niños.
- Hacia el año de vida es el momento de empezar a reducir su uso. (Ministerio de Salud, 2015, p. 12)

## **Recomendación para los padres sobre el sueño seguro del bebé**

Para dormir, acueste al bebé apoyado sobre su espalda, boca arriba, en su cuna. (Ministerio de Salud, 2015, p. 13)

- Se recomienda cohabitar (compartir el mismo cuarto).
- No duerma con el bebé en la misma cama.
- Ofrezca chupete al bebé para dormir.
- No permita que se fume dentro de la casa, ni cerca del bebé.
- Evite el calor ambiental intenso y el exceso de abrigo.
- Utilice un colchón firme para acostar al niño.
- Acueste al niño sin almohada.
- Los brazos del bebé deben quedar por arriba de la ropa de cama.
- Los pies del bebé deben tocar la baranda o borde inferior de la cuna o moisés.
- Asegure que la cabeza del bebé quede descubierta.
- No debe haber objetos en la cuna (almohadas, peluches, colgantes, etc.). (Ministerio de Salud, 2015, p. 13)



**ENCUESTA: DATOS RELACIONADO A LA CARACTERIZACION DE LA MUESTRA**

**1. ¿A qué rango de edad pertenece?**

- a) 15-25 años.
- b) 26-35 años.
- c) 36-40 años.

**2. Nivel educativo alcanzado**

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Terciario/universitario.

**3. ¿Su domicilio se encuentra ubicado en?:**

- a) Ciudad autónoma de buenos aires.
- b) Provincia de buenos aires.

**4. ¿En qué intervalo de días se encuentra siendo usuaria en la unidad neonatal?**

- a) Más de 10 días.
- b) Más de 20 días.

**DATOS RELACIONADOS AL CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS**

**5. ¿Conoce el concepto de síndrome de muerte súbita del lactante?**

- a) Sí.
- b) No.

**6. ¿Que interpreta como colecho?**

- a) Bebe que duerme en la misma cama que los padres.

- b) Bebe que duerme en la misma habitación que los padres, pero en su cuna.

**7. ¿Que interpreta como cohabitación?**

- a) Bebe que duerme en su cuna en la misma habitación.
- b) Bebe que duerme con los padres en la misma habitación.

**DATOS RELACIONADOS CON AREAS DE VACANCIA EN LOS CONOCIMIENTOS DE RIESGO DE SINDROME DE MUERTE SUBITA**

**8. ¿En dónde debe dormir él recién nacido?**

- a) En su cuna.
- b) Con los padres en la misma cama.
- c) En otra cama con su hermanito chico.

**9. ¿En qué posición acostará a su bebé para dormir en su casa?**

- a) De costado para evitar que se ahogue.
- b) Boca arriba.
- c) Boca abajo.

**10. ¿Cómo se recomienda que sea el colchón en donde duerme él rn?**

- a) Blanda y con almohadas.
- b) Rígida y sin almohadas.

**11. ¿Cómo debo colocar al rn en su lugar de sueño?**

- a) En medio del cuna envuelto con mantas.
- b) Que haga pie con el borde de la cuna y con la manta por debajo de las axilas.

**12. ¿Tiene pensado utilizar chichoneras?**

- a) Si.
- b) No.

**13.** ¿Qué cosas puedo dejar dentro de la cuna cuando duerme él recién nacido?

- a) Pañales y babitas.
- b) Juguetes o peluches.
- c) Nada.

**14.** ¿El chupete previene la msdl?

- a) Si.
- b) No.

#### FACTORES DE RIESGO PRENATALES

**15.** ¿Cuántos controles prenatales se ha realizado durante el embarazo?

- a) Menos de 5 controles.
- b) Más de 5 controles.

**16.** ¿Fuma?

- a) Si.
- b) No.

**17.** ¿Fumo durante el embarazo?

- a) Si.
- b) No.

#### PREGUNTA RELACIONADA CON EL ORIGEN DE SUS CONOCIMIENTOS

**18.** ¿Los conocimientos que usted ha adquirido sobre el tema provienen de?:

- a) Internet.
- b) Observación durante la estadía en la neonatología.
- c) Diálogo con profesional de la salud.

