



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE MATERNO INFANTIL**



**NIVEL DE INFORMACIÓN DEL NÚCLEO  
FAMILIAR DE LOS RECIÉN NACIDOS  
ATENDIDOS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO  
MADRE-HIJO DEL HOSPITAL POLICIAL  
SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME  
MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE**

**Autores:**

Yamila Barreiro  
Melanie Coitinho  
Andrés González  
Magela Ortiz

**Tutoras:**

Prof. Agda. Lic. Esp. Verónica Sánchez

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2020**

## **Hoja de Aprobación**

### **Autores:**

Br. Barreiro, Yamila

Br. Coitinho, Melanie

Br. González, Andrés

Br. Ortiz, Magela

**Título:** "Nivel de información del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en la sala de alojamiento madre-hijo del Hospital Policial sobre la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante."

Trabajo Final de Investigación para obtener el título de grado de Licenciatura en Enfermería, Plan de Estudios 1993, Facultad de Enfermería sede Montevideo, Universidad de la República, Uruguay.

**Fecha de aprobación:**

**Conformación Tribunal:**

**Preside:**

**Segundo integrante:**

**Tercer integrante:**

**Tutora:** Prof. Agda. Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez

## **Tabla de Contenidos**

Listado de abreviaturas y siglas	5
Resumen	7
Planteamiento de problema	8
Justificación	8
Antecedentes	12
Marco teórico	25
Marco Referencial	67
Caracterización del Universo de estudio	74
Objetivos de la investigación	77
Diseño Metodológico	78
Presentación de los datos	89
Discusión	97
Conclusiones	110
Sugerencias	113
Bibliografía	114
Cronograma y Presupuesto	122
Apéndice	123
Anexo	186

## **Agradecimientos**

El equipo de investigadores del presente trabajo expresa su reconocimiento y agradecimiento a la tutora Prof. Agdo. Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez, docente del Departamento de Materno Infantil de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, por ser guía de ésta instancia de aprendizaje y brindarnos su apoyo. Al personal del Hospital Policial en los diversos sectores tanto en el servicio de alojamiento conjunto, como los sectores administrativos, especialmente a las autoridades del Comité de Bioética, de la Dirección Técnica y el Departamento de Enfermería, al Director del servicio de Neonatología Dr. Leonardo Macías, a las supervisoras del servicio Lic. Enf. Luciana Piccardo y pediatría Lic. Enf. Marcela Morales, y a todo el personal de enfermería, por su buena disposición que nos permitió insertarnos en el sector y facilitarnos información para la ejecución del protocolo de investigación. A la Diputada Dr. Cristina Lustemberg por recibirnos y aportar datos valiosos para nuestro trabajo. Y finalmente a nuestras familias por el aliento y la comprensión durante el transcurso de cada instancia de la carrera.

## **Listado de abreviaturas y siglas**

CAIF Centro de Atención a la Infancia y a la Familia

CCIU Curvas de Crecimiento Intrauterino

CO2 Dióxido de Carbono

EHE Estado Hipertensivo del Embarazo

ENDIS Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud

FONASA Fondo Nacional de Salud

INAU Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INE Instituto Nacional de Estadística

MiDeS Ministerio de Desarrollo Social

MSP Ministerio de Salud Pública

MSL Muerte Súbita del Lactante

NIPs Necesidades, Intereses y Problemas

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PAE Proceso de Atención de Enfermería

PBI Producto Bruto Interno

PPENT Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

PPL Preparado Para Lactancia

RCIU Restricción del crecimiento intrauterino

RN Recién Nacido

SIMS Síndrome Infantil de la Muerte Súbita

SMSL Síndrome de muerte súbita del Lactante

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

SNC Sistema Nervioso Central

SS Sueño Seguro

UCC Uruguay Crece Contigo

UdelaR Universidad de la República

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)

## **Título**

“Nivel de información del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en la sala de alojamiento madre-hijo del Hospital Policial sobre la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante.”

## **Resumen**

El presente trabajo final de investigación fue realizado por cuatro estudiantes de la generación 2015 de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, en el período enero-marzo del año 2020, en el Hospital Policial. Esta investigación está enfocada en cuidados de enfermería centrados en las familias en el área materno-infantil. El objetivo principal es determinar el nivel de información del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en la sala de alojamiento madre-hijo sobre la prevención de la muerte súbita del lactante. Se realizó una investigación de tipo cuantitativa observacional-descriptivo y transversal, con una muestra representativa del universo de estudio, aplicando el instrumento de elaboración propia a 40 núcleos familiares. De los resultados se destacó: el 36% recibió información sobre los cuidados de los RN de parte del equipo de salud; un 33% presentó información previa acerca de los factores protectores y de riesgo de la temática estudiada; y según la escala ordinal utilizada: el 85%, presentó un nivel de información alto. En cuanto a las recomendaciones del sueño seguro: un 19% refirió información previa y según la escala ordinal utilizada: un 65% alcanzó un nivel de información alto. Concluyendo, a pesar de que el nivel de información de los núcleos familiares obtenidos sobre la temática fue alto, se observó que en algunos casos fallaron en la identificación de los factores según su condición de riesgo y protector. Por ende, para continuar con el descenso de la mortalidad neonatal, es necesario reforzar

en buenas prácticas durante el período perinatal mediante el proceso de atención de enfermería.

**Palabras Clave:** Recién nacido; Prevención; Muerte súbita; Sueño; Núcleo familiar.

### **Planteamiento del problema**

¿Cuál es el nivel de información que presenta el núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en la sala de alojamiento madre-hijo del Hospital Policial sobre la prevención síndrome de la muerte súbita del lactante?

### **Justificación**

Uruguay es uno de los países más envejecidos de América, según el último relevamiento estadístico (censo del año 2011), determinado por un aumento de la esperanza de vida y un estancamiento en el crecimiento poblacional. Dicho relevamiento muestra que un 14% de la población uruguaya es mayor a sesenta y cuatro años de vida <sup>1</sup>, y una baja tasa de natalidad de un 11,4 % <sup>2a</sup> con un índice de fecundidad de un 1,6% <sup>3</sup> y una baja tasa de mortalidad infantil de un 6,8%<sup>2b</sup>. Este escenario, describe la caracterización de una población con matices, reflejando una realidad que implica un cambio socio-político-cultural destinado al ciclo vital que los uruguayos estén transitando. En este contexto, dada su baja proporción poblacional y la vulnerabilidad característica de la etapa de vida cursando, es necesario considerar a los recién nacidos como una población a la cual focalizar políticas y planes que orienten a una atención integral, promoviendo su desarrollo, crecimiento, salud y prevengan factores de riesgo que vulneren su situación vital. Ya que, en palabras de Lustemberg, C <sup>1</sup> “Para el niño y la niña, un buen comienzo

---

<sup>1</sup> Dra Lustemberg, C, pediatra, diputada en ejercicio por la fuerza política Frente Amplio, referente en políticas de protección a la infancia y promotoras del desarrollo.

de vida determina el desarrollo de sus capacidades futuras en todas las áreas (.....) es fundamental en la formación del individuo y se relaciona a lo que será el desarrollo del capital humano de los países”<sup>4</sup>

A nivel internacional hay directrices pautadas por organismos: OMS/OPS/UNICEF que guían según las necesidades de cada región, siendo la salud materno-infantil una de las prioridades, incluyendo un conjunto de medidas para mejorar su calidad de vida. En sintonía con dichas entidades, en el país, se establecen objetivos y metas nacionales que persiguen atender las necesidades analizadas, articulando con las que caracterizan a la población. Por medio de objetivos nacionales, planes de atención, campañas de difusión masiva, capacitación a profesionales. El Ministerio de Salud Pública plantea dentro de Objetivos Sanitarios Nacionales 2020<sup>5</sup>, seis de los problemas identificados relacionados con la primera infancia, incluyendo el periodo perinatal hasta preescolar, dentro de ellos las causas de morbilidad infantil que adquieren una gran relevancia, siendo así el objetivo estratégico número dos el que implica disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad. A través de estos objetivos se planifican programas de trabajo para cumplir con las metas establecidas. En las cuales, Enfermería, de acuerdo a las funciones inherentes a su rol, es una profesión idónea para favorecer su proceso salud-enfermedad, mediante la aplicación de la metodología científica propia, que avala su capacidad de abordaje en los individuos en todo su ciclo vital.

La relevancia radica en que el ciclo vital de la niñez, específicamente la etapa de recién nacido/lactante, implica un conjunto de cuidados fundamentales, que convergen en una asociación entre la familia, microsistema, y el equipo de salud tratante, mesosistema, orientados a la prevención de la morbilidad, como lo son los cuidados orientados a

la prevención de la muerte súbita lactante. Definida como la “muerte inesperada de un lactante menor a un año, de causa no explicada por autopsia ni cuadro clínico ni anamnesis”<sup>6</sup> La cual constituye una de las primeras causas de mortalidad en el período de lactancia. Si bien es, en general, de desconocida etiología, hay factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desenlace. Por lo cual, los profesionales de la salud, en el marco de la modalidad de brindar cuidados orientados a la familia, deben educarlas, promoviendo su empoderamiento, con el propósito que se ejecute un plan de cuidados acorde al contexto familiar y proceso salud-enfermedad de los recién nacidos.

Entre los cuidados se destaca el denominado “Sueño seguro”<sup>7</sup>, implicando un conjunto de intervenciones cuyo fin radica en una disminución de accidentes y prevención de la muerte súbita del lactante. Este plan abarca un conjunto de factores/variables importantes en el cuidado del recién nacido en su entorno inmediato. Vinculado al relacionamiento familiar, el rol maternal y paternal -apego-, la alimentación -promoviendo la lactancia materna exclusiva-, cultura familiar -costumbres, presencia de hábitos tóxicos, tales como tabaquismo, cuyo consumo en Uruguay es de 21,6% -, y situación social familiar -relacionados con la vivienda, y el nivel de confort del cual es beneficiaria.

Si bien, hay directrices internacionales y nacionales entorno a la prevención de la “Muerte súbita del lactante”, se considera trascendente incrementar el aporte desde el área de enfermería en salud materno-infantil -por el rol fundamental que ejerce-, orientados a la importancia de la prevención de los riesgos, utilizando como herramientas metodológicas de enfermería la conjunción de teorías y modelos. Una de ellas, es la teoría de necesidades de Virginia Henderson<sup>9</sup>, que orienta el cuidado en la satisfacción de las catorce necesidades, destacando en la prevención de muerte súbita, necesidad de: respiración y

circulación; comer y beber; temperatura corporal; vestido y desvestido; sueño y descanso; seguridad; creencias y valores: aprendizaje. Otra metodología es el modelo de adopción del rol materno de Ramona T. Mercer <sup>9</sup>, quien considera que el rol materno incluye un proceso de formación continua, netamente influido por el microsistema (familia) al macrosistema (legislaciones, cultura), donde enfermería tiene un rol fundamental en el empoderamiento de la maternidad. Promoviendo cuidados esenciales al neonato/lactante y prácticas saludables de salud, acompañando el desarrollo y crecimiento junto a las familias, adecuándose al ambiente inmediato y mediato en el que están inmersas.

Por todo lo previamente mencionado, se destaca el rol de Enfermería, por su aporte desde la investigación, a continuar contribuyendo en el conocimiento del contexto internacional y nacional sobre la Muerte súbita del lactante y su prevención. Dado que, para intervenir, hay que conocer, es consecuente investigar y profundizar acerca de la situación actual del “Nivel de información de las familias de los recién nacidos sobre la prevención de la muerte súbita del lactante”. Ya que, por medio de la aproximación a la realidad de las familias, se pueden idear planes de cuidados acorde a sus necesidades y problemas. Para continuar contribuyendo al descenso de la mortalidad infantil, evitar accidentes y complicaciones derivadas a prácticas consideradas inadecuadas, fortalecer conductas protectoras con el fin último de favorecer el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos uruguayos, mejorando su calidad de vida por medio de cuidados oportunos, eficientes, eficaces y humanos.

## **Antecedentes**

En el artículo “Muerte Postneonatal en domicilio y accesibilidad a los servicios de Salud. La Piedras, La Paz, Progreso, 1999”<sup>10</sup> de los autores Rodríguez, H; Mederos, D; Echenique, M; Vilas, R; Ferrari, A; es el primer antecedente de investigación sobre la temática, considerándose como referencia para comparar el mismo con la actualidad. El estudio se centró en conocer la mortalidad postnatal (cifra del 50% en la década del 90) domiciliaria en áreas limítrofes a Montevideo, en hogares recursos socioeconómicos desfavorables, caracterizando a la población objetivo, con el fin de evaluar la circunstancia y causas de las defunciones. Incrementando la cifra en barrios carenciados. La población elegida incluyó todos los fallecimientos en el período postneonatal de lactantes residentes en Las Piedras, La Paz y Progreso entre 1996-1998. Se realizó un relevamiento de los datos de: certificado de defunciones, carnes pediátricas, partes policiales, protocolos de autopsia, estudios antropológicos, y entrevista social domiciliaria. De los mismos se observó que: De las 37 muertes registradas 27 sucedieron en el hogar. De las muertes registradas en el hogar 22 de los lactantes nacieron con el peso adecuado, 20 tenían una nutrición normal, 22 sin enfermedades conocidas. 24 de las muertes fueron por causa natural. 16 por infección respiratoria aguda, 6 con síndrome de muerte súbita del lactante. 2 Enfermedad diarreica aguda. 24 no consultó la semana previa a la muerte. Se destacó que en todos los casos existía un centro de salud geográficamente accesible. Estableció que existe relación entre este suceso con las inadecuadas condiciones de vida. Sin embargo, la accesibilidad geográfica a los servicios de salud no pareció estar vinculada con estas muertes sin asistencia. Se implementaron estrategias para decrecer la tasa de mortalidad infantil que prevengan las muertes

domiciliarias, centrándose en la educación de la población sobre los signos de peligro y la necesidad de la consulta y control periódico.

El artículo “Muerte inesperada del lactante. Diagnóstico de situación en la ciudad de Montevideo”<sup>11</sup>, de los autores: Gutiérrez, C; Palenzuela, S; Rodríguez, A; Balbela, B; Rubio, I; Lemes, A; Scavone, et al., del año 2000, describe dos estudios realizados en Montevideo basados en el análisis de muerte inesperada del lactante, ya que la mitad de los niños fallecidos menores de un año eran domiciliarios y sin asistencia médica, y que un 96% de muertes naturales y un 4% de muertes violentas, el 15,6% de las muertes que se consideraron naturales fueron por síndrome de muerte súbita del lactante. Por ello, se estudiaron 115 casos, de ellos: en relación a la edad: 94,8% menores de un año, 75% menores de seis meses; 50% entre uno y cuatro meses, 17% menores de un mes. En relación al sexo, fue masculino en 68 (59%) y femenino en 47 casos (41%). En relación al estado nutricional, 24 casos son desnutridos (21%). De los 115 casos examinados, se encontró una causa que justificaba la muerte en 75 de ellos (65,2%), es el grupo que se identifica como muerte explicable (ME). En 23 casos (20%) no se encontraron alteraciones en la autopsia que justificaran la muerte, este es el grupo que se identificó como autopsia negativa (AN). Son los casos que, consideradas las circunstancias que rodearon a la muerte y la historia clínica, constituyen el grupo de SMSL. Como conclusión plantea que la infección respiratoria la causa mayoritaria, fundamentalmente en meses de invierno. Acompañando: diarrea con deshidratación, desnutrición, patología cardíaca. La causa violenta no tuvo relevancia en la muestra analizada. El síndrome de muerte súbita constituyó el 20 % de la muestra. Siendo un 50.4% provenientes de hogares carenciados. El porcentaje de muertes inesperadas del lactante estipula que pueden atribuírsele a muerte súbita asociada a alteraciones de índole cardiovascular, respiratorias,

neurológicas, traumatismos y violencia, metabólicas, infecciones. Se destacó que de los estudios realizados no existen elementos patognomónicos del SMSL.

En la Declaración de la Asociación Latinoamericana de Pediatría Declaración de Montevideo - Comité de muerte súbita e inesperada del lactante Declaración de Montevideo Sobre sueño seguro del lactante y hábitos de crianza saludables.<sup>12</sup> Comité de muerte súbita e inesperada del lactante, Uruguay, 2012, se establecieron recomendaciones para prevenir la muerte súbita del lactante. Entre ellas se destacan: los controles maternos durante la gestación y en el puerperio (previniendo período intergenésicos cortos), el efecto del tabaquismo, alcohol y de otras drogas psicoactivas (durante y luego del embarazo aumentando el riesgo). Describe los consejos postnatales, incluyendo: controles pediátricos y esquema de vacunación pertinente; conducta de posicionar al lactante en posición supina, evitar exposición del lactante al humo de tabaco, promover la lactancia materna, evitar el abrigo excesivo y temperatura ambiental adecuada, utilizar chupete para dormir (cuando lactancia materna está adecuadamente instalada), cohabitación evitando el colecho. Especifica cuándo debe ser irremediamente evitado el colecho (ante persistencia de factores de riesgo mencionados de conductas de tabaquismo, bajo peso al nacer, o cuando hay exceso de accesorios en la cama - almohadas, juguetes, superficies mullidas-) Determina que las familias de padres jóvenes, de medios económicos deficitarios y hacinamiento, así como padres consumidores de sustancias psicoactivas son de alto riesgo para el desenlace del síndrome. Explica los consejos para la utilización de cuna o moisés. Recalca que es un problema solucionable a través de la educación incidental y programada.

En el artículo “Muerte súbita del lactante y factores ambientales. Educación sanitaria”<sup>13</sup> publicado por Zapata, M; Castro, L; Tejada, R. en Sevilla, España en el 2012, se prepondera el rol de la enfermería en asesorar y educar a los nuevos padres para la prevención sobre la muerte súbita cuales son los factores de riesgo y factores protectores. Destacando la importancia de promover la educación sanitaria. Establece que el ambiente es un factor modificable en la incidencia de la muerte súbita. Basándose en la evidencia científica muestra que el riesgo aumenta cuando el lactante duerme en posición prono, superficies blandas -junto con almohadas, cubrecamas, peluches-, ambiente con humo de tabaco -madre fumadora en gestación y lactancia- colecho, el estrés térmico ambiental (temperatura ideal a 20°C, evitando la calefacción y las prendas de abrigo). El riesgo disminuye cuando la posición es supina. Dormir en la habitación con la madre aumenta la frecuencia de alimentación al pecho directo, incrementando la duración de la lactancia materna, el contacto madre-hijo, prolongado y mantenido, durante el sueño, representa una protección del desarrollo y maduración del neonato. Además, al dormir en la misma habitación, en su cuna al menos los 6 primeros meses de vida, reduce el riesgo de muerte súbita del lactante. Hay evidencia acerca del efecto protector del uso del chupete para conciliar el sueño. El uso de las mejores prácticas es trascendente para una atención adecuada y de calidad por parte de la enfermera, basadas en la evidencia científica disponible, rol que se destaca en la atención primaria, en el asesoramiento de los padres respecto a las buenas prácticas.

El artículo: “El colecho Favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres”<sup>14</sup> de los autores: Rivera, M; Gómez, A; Paricio J, Talayerod, C; Pallás; Hernández, M. Aguilarf, J, et al, publicado en 2012, España, trata de demostrar que el colecho correctamente realizado no es un factor

de riesgo directo para el SMSL. Considera varios estudios de distintos países, siendo estos, uno de Chicago, en donde se logró apreciar que el colecho como riesgo de SMSL iba acompañado con el estado civil, la edad, la educación, y el nivel de control de los padres, en el cual el colecho si fue a causa de SMSL; en cambio al analizar el colecho en otras personas los resultados fueron distintos. En otro estudio de casos y control, se logró identificar que 5 de 11 publicaciones sobre el tema, no se encontró relación entre colecho y SMSL. Mientras que en otras de ellas el colecho no resultó ser factor de riesgo cuando es practicado con los padres, pero si cuando era realizada por otro miembro de la familia. Destaca que el tabaquismo de la madre aumenta el SMSL asociado a práctica de colecho. En un estudio reciente en el cual se realizó con 2 grupos, un grupo control y un grupo con factores de riesgo, se demuestra que la combinación del consumo de alcohol (más de 2 copas) o drogas y colecho fue el predictor más consistente del SMSL. En cambio, se demostró que el colecho sólo, sin consumo de alcohol o drogas, y sin presencia de hermanos en la cama, presentaba un efecto protector para el SMSL. Este último estudio también define otros factores de riesgo para la MSL, como el uso de almohadas, frazadas, y el arropamiento con mantas ajustadas. En otros casos se constata que la lactancia materna disminuye el 50% del SMSL. El colecho favorece la lactancia materna, reduce la morbimortalidad, fortalece el vínculo madre hijo, desarrolla la relación de apego entre el lactante y la madre; y también aumenta la respuesta adecuada ante situaciones de estrés. No existen evidencias científicas por la que se deba desaconsejar el colecho en los lactantes. Si en casos de presencia de factores de riesgo, como consumo de fórmulas para lactantes y de las prácticas destructivas de la relación madre-hijo (como acostumarlos a que lloren, a dormir solos, y alimentarse cuando sea la hora). Como alternativa al colecho, ante la presencia de factores de riesgos, se recomienda la cohabitación.

El artículo “Nidos de contención para recién nacidos y riesgo de muerte súbita del lactante”<sup>15</sup> de la. Pediatría Práctica de Rossato, N, publicado en 2013, Argentina. Menciona que desde las primeras campañas en 1992 sobre prevención de muerte súbita se ha registrado un descenso de su incidencia. En la actualidad se ha registrado un aumento en las muertes infantiles a causa de sofocación, asfixia o atrapamiento, algunas relacionadas con el uso de nidos o almohadillas laterales de cunas. Desde el ser profesional de la salud es responsabilidad de realizar difusión sobre las buenas prácticas para prevenir la muerte súbita durante el sueño, desde los medios de comunicación y fabricantes deberían respetar estas prácticas seguras, pero la fabricación, publicidad y venta de objetos que pueden afectar la seguridad de los niños carece de fiscalización. Se detallan las recomendaciones del 2011 del APP sobre las buenas prácticas de sueño seguro para la prevención de la muerte súbita específicos hacia los padres y hacia el personal de salud, a los comunicadores y fabricantes de accesorios de cuna, respetar estas recomendaciones en noticias y avisos comerciales relacionados con el medio donde duerme un lactante. El modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia surgió como una necesidad de brindar una atención perinatal que incluye a los padres y a la familia como protagonistas de esa atención. La participación de los padres en los cuidados del recién nacido, la internación conjunta, la atención a demanda, la promoción y protección de la lactancia materna, la integración del recién nacido a su familia través de un aprendizaje guiado por los profesionales de la salud.

En el “Libro Blanco de la muerte súbita infantil”<sup>16</sup>, de los autores: Izquierdo, M; Macián, E; Zorio, G; Molina, P; Purificación, M; menciona que se han realizado numerosas investigaciones relacionadas a la patogenia del SMSL, pero la fisiopatología que lleva a dicho síndrome sigue sin estar bien definida. Pese a ello se han planteado algunas

hipótesis que brindan explicaciones para cada caso, plantean que pueden existir factores de riesgo, causas genéticas, infecciosas, ambientales y/o evolutivas que pueden llevar a la manifestación del SMSL. Se destaca entre las teorías del SMSL:

Hipótesis del triple riesgo por Dr. Filiano y Dr. Kidney, plantea que inciden tres factores simultáneamente para que se instale el SMSL: como son trastornos del desarrollo originados durante a la etapa fetal que lo torna más vulnerable, un período crítico del desarrollo (entre los 2 y 4 meses de edad) donde ocurre un 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, y un factor externo de estrés, que en un lactante vulnerable actúa como desencadenante.

Además, dividen los factores de riesgo en:

Factores intrínsecos: factores genéticos, polimorfismos, la raza afroamericana, sexo masculino, la prematuridad y la exposición materna prenatal al tabaco o al alcohol.

Factores de riesgo extrínsecos (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).

Muchos estudios de cohortes han estudiado los factores genéticos que pueden llevar a la predisposición para instalar un SMSL. Dentro de los factores genéticos se destaca la disfunción del sistema nervioso central particularmente del sistema nervioso autónomo que puede dar lugar a la falta de respuesta, a la asfixia con hipoxia progresiva a coma y muerte.

Teoría de la obstrucción respiratoria por Tonin y Krous, se basa en los cambios anatómicos que se producen cuando el bebé duerme en posición de prono. Relaciona como factores de riesgo la superposición entre asfixia y colecho, obstrucción de la

respiración por ropa de cama, colchón blando y la posición de dormir boca abajo.

Comparando con la posición supina, refiere que el dormir en decúbito prono eleva la excitación y los umbrales del despertar, favorece el sueño y reduce la actividad autonómica debido a un desequilibrio entre la actividad parasimpática y simpática.

Muchos autores sugieren que las infecciones poseen un papel incidente relacionado al SMSL, mencionando que las más comunes son las infecciones respiratorias y gastrointestinales con una mayor incidencia en invierno y primavera, generalmente transmitidas por la familia dado que es la primera exposición a la mayoría de los patógenos.

Destaca que en las últimas décadas hubo grandes avances en la comprensión de la relación del SMSL con el sueño y la homeostasis, el sobrecalentamiento, el tabaquismo materno, antes y después del parto, factores de riesgo genéticos y las alteraciones bioquímicas y moleculares. Como prevención se ha implementado la disminución de la prevalencia de dormir en decúbito lo que se ha logrado la disminución de la incidencia de muerte súbita.

El artículo de Novedades Flashes Pediátricos AEPap<sup>17</sup>, elaborado por Ruiz, J, del grupo PrevInfad AEPap., Granada. España, define el síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) como un fenómeno ocurrido en un lactante menos a un año, y remarca sus causas; las cuales permanecen sin explicación después de una minuciosa investigación que incluye autopsia completa, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica del lactante. Realiza la afirmación de que se trata de un diagnóstico sindrómico al que se llega por exclusión y que es probable que tenga diferentes causas. Establece recomendaciones preventivas, de grado A y de grado B. Dentro de las recomendaciones de grado A recomienda hábitos posturales durante el sueño, dividiendo el primer año de vida en dos. Por ende, realiza recomendaciones hasta y después de los seis meses de edad.

Las recomendaciones son: la posición decúbito supino para dormir (a excepción de indicaciones médicas específicas); decúbito prono solamente con vigilancia y no durante el sueño; la lactancia materna a demanda; ningún integrante del círculo más cercano al lactante fume, ni durante gestación. Las recomendaciones de grado B, establecen cuidados sobre el ambiente del dormitorio durante el sueño y conductas de prevención en gestación y perinatales. Establece así la cuna en la habitación de los padres como el lugar más seguro, y no recomienda el colecho en casos de padre o la madre fumadores, hayan consumido alcohol, medicación ansiolítica, antidepresivos o hipnóticos. También se desaconseja en situaciones de cansancio extremo. Por último, remarca la idea de que el colecho en caso de realizarse, debe hacerse en cama exclusivamente. Enfatizando sobre ambas recomendaciones, A y B. Concluye que la lactancia materna es recomendada al menos hasta el sexto mes de vida del lactante, debido a ser un claro factor protector frente al SMSL, y por ello es una recomendación de grado A. Sobre el colecho, establece que el mismo favorece la práctica de la lactancia materna, pero que su relación con el SMSL permanece aún poco clara dada la variabilidad e inconsistencia de los trabajos hasta ahora elaborados. Debido a que aún no existe fuerte certeza para determinar el balance entre riesgos y beneficios del mismo en los lactantes que practican colecho, es considerada una recomendación de grado B.

El artículo “Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución”<sup>18</sup> de Latorre, M; Fernández, G; Ucrós, S, plantea que dentro de las teorías que producen el SIMS, la hipótesis del control cardiorrespiratorio como la más aceptada. Ésta relaciona los cambios en la respiración y el control autonómico. Refiere que la alteración de la respiración inicia con un evento estresor que causa asfixia e hipoperfusión cerebral y luego progresa, debido a que la vulnerabilidad del infante impide que haya alerta ante

el evento que causa asfixia. Posteriormente, el infante cursa con respiración jadeante, inefectiva en la elevación de la presión arterial, y, finalmente conlleva a apnea persistente y a la muerte. Los factores de riesgo para SMSL, relacionados con la madre y el período prenatal y factores del infante que pueden ser extrínsecos (estresores físicos que promuevan la asfixia o alteraciones de la homeostasia corporal tales como dormir en posición prona o lateral, cobijas que cubran la cabeza, superficies blandas donde se acueste al niño, colecho y temperatura ambiental elevada) o intrínsecos (se subdividen en factores del desarrollo, como prematuridad y factores genéticos, historia de SMSL en hermanos, sexo masculino y factores asociados a la raza o grupo étnico). Se asocia a los factores de riesgo maternos (consumo de cigarrillo, anemia, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol), y las complicaciones obstétricas como pre-eclampsia, retardo de crecimiento intrauterino y parto pretérmino, aumentando hasta diez veces el riesgo de desarrollar SMSL. Se asocian factores relacionadas al lactante como la edad (menores de un año de vida los más vulnerables), el sexo (masculino), la raza (mayor riesgo en lactantes de raza negra, indios americanos, nativos de Alaska y grupos indígenas). Factores prenatales y perinatales: bajo peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino e incidente previo de apnea sin explicación. Infección respiratoria: se han detectado hallazgos de antecedente de esta afección en días previos a la muerte de infantes. Ya que este factor desencadenaría una cascada inflamatoria y efectos a nivel cardiorrespiratorio y del sistema de alerta del infante de forma secundaria. Los factores protectores como la lactancia materna relacionada con el estado de alerta del infante, la protección inmunológica, como creación de un vínculo entre la madre y el lactante; el uso de chupete asociado con una disminución del riesgo de SMSL debido a que puede ayudar a regular el control autonómico.

El artículo “Síndrome de muerte súbita del lactante (parte 2) Actividades preventivas”<sup>19</sup> de los autores Sánchez, J., Ortiz, L., y Grupo PrevInfad publicado en 2014, España, se enfoca en una compilación de información sobre la temática. Destacando la epidemiología que, si bien ha retrocedido, persiste una prevalencia que debe ser radicada. Además, que continúan presentándose situaciones con causa desconocida. Prepondera que ante la imposibilidad de conocer a futuros y actuales individuos en situaciones de riesgo, es aconsejable promover hábitos que evitan el desenlace de este suceso. Entre estos menciona, clasifica y realiza recomendaciones específicas según estén relacionados con: La madre: preventivos (controles prenatales y gestación; lactancia materna; cohabitación), de riesgo (colecho, exposición prenatal y postnatal a drogas (alcohol, tabaquismo y otras drogas. Con el ambiente: de riesgo (posición lactante al descanso, ambiente del dormitorio -ropería, accesorios, colchones, coches, arropamiento excesivo-, temperatura excesivamente cálida), uso del chupete al dormir, inmunización. Establece, además, un conjunto de medidas preventivas aplicables a la población de riesgo: Una de ellas la monitorización a domicilio (la cual consideran escasamente eficaz, utilizable en situaciones que ameriten según las características de los lactantes). Destaca las recomendaciones del grupo PrevInfad/basadas en modelos estadounidenses y canadiense de prevención en salud/: clasificándolas grado a y grado b. Especificando la importancia de continuar estudiando los factores de riesgo para la prevención.

El artículo “Impacto de una intervención educativa para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante”<sup>20</sup> de los autores: Rocca, Reyes, Hensona, et al, realizado en Argentina, 2016, realiza una evaluación de impacto de una intervención educativa de sesenta días practicada en una maternidad, con el fin de incrementar la adherencia a las prácticas que promueven el sueño seguro del lactante.

Describe que el SMSL es una de las principales causas de mortalidad posnatal en varios países, incluyendo Argentina. Destaca el cambio que generó en la decrecer la incidencia de este síndrome al implementar planes educativos que promovieron reducción de riesgos. País en el cual, según una encuesta del 2010, existe un hábito, en el 59% de los encuestados por el MSP egresados de las maternidades, de posicionar al lactante supino al dormir, similar a la caracterización realizado en Pilar con un 60%, por ello se destaca la trascendencia en promover planes educativos adecuados. El estudio realizado fue de intervención en dos hospitales del Pilar, con criterio de inclusión de todos los lactantes mayores a 36 semanas de gestación, y sin alteraciones (550 en total), en tres fases, seleccionado un grupo control y otros casos. La primera se recabaron los datos patronímicos y evaluaron hábitos y costumbres del cuidado del recién nacido. La segunda se brindó información sobre el SMSL, factores de riesgo y protectores, utilizando como recursos educativos: posters, folletos, así como clases (con equipo multidisciplinario) a las familias previamente seleccionadas. La tercera se repite la primera fase de la encuesta a los sesenta días. Como resultados de esta intervención: cambios significativos positivos de las siguientes variables: en posición supina para dormir, lactancia materna, y reducción colecho.

El artículo “Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante<sup>21</sup>. Recomendaciones para los profesionales de la salud de la Subcomisión de Pediatría Argentina bajo la coordinación de Conti. G y Jenik. A, 2017, define al colecho y lo describe como una práctica ancestral. Enaltece al colecho como favorecedor a la práctica de la lactancia materna y desestima su asociación a la muerte súbita, apoyándose en otros estudios realizados (cita a uno del 2014 en el Reino Unido), vinculando a la existencia de otros factores de riesgo como preponderantes. Resalta que: “El riesgo no es inherente al

colecho en sí, sino a las circunstancias en las que ocurre”, vinculando su práctica con la coexistencia de factores predominantes (exceso abrigo, alimentación con fórmula, entre otros), pero no a su evento por sí solo. Por lo cual establece la importancia de educar a las familias acerca del colecho seguro, y enumera recomendaciones y situaciones de riesgo a la práctica del mismo.

El artículo “Actuación de enfermería ante el síndrome de muerte súbita del lactante”<sup>22</sup> elaborado por Martín, A, España, 2017-18, plantea crear un programa de salud, con el objetivo de proporcionar conocimiento basado en evidencia científica a los futuros padres, y poder reducir de esta manera la incidencia del SMSL. El mismo consta de una charla informativa, comparando mediante una encuesta el antes y el después para evaluar la efectividad del programa planteado. A través del mismo, se logra afianzar los conocimientos en los futuros padres, disminuyendo los factores de riesgo, factores relacionados con el ambiente. Se observa que la educación es importante comenzar desde la gestación, desde el primer nivel de salud para reducir los factores de riesgo.

## **Marco teórico**

### **Concepto salud-enfermedad**

La salud, considerada desde la conceptualización del plan 1993 de la Facultad de Enfermería, es un concepto dinámico, definido por el hombre según su momento histórico y cultural. Es dinámico, debido a la existencia de una gama de grados de pérdida de salud y dependencia, de acuerdo a la capacidad de reaccionar y a la situación salud-enfermedad en que se encuentren los individuos. Es histórico y cultural asociado a los avances científicos-tecnológicos, sociales, y alteraciones ambientales que fluctúan conforme cambian modelos, teorías y creencias van variando a través de los años, interviniendo en la enfermedad y salud de una población. La salud es un proceso, estrechamente asociado a la interacción del individuo con su entorno, físico, social, cultural, ambiental, expresado a través de valores mensurables de normalidad física, psíquica y social que son determinados por las distintas disciplinas científicamente aprobadas. No menos importante, constituye un derecho fundamental e inalienable del ser humano, que debe ser asegurado por el Estado, por la población y el equipo de salud.<sup>23</sup>

Entonces la salud, es considerada como un proceso de salud-enfermedad individual que responde a múltiples factores interrelacionados simultáneamente que lo pueden afectar positiva o negativamente, que corresponden a los condicionantes y determinantes de salud. Existen varios modelos de enfoque que analizan los determinantes, nosotros estudiaremos: los determinantes sociales de la salud y el modelo de Lalonde.

El modelo de Lalonde<sup>224</sup>, incorpora la multicausalidad en el proceso salud-enfermedad, utilizando las siguientes consideraciones. Lalonde especifica que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro variables: Biología Humana, Estilo de vida, Entorno y Organización de los servicios de salud.

Dentro de la biología humana incluye los hechos concernientes con la salud física y mental expresados en el cuerpo humano. Estos dependen de la información genética aportada por el individuo y la evolución de la especie. Dentro de esta variable se analizan: los factores físicos: el estado de higiene, las enfermedades, nutrición; los factores psíquicos: como patologías, trastornos; continuando con los factores genéticos entre los que se interesa analizar la diversidad genética, enfermedades hereditarias, alteraciones individuales cromosómicas, el género, ya que algunas patologías son características según sea mujer u hombre; y por último la edad, debido a que se estudia el proceso de desarrollo y evolutivo de los individuos y las enfermedades que aumentan su incidencia o prevalencia según el período del ciclo vital. Según Lalonde esta variable influye en un 20% en el proceso salud-enfermedad.

En el estilo de vida se refiere al modo de vivir de cada individuo, incluyendo sus valores y creencias, actitudes frente al riesgo, capacidades de comunicación y manejo del estrés, adicciones, violencia. El estilo de vida está determinado por el contexto social en el cual los individuos habitan, e íntimamente ligado a la educación, empleo, vivienda, la equidad social, la redistribución del ingreso. Se contemplan; Comportamiento: consumo de drogas. Participación de actividades recreativas, Sedentarismo, Conductas sexuales no responsables, Alimentación: dietas inadecuadas. Consumo excesivo de alimentos ricos en

---

<sup>2</sup> Lalonde, M, (1935-actualidad) abogado canadiense, ex ministro de salud pública de dicho país, innovador por el sistema de seguridad social y por su sistema médico nacional orientado a la prevención

grasas y en hidratos de carbono. Conducción peligrosa o temeraria. Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria. Enfermedades ocupacionales. Estrés. Influye en un 50% en el proceso salud-enfermedad. La variable entorno comprende los medios físicos, biológicos y sociales en los cuales viven la sociedad. Son aquellos factores externos a los hombres y mujeres que están intrínsecamente vinculados con el proceso salud-enfermedad.

Lalonde contempla diversos tipos de ambiente: El ambiente físico, en el que se analizan el tipo de relieve, vegetación, además de la exposición a ruidos, la composición de la atmósfera, la contaminación de suelos y aguas, el manejo de residuos sólidos, los componentes físicos de las condiciones del ambiente de trabajo, y la higiene de los alimentos; El ambiente biológico trata de los insectos, roedores, bacterias, virus, parásitos, hongos; El ambiente social estudia los medios de vida del individuo, el cual divide en las siguientes categorías: el primer nivel de vida, que son indicadores que describen el grado de satisfacción con respecto a sus necesidades fundamentales, entre ellas se incluye sueldo, vivienda, nivel educativo alcanzado, el segundo nivel de vida considera la calidad de vida, enfatizando en grado de satisfacción de necesidades y expectativas. También considera los siguientes factores: Factores demográficos (población, natalidad, mortalidad); Factores ambientales (vivienda, agua potable, desechos residuos); Factores políticos (recursos, descentralización, leyes); Factores laborales, sociales y culturales (escolarización, delincuencia, sistema educativo, religión); Factores económicos (PBI, ingresos medios, empleo y paro). Según Lalonde este influye en un 20% en el proceso salud-enfermedad.

Y por último la variable de organización de los sistemas de salud incluye el análisis de las acciones relacionadas con la prevención de enfermedades y promoción de salud,

tratamientos y cuidados, y de rehabilitación y recuperación de la salud. Así como también a las listas de espera para la atención sanitaria, la burocratización de la asistencia, los modelos de atención, la formación académica y el ejercicio de la medicina, enfermería y demás profesiones del equipo de salud, el trabajo interdisciplinario e incorporación de biotecnología. Dentro de esta variable considera: dentro de la Infraestructura sanitaria, el número de profesionales de salud del país; el número de centros de salud; el número de camas por habitante; el número de hospitales; la organización de los servicios sociales. Según Lalonde este influye en un 10% en el proceso salud-enfermedad. Es trascendental tener presente que los factores que se conforman el modelo de Lalonde pueden ser cambiantes en el transcurso del tiempo, debido a la influencia de factores internos y externos al individuo o comunidades. Como se ha expresado en los porcentajes de cada variable, la más influyente según el autor es la de los estilos de vida, a la cual se vinculan los mayores índices de mortalidad y el medio ambiente. Ambas son las responsables del sesenta por ciento de los problemas de salud.

Este modelo menciona aspectos fundamentales que influyen positiva y negativamente en el proceso salud-enfermedad, en donde los profesionales de salud deben intervenir estratégicamente para promover factores protectores y disminuir la exposición a los de riesgo. Uno de los fundamentales por su rol es el licenciado en enfermería.

### **Enfermería en al área salud sexual y reproductiva.**

El concepto de enfermería según el Plan de Estudios 1993, establece que “Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona- familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteración bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de

un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.”<sup>23</sup>

Entonces, el licenciado en enfermería por su formación académica es un profesional idóneo para desempeñar sus funciones de asistencia, docencia, administración e investigación en todas las áreas de especialización, en todos los niveles de atención y durante todo el ciclo vital. Por lo cual, en el área de salud sexual y reproductiva y materno infantil, tal como lo describe la Lic. M. Pérez <sup>24</sup>, es un profesional que brinda cuidados profesionales a mujeres y hombres en las diferentes etapas del ciclo vital y en diferentes momentos del proceso reproductivo enmarcando una atención integral a la salud con enfoque de género. Es decir, trabajar con las necesidades, intereses y problemas propios de su género para disminuir inequidades.

Ello implica, que el licenciado en enfermería <sup>25</sup> es el responsable del cuidado continuo y seriado (promoción de salud, prevención de enfermedades, rehabilitación y reinserción social), focalizar actividades educativas (incidentales y programadas), gestión de servicios (acorde a las políticas de salud vigentes, y a la caracterización de la población), ejercer un rol articulador entre el equipo multidisciplinario de salud y los usuarios, detectar las necesidades, intereses y problemas de la población para poder planificar y ejecutar un plan de atención acorde, integral, con enfoque de género, universal y continuo.

El profesional debe promover y ejecutar una atención focalizada en la humanización, lo cual según Pérez, implica un “conjunto de conocimientos y prácticas beneficiosas para el desarrollo del proceso reproductivo, bio-psico-social-cultural, contemplando a la gestación como una experiencia personal y familiar única, valorizando privacidad y

autonomía de la mujer, pareja y familia.”<sup>25</sup> Además, de procurar una formación continua con el fin de adquirir conocimiento científico que resulte beneficioso en su práctica profesional. Un aspecto importante es la consideración de los principios de la bioética <sup>26</sup>, rectores de la conducta y comportamiento profesional. El principio de autonomía (respetando la vida, las creencias, costumbres, decisiones del usuario y su familia); Principio de beneficencia (promoviendo la protección de la salud y seguridad del usuario, con una decisión oportuna en la atención que sea beneficiosa para el proceso salud-enfermedad); Principio de no maleficencia (evitando toda acción, actitud, comportamiento que genere algún tipo de daño bio-psico-social-cultural en usuario y familia); Principio de Justicia (procurando que los usuarios y familia sean tratados de manera equitativa, considerándolos a todos con igual importancia en la atención).

### **Teorías de Enfermería**

Como toda disciplina científica, enfermería, tiene su propio marco teórico y herramientas metodológicos de aplicabilidad de su saber científico (el proceso de atención de enfermería). Dentro de las teorías y modelos que guían el actuar del licenciado, se seleccionan dos, acordes a la temática del trabajo de investigación.

### **Teoría de Necesidades Fundamentales<sup>27</sup>**

Esta teoría es ideada por Virginia Henderson <sup>3</sup> establece un conjunto de postulados, que la sostienen. Los que están orientados a considerar al individuo como un ser complejo con catorce necesidades fundamentales, quien continuamente está esforzándose por lograr la mayor independencia posible.

---

<sup>3</sup> Henderson, V (1897 - 1996) enfermera inglesa-estadounidense que ha incorporado nuevas teorías en enfermería basadas en las necesidades humanas

Uno de las más importantes concepciones de su teoría es la consideración del ser humano como un ser integral, de dimensiones bio-psico-social estrechamente entrelazadas entre sí orientadas al logro del mayor desarrollo posible, a través de la satisfacción de catorce necesidades fundamentales, que interactúan entre sí, permitiendo la independencia del individuo en su vida. La teórica considera como una necesidad fundamental, todo lo que permite al ser humano poder sobrevivir. Estas necesidades están intrínsecas en la naturaleza humana, definen al individuo, permitiendo preservar la vida y su bienestar, y facilitando su crecimiento y desarrollo.

Por ello, define a la salud como un estado de bienestar bio-psico-social, catalogándola como una cualidad de vida, ya que permite el funcionamiento del individuo. Y dentro de las actividades que incentivan a la salud, prepondera la promoción como aspecto fundamental para su conservación. La salud se ve afectada por lo que denomina “el entorno” que contempla todo aquel contacto del individuo con agentes externos que afectan el funcionamiento del organismo. Es trascendental por su influencia en la salud, por lo que se deben conocer para poder intervenir (la enfermera un profesional idóneo para su detección e intervención oportuna que disminuya su exposición).

Es prioridad para Henderson, que los individuos logren la mayor la independencia posible, que permita la satisfacción de las necesidades fundamentales contextualizado a los criterios de salud, y la dependencia asociada a no suplir la necesidad determinada.

Para ella, el usuario que asiste a un servicio presenta o presumen un riesgo de insatisfacción en alguna de las necesidades, cuya causa o fuente de dificultad, está argumentado por déficit de conocimientos, disminución en la fuerza o voluntad que impide su satisfacción.

En cuanto al déficit de conocimientos está asociado al desconocimiento del proceso de salud actual, que implica escasez de herramientas para su control, prevención, tratamientos, como también desconocimiento de todos los recursos disponibles que mejoren su situación, tanto internos como externos, que permitan cuidar de sí. La disminución de fuerza está asociada con el área física (asociado a la capacidad psicomotriz) e intelectual (vinculada con la capacidad de ejecución y toma de decisiones). Y por último, la voluntad, relacionado con el interés por concretar y cumplir con determinadas acciones que busquen mejorar su proceso de salud (orientadas a la recuperación, incremento y mantención de la independencia del individuo)

Las necesidades fundamentales, se resumen en catorce:

1. Respirar normalmente.

Contempla la valoración de la función cardiopulmonar de la persona

2. Alimentarse e hidratarse.

Valora el estado nutricional, y el funcionamiento de aparato digestivo.

3. Eliminar por todas las vías corporales.

Describe la funcionalidad de la vía urinaria y aparato excretor

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

Determina la capacidad de movimiento del individuo, a través de valoración músculo-esquelética y su funcionalidad.

5. Dormir y descansar.

Se interioriza acerca de la calidad del descanso percibida.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

Relacionado con la capacidad de ejecución de esta actividad básica de la vida diaria.

7. Mantener la temperatura corporal.

Mecanismos de regulación de la temperatura corporal.

8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.

Orientada a la valoración del estado de higiene general, así como presencia de alguna alteración cutánea por presencia de lesiones o dispositivos invasivos.

9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.

La seguridad vinculada a estado emocional-psicológico que puede implicar situaciones estresantes. Incluye, además, debido a las alteraciones presentes, riesgos de caídas, de úlceras, accidentes.

10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.

Contempla la capacidad para comunicarse con el entorno inmediato (verbal, no verbal)

11. Vivir de acuerdo con los propios valores.

Concordancia entre los valores arraigados y su realización.

12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.

Valora las actividades significativas que implican satisfacción y dan sentido a la vida de cada individuo.

13. Participar en actividades recreativas.

Pretende conocer las actividades de ocio de los individuos, que forman parte de un círculo social que permite su recreación y ocio.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

El interés de incrementar el conocimiento con respecto a aspectos del proceso salud-enfermedad, crianza, entorno.

Como se ha mencionado con anterioridad, las necesidades son un reflejo de componentes bio-psico-sociales-culturales, estrechamente integradas, cuya razón de ser implica un

abordaje completo, considerando su universalidad (vistas como esenciales y comunes en todos los individuos) y específicas (manifestándose en cada persona de una manera particular). Si alguna de estas necesidades se ven afectadas, se produce un desequilibrio que debe ser ayudado a restablecer. Para Henderson, el profesional de enfermería es quien está socialmente avalado en ayudar al individuo a satisfacerlas. Y que, si por contrario, no ejerce dicha función, serán otras personas con menor preparación quienes tratarán de suplirlas.

Con respecto a la función enfermera, resalta que la función esencial es brindar la atención a todos los individuos que permita la ejecución de todas aquellas actividades significativas. Enfocando sus intervenciones que en determinado contexto el individuo no puede ejecutar por sí mismo, orientadas en contribuir en la salud y/o favorecer la rehabilitación, evitando mayores padecimientos, o paliar la muerte, con el propósito de lograr una independencia paulatinamente. Interviniendo en la causa de la dificultad (voluntad, fuerza, conocimientos), o en la manifestación específica de la dependencia de una necesidad puntual. Por lo cual, enfermería debe ser quien colabore, conjuntamente con el individuo, en la satisfacción de las necesidades, ya sea por medio de la complementariedad o el reemplazo de las actividades que conllevan la satisfacción de las mismas.

### **Modelo de adopción del rol materno: convertirse en madre<sup>27</sup>**

Es desarrollado por la reconocida nurse estadounidense Ramona T Mercer, <sup>4</sup> este es un modelo centrado en la teoría de la adopción del rol materno, influido por el aporte de un

---

<sup>4</sup> Mercer, R, (1929-presente), licenciada en enfermería y docente universitaria estadounidense, investigadora sobre los cuidados en enfermería al binomio madre-hijo.

conjunto de teorías como: la del rol, desarrollo, sistemas. La adopción del rol materno es considerada como un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. Focalizado que dicho proceso de convertirse en madre está vinculado con la interacción madre-hijo, así como la visión interna de la madre como tal.

Dentro de las variables de estudio incluye las maternas e infantiles, por el grado de influencia directa o indirectamente sobre el rol materno. Entre las maternas contempla tres grupos: familia y amigos, comunidad, y sociedad en su conjunto. Estas variables son analizadas en sus investigaciones incluyendo períodos de gestación, puerperio y primeros meses de vida hasta el año. Ha incluido en la investigación: adolescentes, adultas avanzadas, con patologías, familias que experimentan estrés, padres con hijos de alto riesgo, unión paterna filial y competencia parental.

La teórica define a la adopción del Rol Materno como “proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol” Con el resultado final de la adopción de la identidad materna. Definido como proceso, sumamente complejo que se retroalimenta constantemente de múltiples variables y actores que confluyen, el objetivo de este modelo, es identificar los factores que influyen en la unión materno filial basándose en las características de la madre (desarrollo, crecimiento, características de su personalidad) experiencia materna en el nacimiento y el estado de riesgo materno, relacionándolo con la competencia del rol de paternidad (quien complementa la adopción del rol materno), y el niño con sus características

(temperamento, apariencia, estado de salud), los cuales están retroalimentándose mutuamente, influyendo directa e indirectamente en el proceso de convertirse en madre.

Mercer, establece como aspectos influyentes para que se adopte el rol materno, las siguientes premisas: el nivel de desarrollo personal conjuntamente con la personalidad de la madre; el proceso de socialización en el ciclo vital de la madre, el cual determina el significado individual y social acerca de la interpretación del proceso de maternidad y vínculo del binomio madre-hijo; el hijo, la razón por la cual se adopta el rol, y quien a través de su crecimiento y desarrollo responde al tipo de rol materno, por ser destinatario de las acciones competentes del rol.

Mercer, influida por las teorías de sistemas (enfoque sistemático y científico para la aproximación y representación de la realidad, y al mismo tiempo, una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo interdisciplinarias), considera fundamental en la adopción del rol, la influencia del entorno. Debido a que afectará siempre en el desarrollo, la manera en que la persona se adaptará a lo que denomina, ambientes inmediatos y los macrosistemas. Guiada por el concepto de Bronfenbrenner (psicólogo canadiense quien sostenía que el desarrollo de los individuos se ve influenciado por el contacto con los ambientes con los cuales interactúa) elaboró modelos modificados de influencia de los diferentes ambientes sociales que influyen en la adopción del rol materno. De micro a macro: el vínculo con el recién nacido/lactante con la madre por un lado y el padre por otro, y de los padres entre sí (condicionado por la personalidad y características de cada uno), interactuando con el funcionamiento familiar, el apoyo social y el estrés. El meso sistema: contempla entidades comunitarias cercanas, tales como centros educativos (guardería, escuela), entorno laboral de los padres. El macro: la cultura dominante de cada sociedad transmitida, que pauta lineamientos,

hábitos, costumbres, conducta, pensamientos, legislaciones, de índole político-social que favorecen derechos y deberes favorecedores o no para la adopción del rol.

Los esquemas utilizados para comprender esta influencia de los diversos sistemas de interacción fueron modificándose según las revisiones (1991, 2003 y la última 2006). Este último denominado “Entornos de interacción que influyen en el proceso de convertirse en madre” fue el que detalla la multiplicidad de influencias que afecta positiva o negativamente el proceso de convertirse en madre. Incluyendo: además del vínculo mencionado entre padre, madre y recién nacido/lactante: preparación de rol social, promoción de la unión madre-lactante, promoción del autocuidado y bienestar maternal, educación centrada en la interacción materno-infantil, instrucción para cuidado de lactantes, relaciones terapéuticas. Así como establece dentro de los círculos de interacción del macrosistema: Sociedad en su conjunto: leyes que afectan a la seguridad materno-infantil; leyes que definen el maltrato de menores; ayuda para las mujeres, lactantes y niños dependientes; leyes que afectan las decisiones de crianza, financiación para investigaciones de promoción de la relación materno-paterno-lactante. Comunidad: instalaciones de atención sanitaria; clases de preparación al parto; instalaciones recreativas; lugares de culto; centros de atención infantil; servicios de protección y sociales; grupo de apoyo. Familia y amigos: continuidad de costumbres culturales; apoyo físico y social; conocimientos y habilidades; continuidad familiar; afirmación como madre.

En línea con la importancia del entorno en la adopción del rol, prepondera al “apoyo social” que engloba toda la colaboración que recibe, incluyendo los individuos que la brindan y el bienestar que genera al recibirla. Destacando cuatro áreas: apoyo emocional

(relacionado al sentirse cuidado, comprendido), informativo (toda a aquella información otorgada con el fin de solucionar problemáticas o situaciones determinadas), físico (la ayuda brindada directamente) y valoración (aquella orientada a guiar al individuo una evaluación y autoevaluación de desempeño de rol).

La investigadora establece una serie de conceptualizaciones, base del fundamento de su modelo. Se destacan algunos de ellos: refiere a la enfermería como “...profesionales sanitarios que mantienen la relación más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad.” Destaca que los enfermeros son los responsables de promover la salud de familias y niños. Otro concepto es el de la salud como “la percepción que el padre y la madre poseen de su salud anterior, actual y futura, susceptibilidad y resiliencia, preocupación por la salud, rechazo a la enfermedad”

Mercer continúa profundizando su modelo, con investigaciones propias y ajenas, a través de las décadas, siendo en la del dos mil, el cambio del nombre del modelo por: “convertirse en madre”, adecuándose a la interpretación del rol materno como un proceso en continua transformación. Reformulando concepciones como los cambios, siendo antes considerados estadios, por los que atraviesa la mujer, ellas son: compromiso y preparación (desde la gestación con los cambios bio-psico-sociales que esto implica); conocimiento, práctica y recuperación física (primeras dos semanas posterior al nacimiento del recién nacido, con el desempeño del rol materno siguiendo patrones sociales); normalización (de la segunda semana a los primeros cuatro meses: cuando adquiere y desarrolla sus propias habilidades y destrezas como madre) y la integración de la identidad materna aproximadamente cuatro meses: cuando ya interioriza la mujer el rol maternal).

Por medio de este modelo se destaca, entonces, la influencia de los múltiples entornos y características materno-infantiles de las familias, aspectos que pueden ser factores de riesgo y protectores para el proceso salud-enfermedad y convertirse así, en objetivos a considerar en el proceso de atención de enfermería.

Dentro de ese proceso de atención de enfermería, siguiendo los lineamientos de las teorías y modelos, junto con las concepciones de atención humanizada, acorde las necesidades, intereses y problemas de los usuarios, una línea estratégica es considerar al usuario como destinatario personalizado de atención, así como a la familia dentro de la unidad de cuidado. Sobre todo, en los períodos de lactancia-niñez y adolescencia, que son seres vulnerables, dependientes de los mayores cuidadores.

### **Cuidados centrados en la familia.**

Son los cuidados enfocados en las necesidades, intereses y problemas existentes en la familia, considerándolos como seres activos en el proceso salud-enfermedad, como menciona Uranga, et al, con el fin de empoderar a la familia en los cuidados que requiere los recién nacidos, respetando filosofías, estilo y ambiente familiar, educando sobre las buenas prácticas de crianza, potenciando los factores protectores y disminuyendo la exposición a los factores de riesgo.<sup>28</sup>

La gran importancia que conlleva centrarse en la familia es considerar al individuo y familia como unidades de cuidados únicas, debiendo conocer su historia personal, y considerarlas poseedoras de derechos y obligaciones, que a través de proceso de educación incidental y programada sean capaces de ser personas autónomas, que brinden mejores cuidados en cada etapa del ciclo vital.

La OMS busca una universalización de los cuidados, en pro de mejora del proceso salud-enfermedad a nivel familiar y comunitario. Como plan estratégico para un cuidado integral a los integrantes de los ciclos vitales más vulnerables, entre ellos los lactantes y niños.

Como seres vulnerables y población objetivo de este trabajo final, para comprender su proceso salud-enfermedad y su articulación teórico-práctica, se describen las características de los recién nacidos, desde el momento crítico del nacimiento.

### **Recién nacido**

En primer lugar, se establece la definición conceptual de los individuos transitando este ciclo vital. Según la OMS: “Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este período con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud.”<sup>29</sup>

### **Adaptación a la vida extrauterina**<sup>30</sup>

La adaptación a la vida extrauterina es un período en el cual el recién nacido sufre cambios fisiológicos que lo vuelven más susceptible a posibles complicaciones.

El parto produce una situación de estrés para el recién nacido y esto desencadena un aumento de las concentraciones de adrenalina y noradrenalina. Ésta situación es

provocada por las contracciones uterinas, entre otras, un aumento de la presión intracraneana en el trabajo del parto, cambios en la temperatura ambiental.

Para adaptarse a la vida extrauterina cada sistema del recién nacido sufre determinados cambios, algunas de las manifestaciones son el aumento del gasto cardíaco y de la contractilidad miocárdica, el aumento de la liberación de surfactante, inhibición de la secreción de líquido pulmonar, estimulación de glucogenólisis postneonatal, aumento de la lipólisis y aumento de la liberación de hormona tiroidea.

El aumento de adrenalina en la sangre, entre otras cosas, incita que el recién nacido respire por primera vez. Una vez que el recién nacido pasa a la vida extrauterina se corta el cordón umbilical, que hasta ese momento proporcionaba oxígeno y nutrientes desde la placenta materna al feto, luego de cortar el cordón umbilical va a depender del sistema respiratorio el abastecimiento de oxígeno para el recién nacido. El líquido pulmonar fetal vacía los alvéolos, las arteriolas pulmonares se dilatan y el flujo sanguíneo pulmonar aumenta, aumenta el contenido de oxígeno en los pulmones provoca que disminuya la resistencia del flujo sanguíneo pulmonar y aumenta en los vasos sanguíneos. El líquido pulmonar es reabsorbido, los pulmones se llenan de oxígeno al momento de la inspiración y éstos proporcionan el oxígeno al torrente sanguíneo y eliminan el dióxido de carbono.

En el embarazo el intercambio gaseoso ocurre mediante la placenta, quién proporciona nutrientes y oxígeno al feto, como también recibe los desechos y el dióxido de carbono a través del cordón umbilical. A través de la vena umbilical, el ductus venoso y la cava inferior, la sangre oxigenada llega a la aurícula derecha del feto. Luego el retorno venoso fluye al ventrículo izquierdo a través del foramen oval, aurícula izquierda y válvula mitral.

Finalmente, la sangre pasa a la aorta, quien proporciona sangre para el corazón, el cerebro y los miembros superiores. La sangre proveniente de la vena (sangre menos oxigenada) cava superior, es dirigida al ventrículo derecho. Ésta sangre ingresa a la arteria pulmonar, siendo parte para la circulación pulmonar y otra parte pasa a la aorta a través del ductus arterioso.

Con el clampeo del cordón umbilical el recién nacido no es nutrido por la sangre placentaria y se produce el cierre del ductus venoso, aumentando la resistencia vascular sistémica. Al momento de la oxigenación las arterias pulmonares se dilatan y ocurre diferencia de presiones en las aurículas, cae la presión de la aurícula derecha y aumenta la presión de la aurícula izquierda, por lo que a horas de nacido se produce el cierre del foramen oval. Al incrementar la presión de oxígeno el ductus arterioso se cierra, dentro de las primeras diez a dieciocho horas del recién nacido finalizando entre los diez o doce días de vida.

Durante el embarazo, la regulación de la temperatura corporal del feto está determinada por la temperatura de la madre y el líquido amniótico que lo rodea. Luego del nacimiento el recién nacido debe regular su temperatura por sí solo. Al nacer, es expuesto a una temperatura ambiental fría en comparación al medio uterino, teniendo un mayor riesgo a la hipotermia, dado a que tiene mayores pérdidas y menor producción de calor.

El recién nacido puede perder temperatura corporal mediante los siguientes mecanismos: conducción, evaporación, radiación y convección. El enfriamiento puede llevar a situaciones perjudiciales para la salud del recién nacido, por ejemplo, acidosis metabólica, hipoxia, hipoglicemia, y en un caso más grave hipertensión pulmonar transitoria.

Dentro del útero materno, el aporte de glucosa al recién nacido depende totalmente de la madre a través del cordón umbilical. Luego del nacimiento el recién nacido deberá mantener la norma glicemia por sí mismo. En las primeras horas de vida, la glucemia desciende hasta lograr un mínimo en las primeras dos horas, luego aumenta gradualmente. Al principio el recién nacido conserva la glucosa dependiendo de la glucogenólisis a partir de aminoácidos, glicerol y lactato.

Para lograr una adecuada nutrición e hidratación el recién nacido de término posee la capacidad de succionar y deglutir. Durante el embarazo el feto puede deglutir líquido amniótico, pero dentro de las primeras doce horas de vida el recién nacido es capaz de desarrollar dichos procesos.

### **Clasificación del recién nacido según edad gestacional.**

Se entiende como el RN a término a aquellos que nacen entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional, los recién nacidos pre término a aquellos que hayan nacido con una edad gestacional menor a 37 semanas, y los recién nacidos post término a aquellos que superen las 42 semanas de edad gestacional.<sup>31</sup>

Es utilizado el término de edad gestacional corregida para establecer la edad de los RN pretérmino. Se calcula restándole a la edad cronológica del recién nacido (la cantidad de semanas a partir de la fecha de nacimiento), las semanas de prematuridad (las semanas que se adelantó al nacimiento previsto). Por ejemplo, si el niño nace a las 35 semanas de edad gestacional, se le debe restar a su edad cronológica 5 semanas. Es decir, la edad gestacional corregida es la edad que el niño tendría si hubiese nacido a las 40 semanas de

gestación. Éste cálculo es importante para valorar el crecimiento y desarrollo del niño adecuadamente.

### **Test de capurro<sup>31</sup>**

Para determinar la edad gestacional del recién nacido es utilizado el test de Capurro, dicho criterio comprende parámetros fisiológicos (pabellón auricular, textura de la piel, tamaño de la glándula mamaria, formación del pezón, pliegues de la planta del pie) a los que se les asigna determinada puntuación. Luego se suman los puntos y se suman 200 puntos, de esa manera se obtiene la edad gestacional en días, se divide en 7 y se obtiene las semanas de gestación.

### **Clasificación del recién nacido según su peso al nacer<sup>31</sup>**

La clasificación del recién nacido se realiza relacionando la edad gestacional y el peso al nacer, considerando adecuado para la edad gestacional a aquellos que se encuentren entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCIU), pequeños para la edad gestacional a aquellos que estén por debajo del percentil 10 de la CCIU, y grande para la edad gestacional a aquellos que estén por encima del percentil 90 de la CCIU. En cuanto a la evaluación del crecimiento podemos considerar que un recién nacido es de bajo peso extremo si éste se encuentra por debajo de los 1000 gramos, muy bajo peso si se encuentra entre los 1000 gramos y los 1500 gramos, bajo peso si se encuentra entre los 1500 gramos y los 2500 gramos, normopeso si se encuentra entre los 2500 gramos y 4000 gramos y macrosómicos si supera los 4000 gramos.

### **Test de Apgar<sup>31</sup>**

La valoración de Apgar consiste en una evaluación del estado general del recién nacido con el fin de valorar la adaptación a la vida extrauterina, haciendo un corte en el 1° y en

el 5° minuto de vida en donde se valoran 5 parámetros y se le otorga un puntaje a cada uno siendo 0 el menor y 2 el mayor. Los parámetros a valorar son: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, coloración de piel y mucosas, tono muscular y respuesta a estímulos.

### **Recién nacido sano**<sup>32-33</sup>

Los primeros minutos de vida del recién nacido son trascendentales debido a los cambios que éste sufre al finalizar el parto.

Debido a que el RN no es capaz de regular la temperatura por sí mismo, es importante disminuir el riesgo de enfriamiento, como se explica anteriormente. Éste riesgo es mayor en RN pre término. La frecuencia cardíaca en un RN sano a término varía entre 95 a 160 lat/min, se debe valorar el ritmo cardíaco y la calidad de los ruidos cardíacos, así como también detectar la presencia de o ausencia de soplos. La frecuencia respiratoria de un RN sano, a término varía entre 30 a 60 resp/min, es importante descartar mediante la observación, la presencia de esfuerzo respiratorio, quejido, aleteo nasal o retracción intercostal. Detección de ruidos respiratorios anormales y valorar la expansión torácica.

El RN sano a término presenta una coloración rosada-rojiza, existe la probabilidad de presentar cianosis distales (en manos y pies) que es considerada normal. Puede verse descamada, y presentar millium e hiperplasia sebácea. Los huesos del cráneo se valoran mediante la palpación de las líneas de sutura, las mismas deben presentar movilidad y valorar la presencia de los moldeamientos de los huesos del cráneo. De ésta manera se descartan diversas alteraciones como la presencia de presencia de céfalo-hematoma, bolsa sero-hemática. Puede existir asimetría debida a la compresión por pasaje en el canal de parto. El perímetro cefálico del RN oscila entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento de la OMS. Las fontanelas de un RN a término deben ser blandas, si las mismas son tensas puede tratarse de hipertensión intracraneal. Es probable que se detecte edema en los tejidos blandos encefálicos, llamado caput provocado por el parto. En los

partos vaginales instrumentados es más frecuente que se produzca un céfalo-hematoma, a causa de una hemorragia subperióstica que por lo general afecta a uno de los parietales. Ésta característica puede producir un exceso de bilirrubina, lo que conlleva a la aparición de ictericia neonatal.

En cuanto a la valoración de la cara, se debe observar simetría, implantación del cabello, ojos, nariz, boca, maxilar y orejas. Los párpados del RN suelen estar edematizados, por lo que la valoración de los ojos tiende a ser dificultosa. Se debe valorar tamaño y simetría, reactividad, la presencia o ausencia de hemorragias en la esclerótica, exudado conjuntival, color del iris, ictericia, movilidad de los músculos extraoculares.

Debido a que el RN respira principalmente por la nariz se debe descartar cualquier tipo de obstrucción que pueda ocasionar alguna dificultad respiratoria. La valoración de la implantación de los pabellones auriculares es importante, dado que la baja implantación se asocia a diversos síndromes y otras malformaciones. La mucosa oral debe ser húmeda, brillante y de color rojo. Se valora el paladar con un dedo para descartar paladar hendido. Y la lengua debe ser de tamaño apropiado para la cavidad. Durante el parto o cesárea puede producirse lesiones, como fractura de clavícula debido a las maniobras realizadas por el equipo de salud, que son importante descartar mediante la palpación.

La columna vertebral es valorada al suspender en decúbito prono sujetando el tórax con el fin de detectar curvaturas anormales, disrafias, hemangiomas, mechón de pelos. Las articulaciones del recién nacido son valoradas en busca de displasia de cadera. A través de la observación y la palpación, se puede valorar el abdomen. Es posible detectar a través

de la pared abdominal los órganos anteriores como el hígado, bazo e intestinos, y descartar alteraciones.

El muñón umbilical está recubierto por la gelatina de Wharton y se puede observar la presencia de la vena umbilical y una o dos arterias umbilicales. En cuanto a los genitales, en el sexo masculino, el pene generalmente presenta fimosis, que consta en una estrechez que impide retirar hacia atrás el prepucio, lo cual suele retroceder espontáneamente con el paso de los días. El escroto generalmente suele ser bastante grande y puede presentar hidrocele, trata de una acumulación de líquido dentro del escroto que cede al cabo de unos meses. Los testículos pueden palparse e incluso identificar el epidídimo y los vasos deferentes. En un RN a término los testículos suelen medir entre 1,6 cm y 1,0 cm hasta 2,9 cm y 1,8 cm (longitud y espesor). Un apreciable porcentaje de RN tienen un testículo no descendido al momento del nacimiento, se debe controlar que descienda durante los primeros meses de vida.

En el sexo femenino, debido a las hormonas maternas, los labios mayores suelen presentarse enrojecidos y edematizados, pudiendo presentar leucorrea -secreción vaginal transparente o blanquecina- durante los primeros días de vida. Se valora la permeabilidad, posición y tamaño del ano para descartar fistulas anales.

En cuanto a los miembros, se debe valorar su simetría y pliegues palmares, descartar posturas anormales, luxaciones, anomalías de los dedos como tales como polidactilia, clinodactilia o sindactilia.

Por medio de la valoración neurológica, se observará la postura, el tono corporal, los reflejos primarios, el llanto. El llanto fuerte y vigoroso se asocia con un lactante sano.

El sistema respiratorio<sup>34</sup> presenta diferencias anatómicas con el adulto, lo cual aumenta la susceptibilidad a infecciones, accidentes -asfixias, SMSL-, a descompensaciones respiratorias que requieran asistencia. Entre las diferencias, se describen: La vía aérea superior se caracteriza por una lengua de mayor tamaño, fosas nasales de menor diámetro, tipo de respiración nasal. Vía aérea inferior: en cuanto a los tejidos: menor proporción de cartílago, colágeno y elastina (que permite la estabilidad en la expansión y la retracción torácica), menor diámetro en las vías aéreas, incremento de las glándulas mucosas y menor capacidad en el barrido mucociliar, pared costal con orientación horizontal, menor distensibilidad muscular.

El sueño del RN/lactante<sup>35</sup> es vital para el efecto reparador de la energía corporal gastada, así como para el crecimiento y desarrollo de las diversas funciones corporales durante el período de descanso. Tiene una durabilidad de 17-18 horas, con múltiples episodios de corta duración (inferiores a 3 horas) alternados con períodos breves de vigilia. En el primer trimestre, el sueño implica unas 14-15 horas, con frecuentes períodos de vigilia, asociados a los ciclos circadianos.

Durante el período de RN, el sueño, por el mecanismo de la regulación de los estados de vigilia y sueño (regulados por el SNC), se caracteriza por la imposibilidad de diferenciar las fases REM (sueño activo e irregular, que implica movimientos oculares rápidos, movimientos corporales y vocalizaciones) y no REM (sueño no activo y regular,

movimientos corporales parciales, atonía muscular, falanges de miembros superiores en extensión, movimientos de succión y extensión de cabeza, gesticulación facial).

En el sueño, los mecanismos hormonales estimulan el crecimiento y desarrollo, por medio del metabolismo hormonal (prolactina, TSH, hormona del crecimiento, Al dedicar el 75% aproximadamente del tiempo a diario en dormir, es trascendente procurar un descanso y evitar desenlaces como el síndrome de muerte súbita del lactante.

## **Síndrome de Muerte súbita en Lactantes: SMSL**<sup>16-34-36-37-38-39</sup>

Mediante la descripción del suceso estresante que es el nacimiento y la consecuente adaptación a la vida extrauterina, se resalta la trascendencia de los cuidados que el RN requiere para un favorable crecimiento y desarrollo, así como para la prevención de accidentes y/o alteraciones en el proceso salud-enfermedad. Uno de los riesgos mayores, esencia de este trabajo de investigación, es el del síndrome de muerte súbita del lactante. Se define como la muerte de un lactante sano (que no presenta patología conocida) menor de 12 meses de edad, sin ninguna causa aparente, repentina e inesperada que sucede durante el descanso y que una vez realizado la autopsia, estudio necrópsico completo, la revisión de la historia clínica y examinar el escenario de la muerte, no se puede conocer la causa aparente del fallecimiento.

Hasta el momento no se conoce los mecanismos que expliquen su etiopatogenia, hay varias teorías descritas por distintos estudios realizados a distintos casos de SMSL. El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo, el Plan Estratégico postulado en 2001: “el conocimiento adquirido durante la última década apoya la hipótesis general de que los recién nacido- lactantes que mueren de SMSL tienen anomalías al nacer que los hacen vulnerables o potencialmente mortales durante la infancia”<sup>40</sup>

El SMSL está vinculado a un trastorno del desarrollo originado durante el período fetal. Varios autores describen diferentes teorías como modelos basándose en el análisis lactante cuya causa deceso se asocia al mismo.

Si el mecanismo del despertar ante la hipoxia está ausente, se desencadena el síndrome, sin relacionarse con la aspiración de un vómito. La razón de este desenlace se debe a una situación potenciada por factores adversos, entorno y la condición de vulnerabilidad por el tránsito del ciclo vital de un lactante. Mayor incidencia de apneas durante el sueño,

como mecanismo compensatorio de la hipercapnia y la menor capacidad de despertarse durante el período de hipoxia.

La etapa de la vida de mayor riesgo del manifiesto del SMSL es entre los 2 y 4 meses de vida, presentarse desde los primeros días hasta el año de vida. El incremento del riesgo en los primeros meses de vida, se debe a que hasta al año el desarrollo y el crecimiento es un período crítico para el lactante por los cambios a nivel fisiológico y en el equilibrio metabólico. Manifestados en el patrón del sueño y la respiración, en la frecuencia cardíaca y respiratoria, y temperatura, provocando la madurez de los centros respiratorios, como cardíacos y la termorregulación.

El diagnóstico del síndrome se confirma con la autopsia. En la mayoría de los casos detectan; cianosis, secreciones mucosas en la cavidad oral y nasal. Si bien las necropsias revelan la presencia de restos alimentarios en vía aérea, no se ha descubierto si su aparición fuese post-mortem, atribuyendo causalidad de deceso por aspiración de vómito. Sin embargo, se han encontrado agentes infecciosos. También se hallaron petequias abundantes en: timo, pleura, pequeñas hemorragias pleurales, a causa de edema y congestión pulmonar.

Ante la etiología de su aparición, estudios determinaron la presencia de factores que tenían en común los diferentes casos de SMSL. Por lo que se definieron como factores de riesgo que aumentan su incidencia. Destacando que la existencia de uno o más incrementa el riesgo. Dentro de ellos se describen: por predisposición genética, sexo, relacionados con: los padres; a sucesos postnatales: gestacionales; proceso salud-enfermedad del lactante; factores socioeconómicos de la familia; y con el ambiente.

Existe una hipótesis, llamada: triple riesgo, se refiere a la interacción de tres sucesos que favorecen a que suceda el síndrome y son potenciados si transcurren los tres en el mismo

momento, estos son: Lactante vulnerable (Defecto o anomalía subyacente que lo torna vulnerable). Periodo crítico del desarrollo (de 0 a 12 meses, se da un rápido crecimiento y cambios en el control del equilibrio fisiológicos, en el patrón del sueño, en el despertar, la respiración, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la temperatura)

Los factores de riesgo se dividieron en dos categorías: factores intrínsecos y extrínsecos.

Los Factores de riesgo intrínsecos; factores genéticos, polimorfismos, o ambientales que afectan la susceptibilidad, como son la raza afroamericana, sexo masculino, la prematuridad, complicaciones obstétricas, estos son factores no modificables.

Los factores de riesgo extrínsecos; factor de estrés físico que puede aumentar el riesgo de SMSL en un lactante vulnerable, ejemplo: la posición para dormir, colecho, tabaquismo, entre otros. A continuación, se detallan los factores de riesgo conocido al momento, modificable o no.

Factores de riesgo no modificables:

- Factores de riesgo con predisposición genética:

Etnia: Según los estudios, los lactantes de raza negra y los indios nativos americanos tienen de 2-3 veces más riesgo, no se conoce la causa aparente, puede ser un rasgo evolutivo.

Género masculino: Se cree que esto podría estar relacionado con posibles mutaciones del cromosoma X.

Respuesta inflamatoria: Se relaciona con el desarrollo inmaduro de los músculos respiratorios, la posición de prono, el sueño REM, un déficit de melatonina en los primeros meses de vida (se ha demostrado una asociación entre la disfunción del

metabolismo de la melatonina y el SMSL) esto lleva a aumentar el trabajo diafragmático y con una infección asociada, aumenta el riesgo de sufrir SMSL.

La mayoría de los casos de SMSL ocurren durante la etapa del sueño, por una disfunción del tronco cerebral (asociados a la disminución de neurotransmisores que sintetizan serotonina), y alteraciones de las funciones de neuro-regulación y autonómicas cardiorrespiratoria (presencia de hipoxemia crónica e hipoventilación, de grasa marrón suprarrenal y eritropoyesis hepática). También se ven alteradas las estructuras medulares y tronco-encefálicas controlan el mecanismo de despertar, control del sueño y la vigilia, así como las deglutorias.<sup>41</sup> El control genético de la función cardíaca y la inmadurez del control cardiorrespiratorio son responsable de controlar los episodios de apneas, de la bradicardia y menor concentración de oxígeno en sangre del lactante en los primeros meses de vida. Signos y síntomas que se ausentan al desarrollo del lactante.

De hecho, dada esa inmadurez en el centro respiratorio y a las alteraciones del tronco-encéfalo, se puede presentar el SMSL. Debido a que la madurez neurológica se refleja en alteraciones de quimiorreceptores, en el patrón respiratorio, desarrollo de los centros neurálgicos del sueño-vigilia. En lactantes con SMSL se han observado una baja presencia de neuronas en áreas del encéfalo y tronco encefálico que sintetizan el neurotransmisor serotonina y disminución de receptores de neurotransmisores serotoninérgicos.

Con respecto a las complicaciones durante la gestación y/o el parto; desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura temprana de membrana, pre-eclampsia, eclampsia, anemia, se observaron placentas de RN con este síndrome y se hallaron anomalías en las vellosidades coriónicas y los trofoblastos, esto indica un estrés hipóxico in útero siendo

vulnerable durante la vida post natal. Hipertensión arterial aumento de la presión en las paredes de las arterias del organismo durante la diástole-; pre eclampsia (patología gestacional asociada a un aumento de la presión arterial con alteraciones renales - proteinuria-, que se puede sub clasificar en leve y moderada) síndrome HELLP (se produce una hemolisis, un aumento en las enzimas hepáticas y una disminución en las plaquetas, siendo fatal para la mujer-gestante), eclampsia (se da la clínica de una pre eclampsia sumada a convulsiones), metabólicas (diabetes -incremento de la concentración de glucosa en sangre debido a una falla metabólica hígado-pancreática), metrorragias (sangrado vaginal), RCIU (restricción del crecimiento intrauterino), infecciones (en las vías urinarias, son comunes en el embarazo).

Madre múltipara con intervalo de embarazos menor a un año.

Obesidad materna.

Edad de la madre (menor a 20 años).

Anemia materna.

Estacionalidad, en las estaciones de invierno y primavera, se han observado un aumento en los casos de SMSL y de las infecciones a nivel respiratorio y gastrointestinales. Se atribuye a la baja inmunidad que recibe el lactante desde la madre por la lactancia interrumpida o parcial, dado que el primer contacto que tienen el lactante con los patógenos infecciosos y su inmunidad no ha llegado a la madurez que requiere. Por ello, se recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y parcial hasta los 12 meses de vida. Se han descubierto sintomatología de infección viral respiratoria o gastrointestinal unos días antes de la muerte en neonatos con SMSL.

Prematuridad, incrementa el riesgo cuatro veces, la maduración de los centros neurovegetativos se altera en lactantes prematuros, con bajo peso, con exposición al tabaco y que hayan tenido desnutrición fetal. Los lactantes con edad gestacional menor de 38 semanas tiene más riesgo.

Gestaciones múltiples: gemelaridad, el riesgo para los RN de gestaciones múltiples siendo incidencia la prematurez y el bajo peso

La edad del fallecimiento, la incidencia es más elevada de los dos a los cuatro meses.

Hermano de un lactante con SMSL. Si además el hermano es gemelo aumenta este riesgo.

#### Factores Modificables

- Factores de riesgo relacionado con los padres:

Madre fumadora durante el embarazo: Los factores de riesgo ambientales tienen una relación con la síntesis de los neurotransmisores y la susceptibilidad genética, se da con la exposición al tabaco y con infecciones en la gestación, que ocasionan cambios en la conjugación del ADN creando mutaciones en la síntesis de diferentes proteínas que intervienen en el metabolismo. El factor ambiental es modificable, mediante educación y cambios de conductas.

Consumo de heroína, cocaína, alcohol y otras drogas:

- Factores de riesgo postnatales

Dormir en decúbito prono, dado que posición al dormir produce cambios anatómicos; la posición prona es una causal de la asfixia (incrementándose en el colecho), debido a una obstrucción de la vía respiratoria, ya sea por la ropa de cama o colchón blando. Es uno de

los factores de riesgo más importantes, el dormir en prono, se asocia con una ventilación inadecuada, ya que en la fase activa del sueño hay una reducción del control respiratorio, cardiovascular y autonómico.

La alimentación con PPL, produce una alteración en el sueño en los lactantes, tienden a tener un sueño más largo, sin interrupciones a lo largo de noche, logran dormir más tiempo y más profundo.

Temperatura de la habitación elevada o baja.

Ropa de cama en exceso, colchón blando y juguetes de peluche en la cuna.

Colecho con los padres o con hermanos incrementa el riesgo, especialmente si se acompaña de tabaquismo, ingesta de alcohol, drogas y/o fármacos sedantes o tranquilizantes.

Dormir en un sofá.

- Factores relacionados con el embarazo

Exposición al tabaco, alcohol y/o drogas. Debido a que produce hipoxia, determinando un nivel de oxígeno es deficiente en los tejidos del cuerpo. Además, aumenta el riesgo de que el parto sea prematuro. Varios estudios han puesto de manifiesto respuestas cardiovasculares anómalas a diversos estímulos, como la hipoxemia o la exposición al CO<sub>2</sub> y dificultad para despertar tras estímulo en lactantes nacidos de madres que han fumado durante la gestación. El hábito de fumar en la madre se considera, por tanto, un factor de riesgo para el SMSI importante y modificable, que mantiene una relación directa con la intensidad del hábito. Su efecto más fuerte se manifiesta cuando se fuma durante

la gestación, pero la exposición pasiva del lactante al humo del tabaco ha resultado ser, también, un factor independiente adicional de riesgo

Los controles prenatales son necesarios para evaluar el transcurso del proceso de gestación, evaluar la exposición a factores de riesgo (socioeconómicos -nivel de instrucción, ocupación, empleo, condiciones de vivienda -hacinamiento, tipo de construcción, acceso a redes barriales-; estilo de vida -estado nutricional, presencia de adicciones, actividad física-, biológicas: edades extremas -adolescentes o adultas maduras- proceso salud-enfermedad -antecedentes personales; antecedentes obstétricos - número de gestas, embarazos de alto riesgo previos, cantidad partos/cesáreas, período intergenésicos, prematuridad/óbitos/ abortos espontáneos, interrupciones voluntarias de embarazo-), así como para favorecer los factores protectores de la mujer, con el fin de prevenir complicaciones en la mujer y el feto/futuro neonato, disminuyendo las desigualdades en materia de salud. Por lo tanto, la periodicidad de los controles en el embarazo cobra importancia en cuanto al encuentro con miembros del equipo de salud que detectan, previenen, educan a que la gestación transcurra con la menor posibilidad de riesgos para la salud perinatal. Se entiende como un embarazo mal controlado: 0 a 5 controles, Normocontrolado entre 6 a 10 controles. Bien controlado más de 11 controles. Si el embarazo no está controlado adecuadamente, se pueden producir complicaciones que favorecen el SMSL, como desprendimiento de la placenta o placenta previa.

Control prenatal de captación tardía (luego de las 12 semanas). La OMS recomienda como buenas prácticas en la atención perinatal, es la captación del embarazo en el primer trimestre (antes de las 12 semanas de gestación). Es un período fundamental dado a la organogénesis, el tejido embrionario comienza a modificarse y diferenciarse, formando los órganos principales, como el tubo neural. Esta etapa crítica en la gestación requiere

controles necesarios con el equipo de salud para una valoración primaria, detectar riesgos (por medio de los exámenes paraclínicos obligatorios, exámenes imagenológicos, por anamnesis factores de riesgo modificables), tratar aquellas alteraciones presentes y orientar a la mujer gestante y su núcleo familiar a adoptar conductas saludables para mejorar el proceso salud-enfermedad de ella y el del embrión/feto en desarrollo.

- Factores relacionados con factores socioeconómicos de la familia:

Hay una relación entre el SMSL con los hogares con menores recursos y nivel educacional, hecho que a veces fomenta el hacinamiento.

Madre adolescente, períodos intergenésicos cortos, embarazos no controlados y tabaquismo.

- Factores relacionados con el ambiente

Superficies blandas para dormir, Colchón blando: si se combina con la posición prono el riesgo es potenciado.

Sobre el exceso de abrigo, las almohadas muy blandas pueden causar un aumento de nivel de CO<sub>2</sub> en el RN por la posición que impide la oxigenación. Por lo cual, la ropa de cama debe estar bien ajustada a la cama y si tapar la cabeza, ya que la ropa de cama suelta puede ser causante de asfixia.

Evitar el estrés térmico ambiental, la temperatura ideal ronda en el entorno de 20°C a 22°C, se debería evitar la calefacción y las prendas de abrigo.

El colecho, a pesar que hay estudios indican que favorece la lactancia materna, si se asocia al consumo de los padres de tabaco, alcohol y/o drogas aumenta el riesgo de sufrir SMSL, sobre todo antes de los tres meses.

Ante el riesgo existente frente al SMSL, por los factores de riesgo y protectores existentes, se establece como sistema de prevención el denominado “sueño seguro”

### **Prevención del SMSL:**

#### **Sueño Seguro** <sup>16-42-43-44-45-46-47</sup>

El sueño seguro implica una serie de recomendaciones aplicables durante el descanso del RN/lactante, cuyo propósito se orienta a la prevención del SMSL, como de otras causales de mortalidad vinculadas al dormir.

Se planean conseguir un ambiente de sueño seguro para el lactante, y como objetivo lograr una reducción en las muertes súbitas del lactante.

La mayoría de los casos del SMSL están asociados con uno, dos o más factores de riesgo, la gran mayoría estos son modificables, desde que se han aplicados campañas de prevención en diferentes países la incidencia de SMSL ha disminuido notoriamente.

La Dirección Uruguay Crece Contigo (UCC) del MIDES y el Ministerio de Salud, con el apoyo de UNICEF y la Sociedad Uruguay de Pediatría, lanzaron la campaña “Sueño Seguro”. Su objetivo de esta campaña es proporcionar herramientas e información a las familias y personal de los servicios de salud, para lograr reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y otras causas de muerte infantil relacionadas con el sueño, tales como la asfixia.

Las acciones que se planearon son: La capacitación del personal de maternidades y servicios de salud en general en temas relacionados con sueño seguro, lactancia y parentalidad. La distribución en todas las maternidades de tarjetas para cunas y stickers

con recomendaciones para el sueño seguro. La campaña de comunicación con recomendaciones para la población en general. Entrega de caja cuna en situaciones de emergencia climática. Entrega de cunas de sueño seguro a familias más vulnerables.

Además de las acciones descritas, hay una serie de recomendaciones promovidas orientadas para un sueño seguro que prevenga el SMSL. Se destacan aquellas indicadas por la sociedad de Pediatría (AAP, Arch Academy of Pediatrics) realizó las siguientes recomendaciones: colocar al lactante en posición supina para dormir, usar una superficie firme, compartir la habitación, pero no la cama, evitar los objetos blandos o sueltos dentro de la cuna, ofrecer el chupete, evitar el sobrecalentamiento, no utilizar dispositivos para fijar la posición del niño, no aconseja el monitoreo cardiorrespiratorio y prevenir la plagiocefalia. Las recomendaciones que se incorporan están vinculadas con mejorar el cuidado prenatal, evitar la exposición al tabaco de la gestante y del recién nacido, evitar la exposición de las gestantes al alcohol y a las drogas, promover la lactancia materna exclusiva, y administrar las inmunizaciones correspondientes.

La posición supina no sólo es un factor protector de la muerte súbita, disminuye la presencia de infecciones (evitando la colonización de bacterias en las vías aéreas) sino que favorece el desarrollo del lactante. Se considera que esta posición, favorece el desarrollo de los músculos y permite al lactante el movimiento pasivo (de extensión y flexión) de sus miembros superiores como inferiores. Además, permite el movimiento del cuello y su cabeza (favoreciendo el desarrollo de las funciones sensoriales, la visión: la observación de su entorno, el desarrollo óculo-manual; la audición: escuchando nuevos sonidos y el origen de su procedencia), facilita la integración con el medio, la manipulación de objetos, y el desarrollo de la comunicación. Con respecto a la asociación del riesgo a la aspiración de vómito, estudios han determinado que, por la posición supina, la ubicación anatómica de la tráquea es superior al esófago, regurgitando el alimento e

imposibilitando su pasaje a la vía aérea. Por el contrario, dormir en decúbito prono eleva la excitación y los umbrales del despertar, favorece el sueño y reduce la actividad autonómica debido a un desequilibrio entre la actividad parasimpática y simpática. Así como la manifestación de los siguientes signos: re inspiración de CO<sub>2</sub> exhalado; disminución de: la pérdida de calor y peligro de sobrecalentamiento, la frecuencia de los eventos de vigilia-sueño, la oxigenación cerebral, y la presión arterial; Alteración del control autonómico del sistema cardiovascular; Aumento de la temperatura de la vía aérea, que estimula la colonización y producción de toxinas bacterianas.

La lactancia materna tiene varias funciones de las cuales la primordial es la nutrición, pero también es mejorar el sistema inmunológico, ayudar al neuro-desarrollo, fomentado la función de succión y afianzar el vínculo madre-RN.

El uso de chupete una vez que lactancia materna esté establecida, se recomienda al mes de vida comenzar a utilizar el chupete en los momentos del sueño, puede ayudar a regular el control autonómico, uno de los principales aspectos en el proceso fisiopatológico del síndrome. Los beneficios de este tipo de succión no nutritiva es el estímulo el reflejo de eyección. Tanto la succión no nutritiva como la nutritiva ejercita y moldea los músculos faciales que intervienen al comprimir la areola y el pezón. Durante el mecanismo de succión, se eleva la mandíbula y la lengua, provocando la contracción de la lengua y los músculos orbiculares de los labios, los mentonianos y digástricos, al generar la presión negativa para que ingrese la leche en la cavidad bucal, empujándola hacia el istmo de las fauces. En la deglución del alimento, intervienen los músculos extrínsecos y el milohioideo al elevarse la lengua, hasta llevarlos a la bucofaringe, impidiendo que regrese el alimento a la boca con la acción de los palatofaríngeos y palatoglosos. Por el grupo

muscular del velo del paladar se eleva el paladar cerrando su comunicación con la nasofaringe. A partir de entonces, comienza una serie de contracciones musculares que desplazan el bolo alimenticio hacia el esófago. El constante mecanismo de succión, desarrolla la mandíbula.

Otra de las recomendaciones cuyo fin es favorecer la oxigenación del RN, evitando una sofocación accidental: utilizar una superficie firme para descansar, evitar los objetos blandos o sueltos dentro de la cuna, evitar el sobrecalentamiento, calor excesivo en la habitación. Su evasión disminuye el riesgo de: oclusión de la vía aérea, reinspiración del CO<sub>2</sub> reduciendo la oxigenación sanguínea; estrés térmico, por recubrimiento de la cabeza, se manifiesta una alteración del balance térmico con incremento de la temperatura cerebral, que puede no equilibrarse con un aumento de temperatura corporal. La ropa de cama sujeta debajo de las axilas, con los miembros superiores hacia el exterior, previene que la ropa se suelte y sofoque al RN.

Otra de las recomendaciones es compartir la habitación -cohabitación- con el RN, sin llegar al colecho. La cohabitación favorece el vínculo de padres-RN, promueve la lactancia materna, permitiendo el sentido de alerta ante los despertares del RN.

Evitar la exposición al tabaco de la gestante y del recién nacido, se recomienda el cambio de ropa si uno de los cuidadores tiene el hábito del tabaco fuera del hogar.

Evitar la exposición de las gestantes al alcohol y a las drogas,

Administrar las inmunizaciones correspondientes.

### **Lactancia materna** <sup>48-49</sup>

Según la OMS, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, acompañando la introducción de alimentos complementarios apropiados

para la edad a partir de los seis meses, y el mantenimiento de la misma hasta los 2 años o más, mientras sea posible.

Durante los primeros seis meses de vida, la lactancia materna exclusiva es de vital importancia, ya que ésta contiene todo lo que el niño necesita durante sus primeros meses, aporta los nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante. Además presenta innumerables beneficios a corto y largo plazo, para la salud física y emocional tanto del lactante como de la madre.

La leche materna es un alimento completo, que contiene nutrientes de alta biodisponibilidad los cuales tienen una óptima absorción digestiva. Además, protege al niño frente a muchas enfermedades, entre ellas se encuentra la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. Es un alimento ecológico ya que no necesita preparación y siempre está disponible. También posee beneficios desde el punto de vista psicológico, favoreciendo el apego madre e hijo, proporciona al lactante sentimientos de seguridad, favorece el desarrollo cognitivo, y el contacto piel a piel le proporciona el calor que necesita.

Los beneficios de la lactancia materna también se extienden a la madre, ya que disminuye el sangrado post parto, estimula la involución uterina y disminuye el riesgo de contraer cáncer de mama.

Se recomienda iniciar la lactancia inmediatamente después del nacimiento, ya que tanto la madre como el niño están preparados para iniciar la lactancia. Debe ser a libre demanda, sin estipular horarios ni duración de las tomas.

Para garantizar una práctica de lactancia materna adecuada es necesario realizarlo con la técnica correcta que consiste en: un buen agarre, contacto “panza con panza” con la cabeza bien alineada al pecho, el recién nacido debe tomar con su boca el pezón y gran parte de la areola, la boca debe estar abierta, el labio inferior hacia fuera formando lo que se le llama boca de pez, la nariz y el mentón pegados al pecho.

Por su gran importancia, la protección de la Lactancia Materna integra los Objetivos Sanitarios Nacionales, para cumplir con dicho objetivo se busca implementar dos estrategias: la aplicación de las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del niño pequeño (BPA) de las maternidades y consultorios de todos los prestadores de salud del país; y la regularización del código de comercialización de los sucedáneos de la leche materna (aprobado en 1981 por la OMS), el cual prohíbe la publicidad de sucedáneos, donaciones de muestras a madres o embarazadas, imágenes y fotos de bebés que idealicen la leche artificial, entre otros.

Hay situaciones en las que la lactancia materna está contraindicada, por ejemplo, por enfermedad materna por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la leucemia humana (VHLT), expreso deseo materno de no lactar, aquellas madres dependientes de drogas de abuso, galactosemia clásica del lactante (enfermedad metabólica). En dichas situaciones es necesario suplementar la leche materna, con leche de pecho ordeñado proveniente del banco de leche materna o con preparados para lactantes.

También existen situaciones en las que es necesario suplementar la leche materna temporalmente, las razones para ello pueden ser: hipoglucemia del recién nacido (glicemia capilar <45 mg/dl) que no responde a las tomas frecuentes, deshidratación,

separación madre-hijo por enfermedad materna, medicación materna, madre con alguna enfermedad infecto contagiosa como varicela o herpes, lesiones en los pezones.

Lactancia en tiempos de COVID-19:

A la fecha, no hay investigaciones que establezcan que el virus SARS-CoV-2 (Síndrome respiratorio grave) se transmite por la leche de la madre ni transmisión vertical del microorganismo, a través del útero. Sin embargo, el contagio se puede dar a través de las gotículas procedentes de la nariz o la boca o mediante el contacto con aquellas superficies que puedan estar infectadas por dichas cutículas y que el lactante puede tocar y posteriormente llevar sus manos a la cara.

La leche materna es un alimento indispensable que aporta los primeros anticuerpos al recién nacido para prevenir gran cantidad de infecciones respiratorias producidas por virus y bacterias. Además, es necesario mantener la lactancia ya que la producción de leche se sostiene gracias al estímulo generado por la boca del lactante al pezón de la madre.

Para continuar con la lactancia de forma segura dentro de la emergencia sanitaria en la que estamos inmersos hay una serie de recomendaciones tales como: utilizar tapabocas para evitar salpicar gotículas de secreciones al hablar, cambio de ropa de la madre al momento de amamantar ya que las gotículas puede permanecer en la ropa, lavado de manos antes de tener contacto con el recién nacido, al igual que al momento de la extracción de leche también se debe higienizar todos los utensilios con el propósito de que este no se convierta en un objeto contaminado.

Además, es importante que si nace un RN de una mujer con COVID-19 y resulta infectado, el Ministerio de Salud señala el aislamiento de ambos en una misma habitación.

## **Marco Referencial**

**Marco normativo** <sup>50-51-52-53-54-55-56-57-58</sup> (ver anexos)

### **Programa Aduana**<sup>59</sup>

Tal como lo menciona el Manual de Procedimientos de este programa, se creó en el contexto del área Materno-Infantil del MSP en el 1971 con el fin de conocer y realizar un seguimiento a la población neonatal hasta lactantes de un año, población que se extendió en 2007 hasta los dos años. Es un programa organizado en tres componentes, que cumplen funciones de contralor y ejecutor de objetivos, y metas, estos son: El central (a nivel nacional), el hospitalario (ubicado en las maternidades de todo el país) y Primer Nivel de Atención (incluye: centros de salud y efectores periféricos).

El programa Aduana persigue la meta de brindar una continuidad asistencial promoviendo en sistema de referencia-contra referencia, fomentando los controles seriados en el primer año de vida (incluyendo visitas domiciliarias, y tarjeta de seguimiento “tarjeta verde”), documentar las evaluaciones de contra-referencia en base de datos local y nacional en el programa “Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial” (disponible desde 2011) Dentro de las objetivos del programa descritas se destaca la visita domiciliaria, considerada como herramienta de captación y seguimiento, actividad orientada a realizar un plan de acción acorde a las problemáticas detectadas.

Para ello, cuenta con un equipo multidisciplinario del área de la Niñez y Adolescencia, formado por: pediatras, neonatólogo, médicos de familia, licenciados en enfermería, asistentes sociales, auxiliares en enfermería, parteras-obstetras, epidemiólogos, médicos legistas. Trabajando en conjunto con los diversos planes del área, tales como Serenar, Programa Nacional de Seguimiento a niños con alto riesgo, entre otros.

La población objetivo incluye presencia de factores de riesgo o alteraciones detectadas en el período perinatal: prematurez (menor a 32 semanas de gestación), bajo o muy bajo peso al nacer, patología que requirió internación en tercer nivel atención, recién nacido con cuidados especiales (oxígeno-requirente, malformaciones congénitas, trastornos neurológicos, entre otros), patologías diagnosticadas por pesquisa neonatal, recién nacidos diagnosticados con infecciones connatales específicas, embarazos no controlado o insuficientemente controlados, mujer madre adolescente, alteraciones neurológicas o en la salud mental de madre, madre consumidora de sustancias psicoactivas, madre con estudios primarios incompletos, madre con antecedentes legales relacionados con crianza o de situaciones de violencia intrafamiliar, pobreza extrema, recién nacidos/lactantes mal controlados, hermano fallecido antes del año de vida.

### **Uruguay Crece Contigo<sup>60</sup>**

Es una política implementada a nivel nacional, que desde el 2015, es fomentada por el Ministerio de Desarrollo Social, con el objetivo de “consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia”, cuyo fin radica en implementar un conjunto de cuidados a la población de referencia objetivo: niños menores de cuatro años, garantizando el cumplimiento de sus derechos, y ser beneficiarios de las políticas que promueven su bienestar, trabajando conjuntamente con diversos organismos con similares fines (INAU, MSP, CAIF). El énfasis de esta política es fomentar en este período crucial de la primera infancia, un crecimiento y desarrollo adecuado, funcionando como “sistema de protección integral (...) que promueva, fortalezca y articule respuestas integrales que garanticen a todas las mujeres embarazadas, los niños y las niñas el pleno ejercicio de todos sus derechos”

Uruguay Crece Contigo establece cuatro lineamientos estratégicos: Derechos desde el comienzo de la vida y plan de crianza; Programas de atención temprana; Barrios para crecer; Gestión del conocimiento e innovación para la primera infancia. A través de los cuales, valora, planifica, ejecuta y evalúa las necesidades de las familias con mayor vulnerabilidad, a nivel familiar y comunitario-territorial. Entre uno de los programas se destaca:

-El set de bienvenida de los recién nacidos (entregando bolso multiuso, libros de guía para la crianza en las diferentes etapas del ciclo vital -promoviendo buenas prácticas-, CD de música, juegos didácticos de estimulación sensorial y cognitiva, libros de lectura);

-Entrega de cunas promoviendo el sueño seguro diseñadas por un grupo de la Facultad de Arquitectura, la Escuela de Diseño Industrial conjuntamente con el MiDes. Según el video de difusión de la campaña (MiDeS, 2017), su estructura contempló, una altura prudencial sobre el nivel del suelo (previendo ambientes húmedos, o mojados, contacto con pestes domésticas -insectos, roedores-, el material no es inflamable, la morfología es estable.

### **Sistema Informático Perinatal<sup>61</sup>**

El Sistema Informático Perinatal (SIP) es una base de datos creada en 1983, con el fin de mejorar la calidad de atención de madres y recién nacidos. En éste sistema se ingresan los datos de cada mujer embarazada y su hijo desde la primera visita antenatal, el período de gestación, el parto y datos de ambos hasta el momento del alta.

La información que reúne el SIP proviene de un grupo de instrumentos que son utilizados por los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario de aborto, el partograma,

hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos.

Los objetivos del SIP son: servir de base para planificar la atención; verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias; unificar la recolección de datos adoptando normas; facilitar la comunicación entre los diferentes niveles; obtener localmente estadísticas confiables; favorecer el cumplimiento de normas; facilitar la capacitación del personal de salud; registrar datos de interés legal; facilitar la auditoría; caracterizar a la población asistida; evaluar la calidad de la atención; realizar investigaciones epidemiológicas operacionales.

La implementación de dicho sistema se da en todos los niveles de atención de la mujer embarazada y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

### **Objetivos Sanitarios Nacionales y Estratégicos<sup>62</sup>**

En el marco desde la concepción de la salud como un derecho, el MSP define, de acuerdo a la caracterización de la población, políticas de salud orientadas a atender a las necesidades y problemas detectados en los uruguayos, siguiendo lineamientos internacionales con el fin de mejorar la calidad de vida de la población. Por lo que establece objetivos medibles “Objetivos 2020”, con metas específicas a las cuales pretende concretar a través de los diversos planes de ejecución intersectorial e interdisciplinar a nivel nacional. Logrando así, una mejoría en el proceso salud-enfermedad de la población, brindando una atención integral, accesible y equitativa, con énfasis en las actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud para mejorar las problemáticas detectadas, disminuir la prevalencia de enfermedades y exposición a factores de riesgo desde una perspectiva de derechos, género y generaciones.

Los objetivos relacionados con el ciclo vital a cuál pertenece la población objetivo de este trabajo de investigación, está vinculado con el estratégico número dos: Disminuir la carga prematura y evitable de la morbimortalidad. El resultado esperado es: 2.2. Disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal enfatizando las causas vinculadas a la prematuridad. Siendo la meta para lograrlo: Consolidar una tendencia decreciente de la mortalidad infantil neonatal. Partiendo de la siguiente línea de base: 4.9/1000 nacidos vivos (EV. MSP 2014)

### **Estadísticas año 2018 (Datos MSP) <sup>63</sup>**

Tasa global de fecundidad: 1,71

Número de nacidos vivos: 43.014, se registró un descenso en los nacimientos en comparación año 2016 (4.044 menos)

Número de defunciones neonatales precoz: 128

Número de defunciones neonatales tardías: 60

Número de defunciones postneonatales: 94

Número de defunciones total: 282

Tasa de Mortalidad Infantil: 6.6 /1000 nacidos vivos

Tasa de mortalidad neonatal precoz: 3.0 /1000 nacidos vivos

Tasa de mortalidad neonatal tardía: 1.4 /1000 nacidos vivos

Tasa de mortalidad posneonatal: 2.2 /1000 nacidos vivos

## **Estadísticas año 2017-2018 (Datos MSP)**

Tasa global de fecundidad (2018): 1,59

Número de nacidos vivos (2018): 40.014, se registró un descenso en los nacimientos en comparación año 2016 (2912 menos)

Número de defunciones neonatales precoz: 128

Número de defunciones neonatales tardías: 60

Número de defunciones postneonatales: 94

Número de defunciones total: 282

Tasa de Mortalidad Infantil: 6.7 /1000 nacidos vivos

Tasa de mortalidad neonatal precoz: 3.0 /1000 nacidos vivos

Tasa de mortalidad neonatal tardía: 1.4 /1000 nacidos vivos

Tasa de mortalidad postneonatal: 2.2 /1000 nacidos vivos

Según estadísticas del 2016 de las principales causas de la mortalidad infantil se engloban:

-33.8% Malformaciones congénitas.

-10.1% Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal

-9.0% Hipoxia intrauterina y otras dificultades y afecciones respiratorias.

-8.8% Sepsis bacteriana y otras sepsis

-8.0% Mal definidas excepto R95.

-4.0% trastornos hemorrágicos y hematológicos

-3.7% Influenza, neumonía, otras respiratorias agudas

-3.5% Enterocolitis necrotizante

- 2.9% Isquemia cerebral, depresión neonatal y otras alteraciones cerebrales

-2.4% Muerte súbita

-1.3% Probables malformaciones: cardiopatías y nefropatías congénitas.

-12.5% Otras

Sobre la etiología de las defunciones infantiles, se enumeran las tres principales causas (que representan el 89%):

1- Originadas en el período perinatal (principalmente los trastornos relacionados con la prematurez) (43,6%)

2- Malformaciones congénitas (30,9%)

3- Síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte (14,9%)

## **Caracterización del Universo de estudio: alojamiento conjunto madre-hijo del Hospital Policial**

La Dirección Nacional de Asuntos Sociales es una unidad ejecutora del Ministerio del Interior, cuyos cometidos son la organización y gestión de la salud y de la asistencia y seguridad social policial.

Dicha Dirección Nacional contempla dos subdirecciones: Subdirección Nacional de Sanidad Policial, que tiene como cometidos la prevención, la protección y recuperación integral de la salud en todos los niveles del personal policial en actividad y retiro, pensionistas, núcleo familiar, y la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial, cuyo cometido es gestionar, tramitar, proponer y servir los retiros, pensiones, subsidios y demás prestaciones de seguridad social.

La Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial depende jerárquicamente de forma directa del Ministro del Interior, y se rige por las normativas del MSP.

El Hospital Policial Insp. Gral. Ubaldo Genta pertenece a la Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial, está situado en el barrio Mercado Modelo y Bolívar en el Bulevar José Batlle y Ordóñez, esquina Avenida José P. Varela. Construido en 1977.<sup>64</sup>

Actualmente tienen derecho a atenderse en el Hospital Policial aquellos que estén contemplados en el art. 35 (derechos del personal policial en actividad) y en el art. 38 (derechos del policía en situación de retiro) de la Ley Orgánica Policial<sup>65</sup>

Los mismos son:

- Funcionarios policiales en actividad o retiro que no tengan cobertura de salud paga por Sanidad Policial en Mutualistas con las cuales el Ministerio del Interior tenga convenios.
- Cónyuges de policías en actividad o retiro que acrediten ser tales.
- Hijos (legítimos, naturales o adoptivos) de policías en actividad o retiro hasta los 21 años de edad.
- Hijos con discapacidad (declarados como tales por la Comisión de Discapacidad de Sanidad Policial) sin límite de edad.
- Padres o madres de funcionarios en actividad o retiro que no perciban ingresos mayores a un salario mínimo.
- Hijos de entre 21 y 29 años de funcionarios policiales en actividad o retiro que no tengan cobertura de salud paga por el estado; se deberá abonar una cuota mensual.
- Pensionistas policiales.
- Concubinos con formulario en la web o retiro en el Departamento (se necesita Certificación Notarial).

Dentro del servicio de Pediatría (de quien depende la sala de alojamiento madre e hijo) y CTI pediátrico, también son atendidos los usuarios derivados desde el Centro Hospitalario Pereira Rossell, ya sean niños, embarazadas, puérperas y recién nacidos. La posibilidad de contemplar a dichos usuarios se debe a un acuerdo interinstitucional entre el Ministerio del Interior (a través de la Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial) y ASSE.

#### Datos estadísticos del Hospital Policial:

Según la información brindada por el Departamento de registros médicos y estadísticas de salud, durante el año 2019 hubo 383 nacimientos, de los cuales el 58,3% fueron cesáreas, el 40,9 % parto vaginal y el 0,8 % necesitó intervención con fórceps; el 50,39% fueron de sexo masculino y el 49,61% fueron de sexo femenino. En cuanto al peso al nacer el 86,68% fueron de un peso mayor a 2500 gr y el 13,32% de un peso menor a 2500 gr. Se destaca que no hubo fallecidos por SMSL.

Según datos del SIP del Hospital Policial se conoce que durante el primer trimestre de gestación el 15,8 % de las mujeres se registraron como fumadoras activas, el 19,6% fumadoras pasivas, el 2,3 % consumo de alcohol, 1,9 % consumo de drogas; segundo trimestre de gestación el 6,5 % de las mujeres se registraron como fumadoras activas, el 12,3% fumadoras pasivas, el 0 % consumo de alcohol, 0,5 % consumo de drogas; tercer trimestre de gestación el 7 % de las mujeres se registraron como fumadoras activas, el 14% fumadoras pasivas, el 0 % consumo de alcohol, 0,6 % consumo de drogas; los datos varían de acuerdo a la variación de registros de datos de la muestra.

## **Objetivos de la investigación**

### Objetivo general de la Investigación

- Determinar el nivel de información del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en la sala de alojamiento madre-hijo del Hospital Policial sobre la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante.

### Objetivos específicos

- Identificar la fuente de información acerca de los cuidados sugeridos para la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante que tiene la familia del recién nacido.
- Describir las variables asociadas a los factores que influyen en el síndrome de muerte súbita del lactante con el nivel de información que presenta la población objetivo
- Vincular la información presente sobre el síndrome de muerte súbita del lactante en la población objetivo con las teorizaciones consultadas en la bibliografía.

## **Diseño Metodológico**

El presente trabajo es un estudio cuantitativo, cuyo objetivo se centra en evaluar un conjunto de variables que miden el nivel de información que presentan los núcleos familiares respecto a la muerte súbita del lactante. El tipo de investigación cuantitativa es observacional-descriptivo, ya que se basa en una descripción de las variables seleccionadas en la población objetivo. Es transversal, basándose en una única medición de las variables a estudiar.

El estudio es realizado con el fin de describir la pregunta de investigación planteada, y con la posibilidad de generar elementos que permitan realizar futuros estudios a partir del presente.

Durante el período comprendido entre el primero de febrero al treinta y uno de marzo del año en curso, se aplicó el instrumento en el piso de internación de alojamiento madre e hijo del Hospital Policial, con formato de encuesta cerrada, creado por cuatro estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del plan 1993, con el fin de recolectar los datos de las variables, que posteriormente son tabulados y analizados. Utilizando en primera instancia un instrumento piloto de pre-evaluación al 5% del universo. Asimismo, se realizaron entrevistas con los profesionales de la salud que trabajaban en dicho campo.

Para la ejecución del instrumento, se consideraron aspectos éticos primordiales en una investigación científica, que avalaron la aplicación del instrumento. Los principios de la bioética, respetando las ideologías y cultura de todas las familias encuestadas.

Los aspectos bioéticos siguen los lineamientos establecidos por el Estado en cuanto a las investigaciones practicadas en seres humanos (Decreto 158/019), con el correspondiente consentimiento informado detallado previamente, así como aquellas que pautó el Comité de Ética de la Institución Sanitaria seleccionada para la investigación.

**Área de estudio:** Cuidados centrados en la familia en el área materno-infantil

**Unidad de observación:** Los núcleos familiares.

**Unidad de análisis:** El nivel de información sobre el SMSL.

### **Universo de Estudio**

El núcleo familiar de los recién nacidos en el Alojamiento conjunto de Madre-Hijo en el Hospital Policial, Montevideo, Uruguay

### **Selección y Tamaño de muestra**

El 20% de la totalidad anual de los núcleos familiares que brindan cuidados directos a los recién nacidos que se atiendan en Alojamiento Madre-Hijo del Hospital Policial durante el período comprendido entre primero de febrero al treinta y uno de marzo del año en curso, mediante muestreo aleatorio simple.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

#### Inclusión

Los cuidadores directos de todos los recién nacidos atendidos en el Alojamiento Madre-Hijo en el Hospital Policial, con adaptación a la vida extrauterina sin presentar alteraciones en su proceso salud-enfermedad (sin patologías ni ingesta de medicación) al momento de la aplicación del instrumento. Considerando como máximo tres personas por núcleo familiar, que estén vinculadas en el cuidado directo de los recién nacidos.

## Exclusión

Familiares del recién nacidos en situación de discapacidad: sensorial: alteraciones visuales -baja visión, ceguera-, alteraciones auditivas -hipoacusia, sordera-; neurológicas: accidentes cerebrovasculares, enfermedades degenerativas -Esclerosis Lateral Amiotrófica/Múltiple, Parkinson, Alzheimer-, alteraciones cognitivas -trastorno del espectro autista, parálisis cerebral, síndrome de Down-; psico-social -psiquiátricas (tales como: bipolaridad, esquizofrenia, psicosis), familia que no ejerza la patria potestad y/o cualquier otra alteración que impida ejercer el rol del cuidador.

## **Variables:**

### Caracterización de la población:

En este segmento se describen las variables de las que se obtuvieron los datos preestablecidos mediante las encuestas con el fin de caracterizar de la población objetivo y, determinar su nivel de información acerca del SMSL.

### Relacionadas con la caracterización de los adultos.

- Vínculo familiar con RN es una variable: cualitativa, nominal, politómica.  
Definición conceptual: relaciones que une a dos o más personas de acuerdo lazos de afecto, cuidado, consanguíneos. Definición operacional: se interroga a la población acerca de su vínculo con el RN, brindando como opciones: padre/madre, abuelos, tíos, sobrinos, hermanos, madrina/padrino
- Etapa del ciclo vital del adulto, es una variable cualitativa, ordinal. Como definición conceptual: etapa del ciclo vital en la cual la persona está transitando, se clasifica (siguiendo lineamientos OMS) de acuerdo a los años transcurridos

desde el nacimiento, en las siguientes etapas: adolescencia tardía (desde los 15 a los 19 años), adulto joven (desde los 20 a los 44 años), adulto maduro (desde los 45 a los 64 años) y adulto mayor (desde los 64 años en adelante). Definición operacional: se consulta a la población la edad, y se clasifica según las etapas del ciclo vital dictadas por la OMS, como opciones: adolescencia tardía, adulto joven, adulto maduro y adulto mayor.

- Nivel de instrucción es una variable cualitativa, ordinal. Definición conceptual: último nivel educativo aprobado en la educación formal. Considerándose los siguientes niveles educativos: Primaria: primer ciclo escolarización desde primero a sexto de escuela. Secundaria: segundo ciclo de escolarización desde primero a sexto de liceo. Terciaria: tercer ciclo de escolarización, que incluye estudios universitarios, docentes, tecnicaturas. Estudios técnicos no profesionales: cursos cortos de inserción laboral e idiomas. Universidad del Trabajo, técnico y profesional medio y terciario, son estudios académicos de formación orientados a la adquisición de oficios, tecnicaturas, bachilleratos. Definición operacional: Se interroga a la/el participante mediante la pregunta cuál es el último nivel educativo que tiene aprobado, donde tiene las siguientes opciones primaria completa o incompleta secundaria completa o incompleta (ciclo básico), terciaria completa o incompleta, UTU, estudios terciarios no profesionales.

#### Relacionados con el Embarazo y antecedentes prenatales

- Captación del embarazo en el centro de salud. Es una variable cualitativa, ordinal. Definición conceptual: cantidad de semanas transcurridas desde la fecundación hasta el primer control de embarazo con el equipo de salud en una institución sanitaria, considerándose embarazo de captación temprana (antes de las 12 semanas presenta el primer control con el equipo de salud); embarazo de captación

- tardía (después de las 12 semanas presenta el primer control con el equipo de salud). Definición operacional de acuerdo al MSP: se consulta cuándo fue la primera consulta de control de gestación, brindando opciones: antes de las 12 semanas y después de las 12 semanas, clasificándolo según lo estipulado.
- Periodicidad de controles en el embarazo es una variable cualitativa, ordinal.  
Definición conceptual: cantidad de controles realizados durante período de gestación con el equipo de salud de una institución sanitaria, cuyo fin se centra en el control de la gestación de acuerdo a las buenas prácticas establecidas por el MSP, que estipula: un embarazo mal controlado: 0 a 5 controles, Normocontrolado entre 6 a 10 controles. Bien controlado más de 11 controles.  
Definición operacional: se interroga el número de controles con el equipo de salud, categorizándose de acuerdo a la clasificación del MSP: mal controlado, normocontrolado y bien controlado.
  - Embarazo de alto Riesgo es una variable cualitativa, nominal, politómica.  
Definición conceptual: mujer-gestante que presenta alteraciones en su proceso salud-enfermedad previamente conocidas o consecuentes al embarazo, que requiere mayores controles y seguimiento por el equipo de salud, con el fin de disminuir los factores de riesgos modificables y evitar complicaciones tanto en la mujer gestante como en el desarrollo embrionario/fetal que repercutan en la vida extrauterina del RN. Definición operacional, se cuestiona la presencia de las siguientes patologías durante la gestación: hipertensión arterial; diabetes gestacional, metrorragias, RCIU, infecciones.
  - Presencia de hábitos nocivos durante el embarazo es una variable cualitativa, nominal, dicotómica/politómica. Definición conceptual: consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo. Definición operacional contempla: consultando a la

población la presencia del hábito (dicotómica), con las opciones: sí o no;  
Interrogando acerca de del tipo de hábito consumido (politómica) consultando las siguientes opciones: Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, otros

- Antecedentes de muerte súbita del lactante en hermanos del RN es una variable cualitativa, nominal, dicotómica. Definición conceptual: sucesos de muerte súbita del lactante en hermanos del RN. Definición operacional: se inquiriere a la población acerca de la presencia del SMSL en hermanos del RN, donde tiene las siguientes opciones: Sí o No.

#### Relacionadas al nacimiento del recién nacido

- Edad gestacional es una variable cualitativa, nominal. Definición conceptual: cantidad de semanas transcurridas desde la fecundación hasta el nacimiento, clasificándose: aquellos que no superen las 37 semanas, RN a término entre las 37 y 41 semanas, y recién nacidos post término a aquellos que superen las 42 semanas de edad gestacional. Definición operacional: se cuestiona la cantidad de semanas de gestación del RN, transcurridas al momento del nacimiento, incluyendo las siguientes opciones: pre-término, término y post-término
- Vía de nacimiento es variable cualitativa, nominal, dicotómica. Definición conceptual es el medio por el cual el feto es expulsado o extraído del útero materno, pasando de la vida intrauterina a la extrauterina, ya sea por parto o cesárea. Parto es el proceso fisiológico en el cual el feto pasa de la vida intrauterina a la extrauterina a través de la vagina. Cesárea es procedimiento quirúrgico en el cual se extrae el feto del útero de la madre mediante una incisión abdominal. Definición operacional: Se cuestiona a la población acerca de la vía del nacimiento del RN, considerando como opciones: Parto o cesárea.

### Relacionadas con el recién nacido:

- Edad del recién nacido es una variable cuantitativa, discreta, intervalo. Definición conceptual: tiempo de vida del RN desde el nacimiento, que abarca el período comprendido entre el día 0 hasta los 28 días. Definición operacional se interroga a la población acerca de la cantidad de días transcurridos desde el nacimiento incluyendo los RN con edad gestacional corregida. Para el cálculo de los intervalos de esta variable, se utiliza la regla de Sturges (consta en encontrar: un rango: -el valor máximo menos el mínimo:  $R = X_{\max} - X_{\min}$ ; el intervalo  $-1 + \log n$ ; amplitud -el valor del rango dividido el intervalo:  $R/I$ )
- Sexo del recién nacido es una variable cualitativa, nominal, politómica. Definición conceptual: características biológicas y fisiológicas que determinan, debido a sus caracteres sexuales primarios y secundarios: femenino, masculino o intersexo. Definición operacional: se interroga a la población el sexo del RN, con las opciones: Masculino, Femenino, Intersexo.
- Peso al nacer es una variable: cualitativa, ordinal. Definición conceptual: medida antropométrica que indica la masa corporal al momento de nacer, clasificadas según el peso en: Extremo bajo peso (menor 1000g), muy bajo peso (1000-1500 g), bajo peso 1500-2500 g), normopeso (2500-4300 g), macrosómicos (superior a 4300 g). Definición operacional: se cuestiona a la población acerca del peso en gramos del RN al nacer, clasificando sus respuestas en: extremo bajo peso, muy bajo peso, normopeso, macrosómicos.

Las siguientes variables se clasifican por los factores de Riesgo y Protectores que son constatadas mediante la observación directa y encuesta.

- Presencia de fumadores en el hogar es una variable cualitativa, nominal, dicotómica. Definición conceptual: Individuos que presentan el hábito de tabaquismo, ya sea dentro o fuera del hogar. Definición operacional se interroga a la población la presencia de fumadores en el hogar, considerando como opciones: sí o no. En caso de una respuesta afirmativa, se solicita que especifique: si lo practica dentro o fuera del hogar.
- Lugar de descanso del RN en domicilio es una variable cualitativa, nominal, politómica. Definición conceptual: el lugar que está destinado para el descanso del RN en el domicilio. Definición operacional: se cuestiona a la población acerca del lugar donde descasará el RN en su hogar, brindando como opciones: Cuna, coche, sofá, colecho, cohabitación.
- Oxigenación del área de descanso del RN, es una variable cualitativa, nominal, politómica. Definición conceptual: presencia de objetos que obstaculicen el intercambio gaseoso del RN en su lugar de descanso. Definición operacional se cuestiona la presencia de aquellos objetos que puedan interferir en la oxigenación del RN en el área de descanso, considerando las siguientes opciones: almohadones, chichoneras, juguetes. Se complementa con observación directa del equipo de investigadores la oxigenación del área.
- Presencia de vestimenta y abrigo del RN es una variable cualitativa, nominal, politómica. Definición conceptual: ropa de vestir y/o ropa de cama utilizada para la termorregulación del RN. Definición operacional: se pregunta a la población acerca del tipo de vestimenta y abrigo utilizada sobre el RN durante el descanso, con las siguientes opciones de respuesta: vestido, vestido con sábana; vestido con sábana y frazadas. Se complementa con observación directa del equipo de investigadores.

- Alimentación del RN es una variable cualitativa, nominal, politómica. Definición conceptual: nutrición que recibe el RN, que contempla: Pecho directo (el RN se alimenta de la leche materna directamente del pecho). Pecho ordeñado materno: (se alimenta con leche materna previamente extraída de la mama, mediante biberón). PPL (preparado alimenticio que sirve para sustituir o complementar la alimentación por lactancia materna). Definición operacional: Se cuestiona a la población el tipo de alimentación que recibe el RN, donde presenta las siguientes opciones: pecho directo, pecho ordeñado materno, PPL.
- La posición del RN para dormir es una variable cualitativa, nominal, politómica. Definición conceptual: postura corporal en la cual el RN descansa. Definición operacional: se consulta a la población, la posición en la que el RN descansa, brindando como opciones: decúbito dorsal, decúbito prono, decúbito lateral. Se complementa con observación directa del equipo de investigadores.
- Utilización del chupete, es una variable cualitativa, nominal, dicotómica. Definición conceptual, es la práctica del uso del instrumento similar a un pezón de goma durante el descanso del lactante. La definición operacional: se cuestiona a la población si el RN utiliza chupete, como opciones de respuesta: Sí o No.

En estas variables se determina el nivel de información sobre SMSL y SS

- Presencia de información sobre los cuidados del RN, es una variable cualitativa, nominal, dicotómica. Como definición conceptual: se refiere a la presencia de información sobre los cuidados del RN. Como definición operacional: se consulta a la población si ha recibido información sobre los cuidados del RN, otorgando como opciones: Sí o no
- Fuente de información sobre cuidados del RN es una variable cualitativa, nominal, politómica. Como definición conceptual el origen de la información recibida

- sobre los cuidados del RN. Como definición operacional: se interroga a la población acerca de la fuente de información recibida sobre los cuidados del RN, mencionando como opciones: el equipo de salud (médicos, enfermería, clases de parto, u otras instancias de educación sanitaria), familia, internet, libros o revistas.
- Presencia de información previa acerca del SMSL es una variable cualitativa, nominal, dicotómica. Se entiende como definición conceptual presencia de información sobre los factores de riesgo y protectores del SMSL. Como definición operacional: se cuestiona a la población acerca de la existencia de información del SMSL, contempla como opciones la respuesta: Si o No.
  - Presencia de información previa acerca de las recomendaciones del Sueño Seguro. Es una variable cualitativa, nominal, dicotómica. Como definición conceptual presencia de información acerca las recomendaciones sobre el sueño seguro. Como definición operacional: se interroga a la población acerca de la existencia de información sobre las recomendaciones del sueño seguro, contempla como respuesta: Si o No.
  - Categorización de los factores según su condición de riesgo o protector sobre el SMSL. Definición conceptual: clasificación de los factores mencionados sobre el SMSL según su calidad de protector (evitan desenlace del Síndrome) o riesgo (favorecen el desenlace del síndrome). Definición operacional: Se solicita a la población la denominación de estos 10 ítems según consideren su calidad de protectores o de riesgo sobre el SMSL: lactancia materna exclusiva, posición decúbito prono al dormir, exceso de abrigo para dormir; uso de chichoneras, almohadones, juguetes en lugar de descanso del RN, posición decúbito dorsal al dormir; presencia de fumadores en el hogar; colecho; alimentación con PPL; control del embarazo; Uso del chupete.

- Presencia de información acerca de las recomendaciones sobre el sueño seguro.

Definición conceptual: presencia de información previa acerca de las recomendaciones sobre el sueño seguro. Definición operacional: Se solicita a la población la confirmación de la presencia de información de los siguientes ítems que corresponden a las recomendaciones sobre el sueño seguro: Dormir con poco abrigo; Ausencia de fumadores en el hogar; Lactancia materna exclusiva; Uso de frazadas o sábanas por debajo de las axilas y bien sujetas del colchón; Evitar uso de chichoneras, almohadones, juguetes en el área del descanso; Cohabitación padres-RN; Uso de chupete; Dormir en una superficie firme; Dormir decúbito dorsal.

Para evaluar el nivel de información, se utiliza una escala de índole ordinal, que se construye en base a la cantidad de factores de riesgo y protectores del SMSL y de las recomendaciones del SS, tomando todos los factores con el mismo valor absoluto por su carácter influyente en el desenlace del síndrome. Dichos factores se plantean como ítems, que el núcleo familiar debe identificar como factor de riesgo o protector en el caso del SMSL; Y del SS debe señalar si presenta información de las recomendaciones mencionadas. Para determinar el nivel, se subdivide en tres categorías; bajo, medio, o alto, según la puntuación total de las respuestas. En el SMSL con -una totalidad de 10 factores equivalen a 10 puntos, se categorizó en nivel: bajo: 1-4; medio: 5-7; alto: 8-10. El SS con una totalidad de 8 recomendaciones, se categorizó, el nivel bajo: 1-3; medio: 4-5; alto: 6-8.

### **Presentación de los datos:**

En la siguiente sección se detallan la cuantificación de las variables, producto de la tabulación de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento a la población objetivo creado con tal fin, que buscan dar respuesta a los objetivos establecidos y a la pregunta problema planteada.

La presentación de datos, descritos a continuación, corresponde a una totalidad de (N) de 40 núcleos familiares, llegando a un abordaje total (N) de 54 entrevistados, por incluirse hasta dos miembros del mismo núcleo familiar en la aplicación del protocolo.

Para comenzar, se enumeran los datos patronímicos de la población. Se aborda:

- Vínculo: 65% de madres, un 30% de padres y un 6% de abuelas (maternas).
- Del ciclo vital que el adulto está transitando se clasifican: 6% adolescencia tardía, 89% adulto joven, 4% adulto maduro y 2% adulto mayor.
- Del nivel de instrucción: 52% secundaria incompleta, 24% secundaria completa, 13% terciaria completa, 6 % primaria completa, 4% terciaria incompleta, y 2% estudios terciarios no profesionales.

De las variables que responden a los antecedentes obstétricos se describe:

- Captación temprana del embarazo fue de un 82.5% temprana y un 17.5% tardía;
- De la periodicidad de los controles obstétricos el 47.5% fue normocontrolado, 42.5% bien controlado y 10% mal controlado
- De las patologías obstétricas presentadas en los embarazos de alto riesgo fueron: 50% diabetes gestacional, 25% de infecciones (urinarias), un 10% anemia y

estado hipertensivo del embarazo (EHE) y un 5% restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

- De los hábitos nocivos durante la gestación, un 12.5% respondió la opción positiva, de los que se destaca que el 83.3% consumió tabaco y el 16.7% alcohol.
- De la edad gestacional del RN: 93% a término y 8% pre término;
- De la vía de nacimiento se obtiene un 50% por parto y un 50% por cesárea.

En referencia a los datos que engloban a la caracterización de los RN se obtuvo que:

- Edad (en días) al momento de la encuesta un 58% tenía entre 0 a 2 días, un 38% de 2 a 4 días, un 3% de a 4 a 6 días y 3% de 12 a 14 días
- Del sexo un 55% femenino y un 45% masculino
- Del peso al nacer un 95% normopeso y un 5% bajo peso.
- Sobre la existencia de antecedentes de SMSL en hermanos del RN, el 100% no presentó.

Con respecto a las variables centradas en medición sobre la temática de esta investigación, se desglosa en primer lugar las vinculadas acerca de la presencia de los factores de riesgo y protectores del SMSL. De ellos, se enumeró que:

- De presencia de fumadores dentro del hogar, el 73% manifestaron que no hay y un 28% sí, destacando que el 91% fuma fuera del hogar y el 9% fuma dentro.
- Del lugar de descanso destinado en el domicilio el 46% señaló que dormirá en su cuna y el 46% en cohabitación con los padres, un 7% practicará colecho y un 1% dormirá en su coche.
- De acuerdo a la oxigenación del área del descanso, refiere el 53% la presencia de almohadas o almohadones, el 25% no presentar objetos y un 23% juguetes; El

equipo de investigadores observó que el 75% no presentó ningún objeto en el lugar de descanso, el 15% juguetes y un 10% almohadas o almohadones.

- Sobre la utilización de abrigo durante el descanso el 58% acondicionó al RN vestido con una sábana, el 25% vestido con sábana y frazada o rebozo, 18% sólo vestido. El equipo de investigadores observó que el 43% descansaba sólo vestido, el 30% vestido con sábana y frazada o rebozo y el 28% vestido con sábana.
- De la posición al dormir del recién nacido, el 65% indicó que descansaba en decúbito dorsal, el 33% en decúbito lateral y el 3% en decúbito prono. El entrevistador observó que el 65% descansaba en decúbito dorsal, el 20% en decúbito lateral, el 10% en brazos y el 5% en decúbito prono.
- De la alimentación del recién nacido el 55% se alimentaba con pecho directo exclusivo, el 33% con pecho directo y PPL, un 10% con pecho directo y pecho ordeñado materno y el 3% sólo con PPL.
- De la utilización del chupete el 53% confirmó el uso del mismo y el 48% no.

En segunda instancia, se destacan las variables que midieron la existencia de información previa al nacimiento.

- Información sobre los cuidados del RN, el 80% indicó haber recibido y el 20% lo negó.

De los cuales la fuente de información fue:

- 36% del equipo de salud
- 26% de la familia
- 20% de libros o revistas y el 18% de internet
- Información sobre el SMSL el 33% la recibió y el 67% no la recibió.

En tercera estancia, se desglosan aquellas variables que midieron el nivel de información sobre la detección de factores de riesgo y protectores acerca del SMSL.

- Del pecho directo exclusivo hasta los 6 meses de vida 98% catalogó como factor protector, 2% de riesgo.
- De la alimentación con PPL, el 61% como un factor protector y el 39% de riesgo.
- El 100% indicó la posición decúbito prono para el descanso del RN es un factor de riesgo.
- De la posición decúbito supino para el descanso del RN el 87% señaló factor protector y el 13% un factor de riesgo.
- Del exceso de abrigo al dormir el 93% lo consideró un factor de riesgo y el 7% protector.
- De la utilización de chichoneras para dormir el 97% indicó como factor de riesgo y el 24% protector.
- De la práctica del colecho el 20% describió como factor protector y el 80% de riesgo.
- De los controles periódicos en el embarazo, el 98% consideró un factor protector y el 2% de riesgo; el 69% de los entrevistados que el uso del chupete es un factor protector y el 31% un factor de riesgo.
- El 100% afirmó que la presencia de fumadores en el hogar es un factor de riesgo.

De acuerdo a la cantidad de respuestas acertadas acerca de los factores de riesgo y protectores del SMSL, aplicando una la escala de índole ordinal, se estableció que el 85% presentó un nivel de información alto, el 13% nivel de información medio y el 2% nivel de información bajo.

En la etapa siguiente, se cuestionó la existencia de información previa sobre las recomendaciones para un sueño seguro, obteniéndose que el 81% no presentaba información previa y el 19% afirmó que sí.

Al igual que en el punto anterior, se evalúa la existencia de información previa acerca de los factores protectores recomendados para un sueño seguro. Se enumera:

- De evitar abrigar en exceso al RN para el descanso, el 65% indicó que es recomendable, el 35% no conocer dicha información;
- De la utilización de sábanas o frazadas sujetas por debajo de las axilas del RN, 63% la afirmó como una recomendación y el 37% refiere no conocerla.
- De mantener el área de descanso del recién nacido libre de almohadones, juguetes u otros objetos, el 83% consideró como recomendación y el 17% refiere no.
- De situar la cuna del RN al lado de la cama de los padres, el 87% afirmó que es una recomendación y el 13% no.
- De procurar un colchón firme para el RN, el 63% la mencionó como recomendación y el 37% no conocerla.
- De alimentación con lactancia materna exclusiva, el 93% la refirió como recomendación y el 7% desconocía.
- De la utilización del chupete, el 56% la contempló como una recomendación y el 44% desconocía.
- El 100% refirió conocer la ausencia de fumadores dentro del hogar como una recomendación.

Según la cantidad de respuestas acertadas del punto anterior, aplicando una escala ordinal, se estableció que el 65% presentó un nivel de información alto y el 35% medio.

Con el fin de visualizar una correlación entre diferentes variables, se optó por análisis bivariados de las siguientes variables:

a) El vínculo del entrevistado con el RN y el nivel de instrucción del mismo con el resultado de:

- primaria completa el 3% de las madres, el 6% de los padres y el 33% de los abuelos
- secundaria incompleta el 54% de las madres, el 50% de los padres y el 33% de los abuelos
- secundaria completa el 26% de las madres y el 25% de los padres;
- terciaria incompleta el 3% de las madres y el 33% de los abuelos;
- terciaria completa el 9% de las madres y el 6% de los padres;
- UTU el 6% de las madres y el 13% de los padres.

b) El vínculo del entrevistado con el RN y la existencia de información sobre la prevención del SMSL, se contempló que:

- De los que presentaron información previa el 72% eran madres y el 28% padres;
- De los no presentaron información previa el 62% son madres, el 31% padres y el 8% abuelos.

c) En referencia a la relación entre el información previa y nivel de información sobre la prevención del SMSL se obtuvo que la población que alcanzó:

- nivel de información bajo, el 100% señaló que presentaba información previa;
- nivel de información medio, el 43% indicó presentaba información previa y el 57% que no.

- nivel de información alto, el 84% presentaba información previa y el 16% señaló que no.

d) En referencia a la relación entre el nivel de instrucción y el nivel de información sobre la prevención del SMSL se observó que de acuerdo al nivel alcanzado:

- primaria completa, el 67% alcanzó un nivel medio de información y 33% nivel alto de información;
- secundaria incompleta, el 4% obtuvo nivel bajo de información, el 14% nivel medio de información y el 82% nivel alto de información;
- secundaria completa, el 8% presentó un nivel medio de información y el 92% nivel alto de información;
- terciario incompleto y completo, y UTU el 100% logró un nivel alto de información.

e) En referencia a la relación entre la información previa sobre las recomendaciones para un sueño seguro y el vínculo con el recién nacido se visualizó que:

- De los que afirmaron presentar información previa el 82% son madres y el 18% padres;
- De los que negaron presentar información previa el 60% son madres, el 33% padres y el 7% abuelos.

f) En referencia a la relación entre la presencia de información previa y nivel de información sobre las recomendaciones para un sueño seguro se contempló que:

- De un nivel de información medio, el 5% tenía información previa y el 95% señaló no presentarla;

- De un nivel de información alto, el 29% tenía información previa y el 71% señaló no presentarla.

g) En referencia a la relación entre el nivel de instrucción y el nivel de información sobre las recomendaciones para un sueño seguro se visualizó que aquellos que alcanzaron:

- primaria completa el 100% presentó un nivel medio de información
- secundaria incompleta, el 39% nivel medio de información y el 61% nivel alto de información
- secundaria completa, el 23% alcanzó un nivel medio de información y el 77% nivel alto de información
- terciario incompleto y UTU el 100% logró un nivel alto de información
- terciario completo. el 50% obtuvo un nivel medio de información y el 50% un nivel alto de información.

## **Discusión: Análisis de datos**

En esta sección se procede a la articulación teórico-práctica de la temática de la investigación. Previamente, cabe destacar de los aspectos formales del protocolo, que el título, objetivos, consentimientos, se cambian una vez finalizada la aprobación del Comité de Bioética y el instrumento de investigación se modifica luego de la prueba piloto.

El cambio del título se argumenta en el significado de las palabras “Información” y “Conocimiento”, considerándose la primera como un conjunto de datos que se procesan e interrelacionan, con un significado específico y que sirven de utilidad para la toma de decisiones; y la segunda, según Piaget, como un proceso que cada individuo construye basado en la asimilación, integración y reorganización de las estructuras interpretativas que facilitan la interacción con el mundo. De estos aspectos, a través de la interrelación entre el entorno, la educación formal (académica) y la informal (cultural, familiar, social) se construye el proceso del aprendizaje, que es infinito y está en constante remodelación. Por lo cual, dadas las variables evaluadas, se considera apropiado titularlo “Nivel de información del núcleo familiar del RN atendidas en el alojamiento conjunto madre-RN del Hospital Policial sobre la prevención del SMSL”

Con respecto a la selección de la muestra preestablecida, no se logra cumplir con la meta del abordaje del 20%. Cuya justificación se centra en la emergencia sanitaria actual que se está transitando por la pandemia del “Covid-19”. Lo cual limita el relevamiento de datos por los protocolos institucionales, tanto de la UdelaR, como del Hospital Policial, que exhortan evitar la aglomeración de personas y promueven el distanciamiento social. Asimismo, con el cambio de autoridades estatales correspondiente al período de gobierno 2020-2025, surgieron demoras administrativas con la aprobación de solicitud de permisos

de la institución. Aun así, se continúa con la ejecución del protocolo desde 13 de marzo hasta el 31 del mismo mes, con la autorización de la Supervisora del área, permitiendo la participación de un integrante del grupo de investigación, con las medidas de protección personal, higiene y distanciamiento social pertinentes. Llegando a abordar al 10,44% del universo de la muestra.

Para comenzar con la discusión, se destaca el concepto del proceso salud-enfermedad. Como se explicó en el marco, implica la conjunción de una multiplicidad de factores que influyen positiva o negativamente, dependiendo de las dimensiones bio-psico-sociales-culturales de la coyuntura en la que cada sociedad transita. El SMSL está determinado por factores de riesgo y factores protectores, modificables y no modificables, que reflejan la situación social de Uruguay. El marco referencial del país, con las correspondientes leyes y políticas sociales, que conjuntamente con la idiosincrasia, enmarcan y explican la estadística nacional de mortalidad infantil (lactante), así como la información que los habitantes del país -reflejadas parcialmente en la muestra seleccionada para esta investigación-, conoce y contribuye al descenso de dicho desenlace. Por lo cual, es interesante el desglose de aquellos factores que afectan el SMSL.

En primer lugar, se discute la visión de Lalonde, con sus determinantes, entre los cuales se establece aquellos factores modificables y los que no lo son del SMSL.

Los factores no modificables incluyen:

- La Biología Humana

Presentándose como factores de riesgo: la anatomía y fisiología del RN, con centros cardiorrespiratorio y de sueño-vigilia inmaduros (debido al proceso normal y esperable

del crecimiento y desarrollo), el sexo masculino (el 45% de los RN eran de sexo masculino), antecedente de SMSL en hermanos (factores genéticos previos podrían vincularse con el síndrome, en la población objetivo no se han reportado casos); edad materna (edades extremas: menores a 20 años son asociados al síndrome, el 6% de las mujeres-madres), embarazos de alto riesgo (pudiendo alterar el proceso salud-enfermedad del feto/RN por las diversas patologías gestacionales, con manifestaciones clínicas que aumentan el riesgo. En la muestra el 50% de las mujeres presentaron: 50% diabetes gestacional, 25% de infecciones urinarias, un 10% anemia y EHE y un 5% RCIU), edad gestacional (el riesgo es mayor en los RN pretérmino, por su estado de inmadurez, siendo 8% en la población), peso al nacer RN (menor peso significa un mayor riesgo, por su crecimiento y desarrollo más inmaduro (5% de los RN). Como vía de nacimiento se destaca un porcentaje alto de cesáreas (50% de nacimientos)

Dentro de los factores modificables:

- El Estilo de vida

De los factores protectores:

De la periodicidad de los controles obstétricos (que detectan patologías maternas gestacionales con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y anomalías en el desarrollo y crecimiento del RN, disminuyendo exposición a factores de riesgo) el 10% mal controlado.

La captación temprana del embarazo, que permite la identificación de riesgos, comenzar el proceso de educación incidental del equipo de salud a la mujer gestante y su núcleo familiar. En la población objetivo fue de un 17.5% tardía.

De los factores de riesgo:

El tabaquismo (el humo de cigarro altera la fisiología respiratoria del RN, presentando dificultad en la metabolización y aumentando riesgo de hipoxia. De los núcleos familiares, el 100% lo catalogó como de riesgo. Y el 100% lo consideró como una recomendación para lograr un sueño seguro. Sin embargo, el 13% de las mujeres que mantuvieron hábitos tóxicos durante el primer trimestre de la gestación, el 83% fue tabaco. Un 28% declaró la existencia de fumadores en el núcleo familiar de los cuales el 91% practica el hábito fuera del hogar. Se destaca que la cifra es elevada y contradictoria, ya que la totalidad de la población lo considera un factor de riesgo, aún existe un porcentaje elevado de tabaquistas, y esto muestra una conducta de difícil erradicación. El tabaquismo es contraproducente, tanto en el período de gestación, como en el puerperio/período RN-lactante. No sólo por la afectación en el crecimiento y desarrollo durante el período de organogénesis, sino en los primeros meses de vida, aumentando la probabilidad de alteraciones en el proceso salud-enfermedad del RN, así como un riesgo inmediato asociado al SMSL). Aunque el hábito de fumar sea fuera del hogar, sigue manteniéndose como un riesgo debido a la concentración de sustancias tóxicas del tabaco remanentes en la ropa, piel, cabello. Según datos del SIP del Hospital Policial hubo un descenso del consumo de hábitos nocivos comparativamente del primer trimestre hasta el nacimiento.

- Ambiental

La cohabitación es un factor protector frente al SMSL, como menciona Zapata et al,<sup>13</sup> además de disminuir el síndrome, favorece la lactancia materna. De la cantidad de encuestados; el 46% manifiestan que el RN dormirá en cuna en la misma habitación de el/los cuidadores principales

La temperatura de la habitación afecta la termorregulación del RN, quien, dado la inmadurez de su SNC, no logra la regulación acorde a los cambios bruscos de temperatura. Tal como indica Zapata et al, la importancia de crear un ambiente adecuado, con una temperatura estable, evitando la humedad, y un abrigo evitan el estrés térmico del RN.

- Organización de servicios de salud

A nivel institucional, se brinda educación incidental (en alojamiento conjunto y policlínica) y programa, como las clases de parto (de concurrencia opcional). Además, presenta un programa de educación permanente y continua a funcionarios para actualización de información del área de neonatología. En el servicio de neonatología: existen protocolos institucionales que abarcan una estandarización de: procedimientos de enfermería, primera consulta coordinada (siguiendo el plan aduana y el protocolo del plan de alta elaborado por el servicio), seguimiento. Cuenta un grupo conformado para apoyar la lactancia materna, a cargo de una partera y dos licenciadas en enfermería, quienes focalizan atención a aquellas mujeres que presentan dificultades para instalar la lactancia.

Complementando las diversas teorías y conceptualizaciones que nutren el análisis, la teoría de Henderson se basa en la promoción de satisfacer las necesidades fundamentales de los individuos para su supervivencia e independencia. Asociados a las recomendaciones para un sueño seguro, un conjunto de las necesidades está estrechamente ligadas, para que, en palabras de Henderson, si están alteradas, el objetivo es reestablecerlas, siendo enfermería el personal idóneo en esta tarea.

De las necesidades a destacar, se enumeran las siguientes para la discusión pertinente:

- Necesidad respirar adecuadamente

Existe una mayor susceptibilidad en el RN por el patrón respiratorio, dada la anatómo-fisiología, con sus características en la disposición de los tejidos, estructuras y órganos.

Razón por la cual cambia la dinámica respiratoria. Entre los factores que pueden influir:

De la posición decúbito al descanso, la dorsal favorece la disposición de la vía aérea alta, el 87% señaló su condición de protector y el 65% indicó que descansaba en esta postura (equivalente a la observación del equipo de investigadores) La diferencia entre ambas indagaciones, pueden vincularse al manifiesto del núcleo familiar de las inquietudes generadas sobre la posición adecuada, de acuerdo a la fuente de información recibida (ya sea familiares que indicaban posiciones que antiguamente eran recomendadas, Internet, libros).

De la oxigenación del área de descanso la presencia de objetos altera la ventilación del RN. El 53% refirió presencia de almohadas y el 23% juguetes; El equipo investigador observó que el 75% no presentó ningún objeto en el lugar de descanso. El 83% de los entrevistados consideró esto como recomendación.

De la utilización del chupete, que favorece el desarrollo del mecanismo de succión, deglución, respiración, de la población el 53% confirmó el usufructo del mismo y el 56% lo consideró como una recomendación al SS:

- Necesidad alimentarse e hidratarse

La lactancia materna exclusiva, por la calidad de alimento es vital para acompañar el crecimiento y desarrollo del RN, brindando nutrientes esenciales que colaboran en la maduración del SNC. Pese que el 98% de los núcleos lo consideró como protector y el 93% como una recomendación, solo el 55% se alimentaban con pecho directo exclusivo.

Hay una diferencia notoria entre ambos porcentajes, lo cual se puede asociar a la indicación de ingesta de PPL complementando a la lactancia por el equipo médico.

Lactancia con PPL: La lactancia materna mantiene al recién nacido más alerta en el cambio sueño y vigilia, sin embargo, la alimentación con PPL produce que el RN tenga un sueño más largo y profundo, sin interrupciones significando así un riesgo ya que disminuye su respuesta a estímulos durante el sueño. Dentro de la muestra, un 33% alimentaba al RN con pecho directo y PPL, y 3% sólo con PPL.

- Necesidad Dormir y descansar

Como se ha especificado, la mayoría del tiempo del RN está invertido en el descanso <sup>35</sup>, por lo cual el ambiente donde duerme es un lugar fundamental, y requiere una mayor supervisión de los adultos.

El 46% manifestó que dormirá en su propia cuna. Y el 87% afirmó como recomendación situar la cuna del RN al lado de la cama de los padres.

El 63% mencionó como recomendación procurar un colchón firme para el RN.

La práctica de colecho, por el riesgo de asfixia y otros accidentes, el 80% lo señaló como riesgoso y el 7% resaltó que lo practicará.

- Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse; y de mantener la temperatura corporal adecuada

Sobre la utilización de abrigo durante el descanso, el 65% indicó que es recomendable evitar el abrigar en exceso, debido a que presenta una termorregulación ineficaz requieren abrigo acorde a la temperatura, y acondicionar la ropa de cama por debajo de las axilas, el 63% lo catalogó como recomendación. Los núcleos indicaron (en estación de verano):

25% vestido con sábana y frazada o rebozo, y 18% sólo vestido. El equipo de investigadores observó que, el 30% vestido con sábana y frazada o rebozo y el 28% vestido con sábana.

- Necesidad de Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas:

El papel que juegan los adultos en la prevención del síndrome está vinculado a las conductas en los cuidados brindados al RN. Aplicando las recomendaciones para garantizar un sueño seguro, evitando los factores de riesgo y promoviendo los protectores, ya desarrollados en las restantes necesidades.

- Necesidad Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal:

La disposición y responsabilidad del núcleo familiar en cuanto al interés de continuar el proceso de aprendizaje sobre los cuidados del RN orientados a la adquisición de buenas prácticas, favorece un crecimiento y desarrollo acorde a las necesidades del RN, y disminuye las conductas/hábitos que peligran el proceso de salud-enfermedad.

En el análisis bivariado se detecta que frente a la relación entre el información previa y nivel de información sobre el SMSL la población alcanzó: del nivel de información: bajo, el 100% presentó información previa; medio, el 43% información previa; alto, el 84% información previa. Es llamativo como aquellos entrevistados cuyo nivel de información era bajo, argumentaron haber recibido información previa, y dicho porcentaje disminuyó en niveles medios de información.

El mismo análisis en referencia a la relación entre la presencia de información previa y nivel de información sobre las recomendaciones para un sueño seguro se contempló que de un nivel de información: medio, el 5% tenía información previa; y del alto, el 29% tenía información. A destacar, un alto porcentaje de los encuestados no presentaban información acerca de las recomendaciones sobre el sueño seguro.

Los núcleos familiares fueron receptivos a la aplicación del protocolo, sin embargo, solo 2 núcleos familiares manifestaron el interés de agendar el mail del grupo (presente en el consentimiento informado) para continuar informándose acerca de la temática.

Para complementar la discusión, siguiendo con las teorías de enfermería, la adopción del rol materno: convertirse en madre de Mercer, analiza la adopción del rol mediante los diversos sistemas en los que está directa o indirectamente vinculado cada madre/padre: el microsistema, mesosistema y macrosistema.

#### - Microsistema

En este nivel de interrelación, lo trascendental es el ambiente inmediato de la madre/padre, netamente influido por sus personalidades, hogar, vínculo con el núcleo familiar. Lo planteado de abordar a varios agentes del núcleo en la aplicación del protocolo (de la muestra, sólo el 8% fueron abuelas), era determinar su nivel de información. Dada la alta influencia que presentan los diversos agentes en el cuidado de un mismo RN, quienes incluso tienen la tarea de atenderlos ante la ausencia de los padres. Además, la importancia del círculo más íntimo con la diada materno-RN es el apoyo emocional, trascendental para este período de vulnerabilidad.

La información que transmiten de generación en generación, por la educación formal e informal recibida, pueden influenciar los conceptos de los padres. Los familiares son una fuente de información sobre los cuidados del RN (26% de los encuestados). Las recomendaciones transmitidas pueden estar obsoletas, no siguiendo con las buenas prácticas.

Con respecto a la adquisición del rol materno, del análisis bivariado las madres presentaron mayoritariamente información previa del SMSL y sueño seguro. Podría estar asociado al rol adquirido social maternal, a las fases descriptivas del proceso de convertirse en madre: anticipación, formal, e informal. Que están vinculadas al interés propio materno del cuidado de su gestación y RN, de los factores externos culturales y sociales que influyen en su preparación para convertirse en madre, y la información que consideren les beneficie para ejecutar el rol. Hay una tendencia a que los agentes socializantes enfoquen su atención en la educación a las mujeres madres sobre los cuidados propios (por los cambios fisiológicos durante la gestación, puerperio y lactancia) y los del RN/lactante.

Otro aspecto destacable es lo que Mercer resalta como fundamental en la adquisición del rol, el padre influye como ningún otro agente social, por su papel de responsabilidad y participación en los cuidados del RN. Debiéndose incluir en los programas de educación un enfoque a la tríada madre-padre-RN. En los núcleos familiares se aborda a un 30% de padres.

Mesosistema

El vínculo de los núcleos con el sistema formal de educación favorece procesos de aprendizaje nuevos en conductas que reducen los factores de riesgo y potencien los factores protectores al cuidado del RN. Según el relevamiento de datos, el nivel de instrucción mayoritariamente alcanzado fue la secundaria incompleta (ciclo básico).

Otro aspecto a considerar es el relacionamiento de los padres con los centros de salud en los cuales se atienden. La atención integral enfocada en cuidados centrados a la familia, como unidad de cuidado, tiene el fin de empoderamiento en el proceso salud-enfermedad. Mediante programas educativos, incidentales y programados, que favorezcan la adquisición de nueva información, enfocada en reforzar conductas protectoras. Entre las actividades de educación programada: clases preparto (organizadas y coordinadas por el equipo de parteras), educación incidental (la brindada por el equipo de salud en consultas y en el servicio de alojamiento en conjunto). El 36% de los núcleos afirmó haber recibido información sobre el cuidado de los RN por parte del equipo de salud, que es la fuente más fiable de acuerdo a la transmisión de buenas prácticas basada en las concepciones teóricas actualizadas.

En el marco de la emergencia sanitaria actual, el Hospital Policial en el mes de junio del corriente año, con el propósito de continuar con el proceso informativo a las familias, implementó un sistema de clases de parto online con recursos audiovisuales publicados en la página institucional/YouTube con la participación del equipo de salud (partera, ginecólogo, nutricionista, odontólogo, enfermería, neonatólogo), Abordando las siguientes temáticas: Control prenatal, cambios fisiológicos en el embarazo, derechos de la gestante y su pareja, motivos de consulta, medidas de prevención del COVID 19,

alimentación y nutrición, trabajo de parto y ejercicios, parto, fórceps y cesárea, lactancia, cuidados del RN -prevención del SMSL-.<sup>68</sup>

La aplicación de protocolos sobre los cuidados elaborados por el servicio, fomentan la transmisión de la información equitativa y fiable para contribuir a la adquisición de las recomendaciones que sugieren los organismos nacionales e internacionales. Dentro de ellos, se destaca el plan de alta al RN sano, así como la coordinación de la primera consulta con Neonatólogo antes de los diez días. En el contexto de la pandemia por COVID-19, la Institución establece medidas preventivas, modificando el protocolo de seguimiento con visitas domiciliarias y contactos telefónicos.

Dentro de las interrelaciones, vinculado con la cultura actual, un aspecto influyente es la masificación de la tecnología, como la accesibilidad al internet. De hecho, los núcleos familiares reconocieron que una de las fuentes de información consultadas fue por este medio. Lo cual es positivo, dado la facilidad de acceso, y negativo porque no hay un control en la calidad de información que pueden recibir.

#### Macrosistema

Tal como se describió en el marco referencial, el país cuenta con una serie de legislaciones a favor que otorgan derechos a los padres para el descanso apropiado que promueven la adquisición de los nuevos roles (con las licencias por maternidad/paternidad pertinente), así como aquellos vinculados al tipo de atención que debieran recibir (de calidad integral, continua, sin discriminación, que incluye la educación programada e incidental). Las metas asistenciales impuestas por el MSP mediante la delimitación de Objetivos sanitarios, orientan su cumplimiento para mejorar los procesos asistenciales.

Disminuyendo la comorbilidad, decrece la mortalidad neonatal/infantil. Que está vinculado con la educación a las familias y la organización de los centros de salud acorde a las necesidades manifestadas. Asimismo, los planes que siguen políticas sociales para fomentar buenas prácticas de crianza, como el Programa Aduana, y Uruguay Crece Contigo, con la entrega de kits de bienvenida, cunas (estrechamente vinculado a la adquisición de prácticas favorables al sueño seguro), acompañamiento y seguimiento a los RN y su núcleo familiar, para vigilar el crecimiento y desarrollo de cada RN.

Tal como se ha explicado en esta discusión, el SMSL presenta una etiología de índole multifactorial que influyen en su desenlace. A pesar que hay autores, que clasifican a los factores según importancia de afectación del SMSL, como Ruiz, detallándolos en recomendaciones A y B, el grupo de investigación entiende que en su calidad de multifactorial, de acuerdo a las teorías de triple riesgo (lactante vulnerable, factor de riesgo y período crítico del desarrollo), cualquier exposición a un factor de riesgo, incrementa el riesgo al SMSL. La escala ordinal que evaluó en nivel de información, tanto del SMSL como del SS, consideró todos los factores con igual importancia para visualizar el grado de información presente en los núcleos.

## **Conclusiones:**

Desde el punto de vista metodológico, se cumplen los objetivos planteados y no se llega a la muestra preestablecida. A pesar de ello la misma es representativa del universo de estudio reflejando la caracterización de la población objetivo. Por el contexto de emergencia sanitaria que transversalizó el trabajo final de investigación condicionando la continuidad de aplicación del protocolo, la resolución de trámites burocráticos, y el proceso de intercambio en el equipo de investigadores, por las medidas preventivas dispuestas por el ministerio de salud pública y la institución sanitaria. El Hospital se adaptó a dicha situación implementando un sistema de consultas prenatal y seguimiento postnatal vía telefónica y mediante atención domiciliaria, garantizando así la continuidad de la atención.

De las discusiones mencionadas que surgieron de la articulación teórico-práctica, tras la exposición del análisis según las teorías y los datos procesados, se destaca que los núcleos familiares, a pesar de que el nivel de información obtenidos sobre la temática fue alto, se observó que en algunos casos fallaron en la categorización de los factores según su condición de riesgo y protector. Esto podría estar relacionado a que en la escala utilizada las variables tenían un mismo valor absoluto, argumentado por la multicausalidad de factores que afectan el desenlace del síndrome. Sin embargo, se podría haber utilizado una escala diferente que correlacione los hábitos y la información previa sobre factores, con las recomendaciones de la prevención, y con distinto valor absoluto, tal como sugiere Ruiz, et al, en su investigación.

Las diferencias mencionadas pueden vincularse a la calidad de información recibida por fuentes de menor fiabilidad que generaban incertidumbres en la práctica de cuidados

específicos a los RN (manifestados por los núcleos en la aplicación del protocolo). Presentándose, así como información y hábitos modificables de acuerdo a los lineamientos que previenen el síndrome. Hay estudios, como el de Rocca, et al, que sustentan la efectividad de intervenciones educativas para adoptar buenas prácticas de prevención.

Es el equipo de salud, el responsable de transmitir información basada en evidencia científica. Siendo el articulador entre los sistemas de interacción, brindando un apoyo informativo. Reforzando los cuidados centrados en la familia, según sus necesidades, intereses y problemas, influye en la calidad de información que presentan sobre las temáticas de crianza. Como sostienen Lalonde y Mercer, el ambiente inmediato y mediato de las familias, favorece la adquisición de nuevos hábitos y costumbres que refuerzan la adopción del rol materno/paterno, recalcando la adquisición de las responsabilidades que presentan ante el cuidado del proceso salud-enfermedad de los RN. En este proceso, siguiendo las concepciones de Henderson, Mercer, Pérez, los licenciados en enfermería se destacan por la capacidad y preparación para brindar un plan de cuidados integral a los individuos. Por lo que, se evidencia la importancia del rol de enfermería en el área perinatal en los cuidados del RN centrados en el núcleo familiar, mejorando la conexión de los diversos microsistemas-mesosistemas de la sociedad, contribuyendo a mejorar el proceso salud-enfermedad. En Uruguay la educación de las familias, en base a la información previa adquirida, desde el marco socio-cultural-política contribuye al descenso de las cifras de mortalidad infantil/neonatal y SMSL.

El desafío es continuar fortaleciendo el microsistema para evitar la aparición del SMSL, siendo el primer nivel de atención el primordial para promocionar las buenas prácticas desde la atención perinatal, por medio de un proceso de atención de enfermería individual

y familiar con un abordaje integral con los miembros del equipo de salud. Con el fin de empoderar al núcleo familiar, evitar la mortalidad neonatal, favorecer el crecimiento y desarrollo ante la vulnerabilidad del ciclo vital que los RN transitan.

## **Sugerencias:**

En base a la investigación realizada y a efectos de lo analizado durante el proceso, se sugiere que un próximo escenario para llevar adelante esta investigación sea en el primer nivel de atención tanto para realizarla con la usuaria gestante o en una etapa del puerperio mediato, en las que podrían incluirse nuevas variables, realizando un seguimiento de los núcleos familiares en su contexto socioeconómico mediante visitas domiciliarias, observando las redes de apoyo existentes, con el fin de crear nuevos lineamientos de promoción de salud.

Asimismo, con el fin de continuar investigando la temática de estudio, sería pertinente indagar el rol de los profesionales de enfermería en el área perinatal durante la planificación, desarrollo y ejecución de los programas de educación, potenciando la función de educación en un contexto interdisciplinario, tanto en la etapa de formación de profesionales, como en los cuidados centrados en la familia en los diferentes niveles de atención.

## Referencias bibliográficas

### Justificación

- 1- Brunet, N; Márquez, C; Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 7. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. INE. Internet. 2016. Uruguay. Consultado el: 19 de octubre 2018. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/a80a383e-d903-40bc-8023-8d69e30988e2>
- 2- Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico 2019. Cap. 2. Internet. Uruguay. Consultado 15 de diciembre de 2019. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/623270/Anuario+Estadistico+2019/f854fb27-ad7f-4ce3-8c37-005ade0a6140>
- 3-Ministerio de Salud Pública. Natalidad, fecundidad y mortalidad infantil. Internet. Uruguay. Consultado 15 de diciembre 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>
- 4- Lustemberg, C. Uruguay +25. Documento de trabajo N° 8 La infancia primero. Hacia un sistema integral de protección a la primera infancia. Fundación Astur. 2013. Internet. Uruguay. Consulta el: 15 de marzo 2019. Disponible en: <https://www.redsudamericana.org/sites/default/files/doc/Documento%20de%20Trabajo%20No%208.pdf>
- 5- Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020: hacia dónde irá la salud del país. Fecha publicado: 8 enero 2019. Consultado el: 16 de febrero 2019. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451)
- 6 -6 Patis. Sánchez. Beltramino. Copto. Maneanhello Pediatría. 6ªedición. Tomo 2. Editorial Panamericana. Argentina. 2013
- 7- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Sueño seguro para su bebé. Reduzca el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé y de muerte por otras causas relacionadas con el sueño. Publicado el: Noviembre 2017. Consultado el: 12 de diciembre 2018. Disponible en: [https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/Documents/STS\\_Spanish.pdf](https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/Documents/STS_Spanish.pdf)
- 8- Encuesta Mundial del tabaquismo, Objetivos GATS, Uruguay 2017. Consultado, 18 de octubre 2018, Internet, uruguay [http://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=09a14fa0-9cbf-40bb-a55a-a29892240d7a&groupId=10181](http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=09a14fa0-9cbf-40bb-a55a-a29892240d7a&groupId=10181)
- 9- Raile, M; Marrynier, A; Modelos y teorías de enfermería. Elsevier. España 2007

## Antecedentes

- 10- Rodríguez, H; Mederos, D; Echenique, M; Vilas, R; Ferrari, A; Muerte Posneonatal en domicilio y accesibilidad a los servicios de Salud. La Piedras, La Paz, Progreso, 1999 Montevideo, Uruguay. Revista Medica Uruguay Vol 15; Nº 3 , 1999. Consulta el: 12 noviembre 2018. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/15/3/2/es/10/resumen/>
- 11- Gutiérrez C;, Palenzuel S;, Rodríguez Á;, Balbela B;, Rubio I;, Lemes A; et al . Muerte inesperada del lactante: Diagnóstico de situación en la ciudad de Montevideo. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2003 Mar [citado 2018 Nov 22] ; 74( 2 ): 215-229. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062003000200013&lng=pt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200013&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000200013>.
- 12- Rocca, M; Brockmann, E; García, F; Izquierdo, M; Kanopa, V; Lahorge, M. Declaración de Montevideo sobre sueño seguro del lactante y hábitos de crianza saludables. Comité de muerte súbita e inesperada del lactante Asociación Latinoamericana de Pediatría. Montevideo. 2016. [Internet]. Consultado en: (2 dic 2018) Disponible en: <http://www.pediatricahonduras.org/wp-content/uploads/2017/01/alape-suenio-declaracion-montevideo2016-descarga.pdf>
- 13- Zapata, M; Castro, L; Tejada, R. Muerte súbita del lactante y factores ambientales. Educacion sanitaria. Revista Enfermería Docente 2015; enero-junio (103): 38-39 ISSN 2386-8678. Sevilla, España 2012.. Consultado en: 4 dic 2018. Disponible en: <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-103-09.pdf>
- 14- Rivera, M; Gómez, A; Paricio J, Talayerod, C; Pallás; Hernández, M. Aguilarf, J, et al. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet] 2012; España. Consulta el: 8 nov 2018. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000100010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000100010>.
- 15- Rossato, E. Nidos de contención para recién nacidos y riesgo de muerte súbita del lactante. Pediatría práctica: Arch Argent Pediatr- [Internet] 2013; Consulta el: 15 nov 2018. Disponible en: [https://www.sids.org.ar/img/nidos\\_contencion.pdf](https://www.sids.org.ar/img/nidos_contencion.pdf)
- 16- Izquierdo, M; Libro Blanco de la Muerte Súbita 3era edición, Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil - AEP Asociación Española de Pediatría. [Internet] 2013. España. Consulta el: 18 nov 2018. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf)
- 17 - Sánchez Ruiz-Cabello J.. Novedades en colecho y SMSL. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2014 Jun [citado 2020 Mayo 11] ; 16( Suppl 23 ): 61-63. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322014000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000200008>.
- 18 - Latorre-Castro María Luisa, Fernández-Deaza Ginna Paola, Ucrós-Rodnguez Santiago. Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución.

rev.fac.med. [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 May 11]; 62( 2 ): 247-254. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112014000200011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000200011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n2.45415>.

19 - Sánchez Ruiz-Cabello F. J., Ortiz Ortiz González L.. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 2): Actividades preventivas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2014 Mar [citado 2020 Mayo 11]; 16( 61 ): 71-80. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322014000100014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000100014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100014>.

20 - Rocca Rivarola Manuel, Reyes Pablo, Henson Caterina, Bosch Juan, Atchabahian Pablo, Franzosi Ricardo et al . Impacto de una intervención educativa para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2016 . Consultado el: 10 nov 2018 ; 114( 3 ): 223-231. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752016000300007&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000300007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.223>.

21 - Conti, R; Jenik, A. Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. Arch Argent Pediatr. [Internet]. 2017;115 Supl 5:S105-S110. Consultado el: 11 nov 2018. Disponible en: [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)

22 - Martín, A. Actuación de enfermería ante el síndrome de la muerte súbita del lactante. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid. [Internet]. España, 2017-18. Consulta el: 3 nov 2018 Disponible en - <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30511/TFG-H1258.pdf;jsessionid=A6E46D918140CD6A507F67F59157410D?sequence=1>

### Marco teórico

23- Consejo Directivo Central de la Facultad de Enfermería. Plan de Estudios 1993. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. [Internet]. Uruguay. 1993. Consulta el: 21 nov 2018. Disponible en: <https://www.fenf.edu.uy/index.php/plan-de-estudio/>

24- -Piedrola Gil, Medicina Preventiva y Salud Pública 10ª ed. Barcelona: Masson; 2000.

25- Pérez, M. Bases conceptuales para un cambio de modelo de atención de enfermería a la salud de la mujer: Actualización en enfermería gineco-obstétrica en las diferentes etapas del ciclo vital. Facultad de Enfermería, UdelaR, CSEP, Montevideo. 2009

26- Rotondo, Ma; Toma, Miguel; Responsabilidad Médica. Curso de capacitación a distancia. Hacia el control del Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Módulo 11; Edición: 1996; Uruguay.

- 27- Raile Alligood, M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier. 8va edición. Año 2015, España
- 28- Uranga, A; Urman, J; Lomuto, C; Martínez, I; Weisburd, M; et al. Guía para la Atención de un Parto Normal en Maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. 2010. Consultado en: (2019 mar 11). Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
- 29 - Organización Mundial de la Salud. Internet. 2019, Uruguay. Consultado el 20 de marzo de 2019. Disponible en: [https://www.who.int/topics/infant\\_newborn/es/](https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/)
- 30 - Aldao, J. Temas de neonatología para pregrado. Departamento de Neonatología del CHPR, Facultad de Medicina, UDELAR. Oficina del libro FEFMUR. Uruguay, 2005.
- 31 - Organización Panamericana de la Salud. Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería. Enfermedades Prevalentes de la Infancia Desde 0 hasta 4 años de edad. Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud Área de Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C., 2009
- 32 - Correa, J; Gomez, J; Posada, R. Fundamentos de pediatría. Generalidades y Neonatología. Tomo 1, 2º Edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Colombia, 1999.
- 33 - Cloherty, J; Eichenwald, E; Hansen, A; et al. Manual de Neonatología. 7º edición. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. EEUU, 2012
- 34 - Fernández, L. Alamilla, M. Huguet, A. Capezzuto, B. González, P. Bozzo, E. Abordaje teórico – práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes. Montevideo: Educación Permanente; Uruguay; 2008.
- 35- Cordero, M; Lactancia Materna; 3º edición; Elsevier; España; 2005
- 36- Gutiérrez C;, Rodríguez A;, Beltramo P;, Kanopa V;, Palenzuela S;, García R; et al . Muerte inesperada del lactante: Análisis de 591 casos. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2017 Feb [citado 2 de nov 2018] ; 88( 1 ): 12-18.  
Disponible: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492017000100004&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492017000100004&lng=es)
- 37 - Martín, A; Actuación de enfermería ante el síndrome de muerte súbita del lactante; Facultad de Enfermería de Valladolid Grado en Enfermería Curso 2017/18, Valladolid, España
- 38 - Rocca Rivarola Manuel, Reyes Pablo, Henson Caterina, Bosch Juan, Atchabahian Pablo, Franzosi Ricardo et al . Impacto de una intervención educativa para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Feb 22] ; 114( 3 ): 223-231.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.223>

- 39 - Sánchez, F., Ortiz, L.; Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 2): Actividades preventivas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Dic 7]; 16(61):71-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100014>
- 40 - NICHD. Targeting Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): A Strategic Plan. Internet. 2001 Consultado el 28 de enero 2019. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/publications/product/176>
- 41 - Valdes-Dapena M. The sudden infant death syn-drome: pathologic findings. Clin Perinatol. 1992;19: 701-16. Consultado el: 26 de enero 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510818304263>
- 42 - Muerte Subita del lactante, Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual, Vol. 33 (1), Marzo 2016, Quirós González, Bolívar Porras, Solano Tenorio. Consultado el: 26 de enero 2019. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/2215-5287-mlcr-33-01-00044.pdf>
- 43- American Academy of Pediatrics. (2000). Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Enviroment and Sleep Position. Pediatrics, 105 (3), 650-658. Morales, A., Molina, A., Uberos, J. & Muñoz, A. (2007). Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. SPAO, 1 (2), 4-13 Consultado el: 26 de enero 2019.
- 44 -Izquierdo, I., Zorio, E., Molina, P. y Marín, P. (2013). Principales hipótesis y teorías patogénicas del síndrome de la muerte súbita del lactante. En Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Barcelona, España: Asociación Española de Pediatría. 47-60. Consultado el: 26 de enero 2019.
- 45 - Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (NHI). Sueño seguro para su bebé Reduzca el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé y de muerte por otras causas relacionadas con el sueño.(Internet). EEUU. 2017. Consulta el: 14 abril 2020. Disponible en: [https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/Documents/STS\\_Spanish.pdf](https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/Documents/STS_Spanish.pdf)
- 46 - Jenika, A. Gradb, E. Orazic, V. et al. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Argentina. Consultado el: 20 abril 2020. Disponible el: <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>
- 47 - Abeyá, E. Fasola, M. Mangialavori, G. et al. Recomendaciones sobre el uso del chupete para equipos de salud, padres y cuidadores. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud. Presidencia de la Salud. Argentina. 2015. Consultado en: 15 abril 2020. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001318cnt-uso-chupete-consenso.pdf>

48 - Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Madrid. 2011. Consultado el: 23 de abril de 2020. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia\\_lm\\_h12o\\_2011.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf)

49 - Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para el manejo de la lactancia materna y COVID - 19. 22 de Mayo de 2020, Uruguay. Consultado el 03 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/lactancia-materna-covid-19>

### Marco referencial

50- Ley n° 16.104 Funcionarios Públicos. [Internet]. Uruguay: El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay; [Montevideo, 23 de enero de 1990] Consultado el 27 de febrero de 2019. Disponible en: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/1990\\_ley16104\\_ury.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/1990_ley16104_ury.pdf)

51- Ley n° 16.045 Ley sobre igualdad de trato y oportunidades para ambos sexos en la actividad laboral [Internet]. Uruguay . Consultado el 27 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16045-1989/8>

52- Ley n° 18.214 Integridad personal de niños, niñas y adolescentes. [Internet], El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 7 de septiembre 2004] Uruguay Consultado el 15 de febrero de 2019. Disponible en: [http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_normativa/ley\\_no\\_18214\\_p\\_rohibe\\_castigo\\_corporal\\_-\\_uruguay.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley_no_18214_p_rohibe_castigo_corporal_-_uruguay.pdf)

53- Ley n° 18.426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. [Internet], El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 10 de diciembre del 2008] Uruguay Consultado el 18 de febrero de 2019. Disponible en: <https://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18426-dec-1-2008.pdf>

54- Ley n° 18.211 Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet], El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 13 de diciembre del 2007] Uruguay. Consultado el 18 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

55- Ley n° 18.537 Ley de Muerte Inesperada del Lactante. [Internet]. El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 21 de agosto del 2009] Uruguay. Consultado el 10 de noviembre de 2018. Disponible en: [http://archivo.presidencia.gub.uy/\\_web/decretos/2010/02/CM920%20.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2010/02/CM920%20.pdf)

- 56- Ley n° 19.132 Día del bebé. [Internet] El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 14 de octubre del 2013] Uruguay. Consultado el 27 de febrero de 2019. Disponible en: <http://impo.com.uy/bases/leyes/19132-2013>
- 57- Ley n° 19.161 Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido. [Internet] El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 15 de noviembre del 2013] Uruguay. Consultado el 12 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013>
- 58- Ley n° 19.353 Sistema Nacional de Cuidados. [Internet] El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 8 de diciembre del 2015] Uruguay. Consultado el 12 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
- 59- Carrasco, D. Methol, F. Montaña, L. et al. Manual de procedimientos. Reperfilamiento del Programa Aduana ASSE. 2014.. Consulta el: 9 enero 2019. Disponible en: [https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?8431\\_50137](https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?8431_50137)
- 60- Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay Crece Contigo [Internet]. Uruguay. Consulta en (2019, Marzo 4) Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/41937/uruguay-crece-contigo-ucc>
- 61 - Pan American Health Organization. Latin American Center of Perinatology, Women and Reproductive Health. Sistema Informático Perinatal. Consultado el 22 de abril de 2019. Disponible en: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=en](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=en)
- 62 - Ministerio de Salud Pública. “Objetivos Sanitarios Nacionales 2020”. Uruguay, 2015. Consultado el 13 de noviembre de 2018. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=475-osn-librillo-objetivos-nacionales&category\\_slug=publications&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=475-osn-librillo-objetivos-nacionales&category_slug=publications&Itemid=307)
- 63- Ministerio de Salud Pública “Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay” (Internet). Uruguay. 2019. Consultado el 10 octubre de 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>
- 64 - Dirección Nacional de Asuntos Sociales. Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial. [Internet] Uruguay. Consultado el 20 de enero de 2020. Disponible en: <https://sanidad.minterior.gub.uy/index.php>
- 65- Ley n° 19.315 Ley Orgánica Policial [Internet] El Senado y cámara de Representantes, [Montevideo, 24 de febrero del 2015] - Consultado el: 10 de mayo de 2020. Disponible en: <https://jpcolonia.minterior.gub.uy/images/stories/Leyes/2016/LOP%2019315%20ACTUALIZADA.pdf>

### Análisis

66- Carrión, J. Diferencia entre dato, información y conocimiento. Universidad Autónoma de México. Consultado el: 15 de mayo de 2020. Disponible en: <http://iibi.unam.mx/voutssasmt/documentos/dato%20informacion%20conocimiento.pdf>

67 - Rendon, M; Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias; Ci. Inf., Brasilia, v. 34, n. 2, 2005. (Internet) Consulta el: 4 junio 2020. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ci/v34n2/28555.pdf>

68 - Dirección Nacional de Asuntos Sociales, Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial. “Clases de preparación para el nacimiento”. Uruguay, 09 de junio de 2020. Consultado el 15 de junio de 2020. Disponible en: <https://sanidad.minterior.gub.uy/index.php/clases-de-parto>

### **Bibliografía consultada:**

R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, P. Baptista Lucido; Metodología de la investigación; 5ta ed. McGraw Hill interamericana, México; 2010 (Libro)

Carlos A. Sabino; El proceso de investigación; Argentina, Buenos Aires,  
Julio Cabrero García, Miguel Richart Martínez; Investigar en enfermería, concepto y estado actual de la investigación en enfermería; España; 2000 (Libro)

Ketzoian, Et al; Estadística Médica; FEFMUR; Montevideo 2002

Pineda, Alvaro, de Canales; Metodología de investigación; 2da Ed. Serie PALTEX; 1994;

## Cronograma

	2018			2019												2020							
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	
Elección de tema																							
Búsqueda Bibliográfica																							
Amado de Protocolo																							
Entrevistas																							
Aprobación del protocolo																							
Autorizaciones																							
Aplicación del Protocolo																							
Tabulación de datos																							
Análisis y Conclusiones																							
Defensa																							

## Presupuesto

El presupuesto fue financiado por parte del equipo de investigadores

## **Apéndice:**

Apéndice I - Solicitud de Autorización	124
Apéndice II- Aprobación del estudio	128
Apéndice III- Instrumento de recolección de datos	129
Apéndice IV- Consentimiento informado	131
Apéndice V- Presentación de tablas y gráficas	132

Apéndice I: Solicitudes de autorizaciones



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Departamento Enfermería Materno Infantil



Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019

Ministerio del Interior  
Dirección Nacional de Asuntos sociales - Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial  
Hospital Policial Insp Gral Ubaldo Genta  
Jefe del Departamento de Neonatología  
Dr. Leonardo Macias : \_\_\_\_\_

En el marco del Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería, plan mil novecientos noventa y tres, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, el grupo de estudiantes que suscriben en conjunto a la tutora Prof. Agdo. Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez, solicitan la autorización para realizar el trabajo final en vuestra institución.

El trabajo final titulado "Nivel de conocimiento del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en una sala de alojamiento madre-hijo sobre la prevención de la muerte súbita del lactante", tiene tanto objetivos académicos como de incrementar conocimiento acerca de la temática a nivel nacional, centrándose en los pacientes, ejes del cuidado, para continuar el proceso de empoderamiento que mejore la calidad de vida y continúe contribuyendo el descenso de la mortalidad neonatal-infantil. La investigación contraería beneficios para vuestra institución, logrando una caracterización de dicha población objetivo, con fuentes de datos científicas, que puedan ser el inicio de futuras investigaciones que contribuyan a la mejora en la calidad de atención.

La investigación mencionada, se realizaría a demanda de los nacimientos ocurridos, cumpliendo con la muestra de la población estimada previamente. Se planea concurrir en horarios mañana, tarde, de lunes a domingo, sujeto a la demanda especificada. Consistiendo en una entrevista al núcleo familiar de los recién nacidos, entregando una encuesta a completar así como una autorización por la cual aceptarán participar de la investigación. Aclaramos que, la información recabada será utilizada con fines académicos, con el resguardo de la información que vuestra institución así lo considere y respetando la intimidad de los encuestados. Quedamos a disposición de las condiciones establecidas por vuestra institución.

Desde ya agradecemos la consideración a nuestra petición,  
Br. Barreiro, Yamila  
Br. Coitinho, Melanie  
Br. González, Andrés  
Br. Ortiz, Magela

Firma

Aclaración

Verónica Sánchez



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Departamento Enfermería Materno Infantil



Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019

Ministerio del Interior  
Dirección Nacional de Asuntos sociales - Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial  
Hospital Policial Insp Gral Ubaldo Genta  
Departamento de Enfermería  
Jefa Depto de EnfermeriaNeonatal  
Lic. Enf. Esp. Luciana Piccardo : \_\_\_\_\_

En el marco del Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería, plan mil novecientos noventa y tres, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, el grupo de estudiantes que suscriben en conjunto a la tutora Prof. Agdo. Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez, solicitan la autorización para realizar el trabajo final en vuestra institución.

El trabajo final titulado "Nivel de conocimiento del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en una sala de alojamiento madre-hijo sobre la prevención de la muerte súbita del lactante", tiene tanto objetivos académicos como de incrementar conocimiento acerca de la temática a nivel nacional, centrándose en los pacientes, ejes del cuidado, para continuar el proceso de empoderamiento que mejore la calidad de vida y continúe contribuyendo el descenso de la mortalidad neonatal-infantil. La investigación contraería beneficios para vuestra institución, logrando una caracterización de dicha población objetivo, con fuentes de datos científicas, que puedan ser el inicio de futuras investigaciones que contribuyan a la mejora en la calidad de atención.

La investigación mencionada, se realizaría a demanda de los nacimientos ocurridos, cumpliendo con la muestra de la población estimada previamente. Se planea concurrir en horarios mañana, tarde, de lunes a domingo, sujeto a la demanda especificada. Consistiendo en una entrevista al núcleo familiar de los recién nacidos, entregando una encuesta a completar así como una autorización por la cual aceptarán participar de la investigación. Aclaramos que, la información recabada será utilizada con fines académicos, con el resguardo de la información que vuestra institución así lo considere y respetando la intimidad de los encuestados. Quedamos a disposición de las condiciones establecidas por vuestra institución.

Desde ya agradecemos la consideración a nuestra petición,  
Br. Barreiro, Yamila  
Br. Coitinho, Melanie  
Br. González, Andrés  
Br. Ortiz, Magela

Firma Verónica Sánchez  
Aclaración Verónica Sánchez



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Departamento Enfermería Materno Infantil



Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019

Ministerio del Interior  
Dirección Nacional de Asuntos sociales - Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial  
Hospital Policial Insp Gral Ubaldo Genta  
Departamento de Enfermería  
Jefa Depto de Pediatría  
Lic. Enf. Marcela Morales : \_\_\_\_\_

En el marco del Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería, plan mil novecientos noventa y tres, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, el grupo de estudiantes que suscriben en conjunto a la tutora Prof. Agdo. Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez, solicitan la autorización para realizar el trabajo final en vuestra institución.

El trabajo final titulado "Nivel de conocimiento del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en una sala de alojamiento madre-hijo sobre la prevención de la muerte súbita del lactante", tiene tanto objetivos académicos como de incrementar conocimiento acerca de la temática a nivel nacional, centrándose en los pacientes, ejes del cuidado, para continuar el proceso de empoderamiento que mejore la calidad de vida y continúe contribuyendo el descenso de la mortalidad neonatal-infantil. La investigación contraería beneficios para vuestra institución, logrando una caracterización de dicha población objetivo, con fuentes de datos científicas, que puedan ser el inicio de futuras investigaciones que contribuyan a la mejora en la calidad de atención.

La investigación mencionada, se realizaría a demanda de los nacimientos ocurridos, cumpliendo con la muestra de la población estimada previamente. Se planea concurrir en horarios mañana, tarde, de lunes a domingo, sujeto a la demanda especificada. Consistiendo en una entrevista al núcleo familiar de los recién nacidos, entregando una encuesta a completar así como una autorización por la cual aceptarán participar de la investigación. Aclaremos que, la información recabada será utilizada con fines académicos, con el resguardo de la información que vuestra institución así lo considere y respetando la intimidad de los encuestados. Quedamos a disposición de las condiciones establecidas por vuestra institución.

Desde ya agradecemos la consideración a nuestra petición,  
Br. Barreiro, Yamila  
Br. Coitinho, Melanie  
Br. González, Andrés  
Br. Ortiz, Magela

Firma

Aclaración

Veronica Sanchez



Montevideo, 27 de abril de 2020

Ministerio del Interior  
Dirección Nacional de Asuntos sociales - Subdirección Nacional de Sanidad Policial  
Hospital Policial Insp Gral Ubaldo Genta  
Departamento de Pediatría  
Lic. Marcela Morales

En el marco del Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería, plan mil novecientos noventa y tres, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, el grupo de estudiantes que suscriben en conjunto a la tutora Prof. Agdo. Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez, solicitan la autorización para obtener datos estadísticos de vuestra institución vinculados al área materno-neonatal.

El trabajo final titulado "Nivel de conocimiento del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en una sala de alojamiento madre-hijo sobre la prevención de la muerte súbita del lactante", cuenta con la autorización de Dirección Técnica y el Comité de Bioética concedida a partir del mes de enero.

Los datos estadísticos necesarios para realizar una caracterización a la población objetivo incluyen: edad promedio de maternidad, número de usuarias de asse y número de usuarias del Hospital Policial atendidas en cesáreas o partos, situación socioeconómica de las madres de los recién nacidos del hospital, número total de partos y cesáreas anuales.

Vinculados al recién nacido: número total de nacimientos anual, número de sexo masculino y femenino, Número de mortalidad neonatal (incluyendo cifras de muerte súbita del lactante)

Aclaremos que, la información recabada será utilizada con fines académicos, con el resguardo de la información que vuestra institución así lo considere y respetando la intimidad de los encuestados. Quedamos a disposición de las condiciones establecidas por vuestra institución.

Desde ya agradecemos la consideración a nuestra petición,  
Br. Barreiro, Yamila  
Br. Coitinho, Melanie  
Br. González, Andrés  
Br. Ortiz, Magela

Apéndice II: Aprobación del estudio



---

**COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN**  
*Acreditado en el mes de febrero de 2018 por MSP*

Montevideo, 10 de enero de 2020

**Sra. Sub Directora Técnica del Hospital Policial**

**Crio. Mayor (PT)(CP) Mag. Ma. Isabel Silva Quiroga**

**De mi mayor consideración:**

Por la presente, comunicamos a usted, que el Protocolo del Proyecto de Investigación “**Nivel de conocimiento del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en una sala de alojamiento madre-hijo sobre la prevención de la muerte súbita del lactante.**”, de las estudiantes de Enfermería (Facultad de Enfermería) **Br. Yamila Barreiro, Br. Melanie Coitinho, Br. Andrés González y Br. Magela Ortiz**, el trabajo final de investigación para la Carrera de Lic. en Enfermería, cuyo trabajo de campo se llevará a cabo en el Hospital Policial, ha sido evaluado por este Comité en la Versión 2 presentada, en que cumple con los aspectos éticos que aseguran la autonomía, beneficios y trato justo. Los aspectos metodológicos son los adecuados para el Objetivo propuesto, por lo cual es **APROBADO**, debiendo una vez finalizado el mismo, informar el resultado.

Saluda a usted atentamente

Crio. Gral. (PT)(R)

  
Dr. Luis Carlos Heuhs Teixeira  
Coordinador del CBEI

### Apéndice III: Instrumento de recolección de datos



Facultad de Enfermería  
Departamento de Matero Infantil  
Trabajo final de investigación Gen 2015



#### Encuesta a familias de los RN internados en una sala de alojamiento madre e hijo

##### Datos del encuestado

1. ¿Cuál es el vínculo que usted tiene con el recién nacido?

Madre		Padre		Otro	
-------	--	-------	--	------	--

2. Edad (Años)

--

##### 3. Nivel de instrucción

Primaria incompleta/completa	
Secundaria incompleta/completa	
Terciaria incompleta/completa	
UTU	
Estudios técnicos no profesionales	

##### Datos del embarazo y nacimiento

1. Primer control de embarazo

Antes de 12 semanas		Después de 12 semanas	
---------------------	--	-----------------------	--

2. Número de controles en el embarazo

--

##### 3. Patologías en el embarazo

Restricción de crecimiento intrauterino		Diabetes		Sangrados		Infecciones		Hipertensión		Otros	
Embarazo de alto Riesgo											

##### 4. Hábitos nocivos durante el embarazo

Si		No	
En caso de positivo indique cuáles			
Tabaco		Marihuana	
		Cocaína	
		Pasta base	
		Alcohol	

##### 5. Antecedente de muerte súbita de un hermano

Si		No	
----	--	----	--

##### 6. Semanas de gestación al momento del parto (Semanas)

--

##### 7. Nacimiento

Parto		Cesárea	
-------	--	---------	--

##### Datos del recién nacido

1. Edad del recién nacido (Días)

--

2. Sexo

Masculino		Femenino		Intersexo	
-----------	--	----------	--	-----------	--

3. Peso al nacer (Gramos)

--

##### Factores de riesgo y factores protectores

1. ¿Hay fumadores en el hogar?

Si, dentro del hogar		Si, fuera del hogar		No	
----------------------	--	---------------------	--	----	--

##### 2. ¿Cómo se alimenta el recién nacido?

Solo pecho directo	
Pecho directo + pecho ordeñado en biberón	
Pecho directo + complemento	
Sólo complemento	

3. Posición del recién nacido para dormir		Observación
Boca arriba		
Boca abajo		
Lateralizado		

4. En el hogar, el recién nacido dormirá en:	
Comparte cama	
Comparte habitación	
Cuna	
Coche	
Sofa	

5. En el lugar de descanso del recién nacido hay:		Observación
Juquetes		
Almohadones		
Otros		
Ninuno		

6. ¿Cómo abriga al recién nacido al momento de dormir?		Observación
Vestido		
Vestido + sábana		
Vestido + sábana + frazada		

7. Utiliza chupete	
Si	No

#### Conocimientos previos

1. Previo al nacimiento, recibió información de los cuidados del recién nacido	
Si	No

2. ¿Cuál es la fuente de información que tiene sobre los cuidados del recién nacido?				
Profesionales del equipo de salud	Familiar	Internet	Libros, revistas, etc	

3. ¿Le informaron sobre los cuidados para prevenir la muerte súbita del lactante?	
Si	No

4. ¿Cuáles de los siguientes factores cree usted que son protectores o de riesgo para la prevención de la muerte súbita?				
	Protectores	Riesgo	Correctas	Grado de conocimiento
Lactancia Materna exclusiva				Alto Conocimiento 10-8
Dormir hacia abajo				
Mucho abrigo al dormir				
Uso de chichoneras al dormir				Medio Conocimiento 7-5
Dormir hacia arriba				
Fumadores en el hogar				
Colecho				Bajo Conocimiento 0-4
Alimentación con complemento				
Control del embarazo				
Uso del chupete				

5. ¿Conoce información acerca del sueño seguro?	
Si	
No	

6. De la siguiente información ¿cuál es la que usted conoce?		Grado de conocimiento
Dormir con poco abrigo		
Sin fumadores dentro del hogar		Alto Conocimiento 9-6
Lactancia materna exclusiva		
Uso de Frazadas o Sábanas por debajo de las axilas		
No utilizar almohones, chichoneras o juquetes en el área de descanso		Medio Conocimiento 5-3
Cuna al lado de la cama de los padres		
Uso del chupete		
Dormir en una superficie firme		
Dormir boca arriba		Bajo Conocimiento 2-0

Apéndice IV: Consentimiento informado



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Departamento Enfermería Materno Infantil



Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020

En el marco del Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería, plan mil novecientos noventa y tres, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, titulado "Nivel de conocimiento del núcleo familiar de los recién nacidos atendidos en una sala de alojamiento madre-hijo sobre la prevención de la muerte súbita del lactante", yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me brindó información acerca de la importancia de la temática, se respondieron mis inquietudes, comprendo las preguntas realizadas en la encuesta, por lo cual autorizo a participar en este trabajo de investigación. Entiendo que la información recabada será utilizada únicamente con fines académicos, de forma anónima, preservando mi privacidad, con el resguardo de la información que yo considere.

Br. Barreiro, Yamila  
Br. Coitinho, Melanie  
Br. González, Andrés  
Br. Ortiz, Magela

Firma

---

Aclaración

---

En caso de interés de interiorizarse con el trabajo de investigación, enviar un mensaje por correo electrónico a: [grupo5tfigen2015@gmail.com](mailto:grupo5tfigen2015@gmail.com) y se le informará acerca de los resultados obtenidos.

Firma del estudiante responsable:

---

Aclaración

---

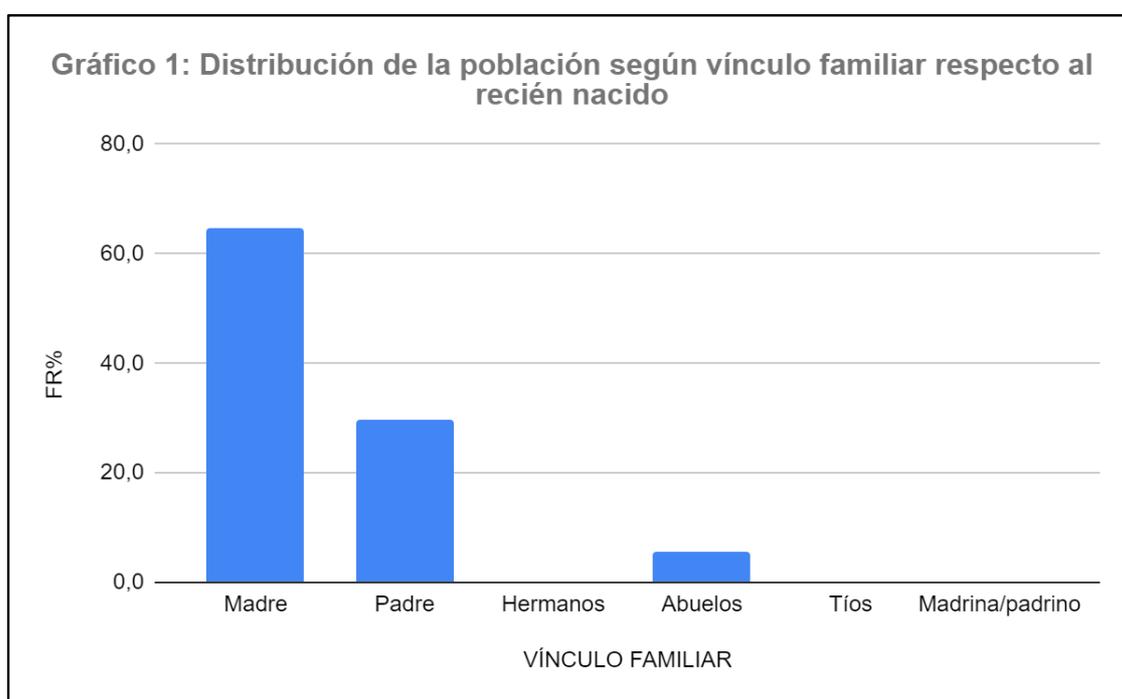
Apéndice V: Presentación de tablas y gráficos:

Variable 1: Distribución de la población según su vínculo familiar respecto al recién nacido

Tabla 1: Distribución de la población según su vínculo familiar respecto al recién nacido

VÍNCULO FAMILIAR	FA	FR	FR%
Madre	35	0,648	64,8
Padre	16	0,296	29,6
Hermanos	0	0,000	0,0
Abuelos	3	0,056	5,6
Tíos	0	0,000	0,0
Madrina/padrino	0	0,000	0,0
TOTAL	54	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigación con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

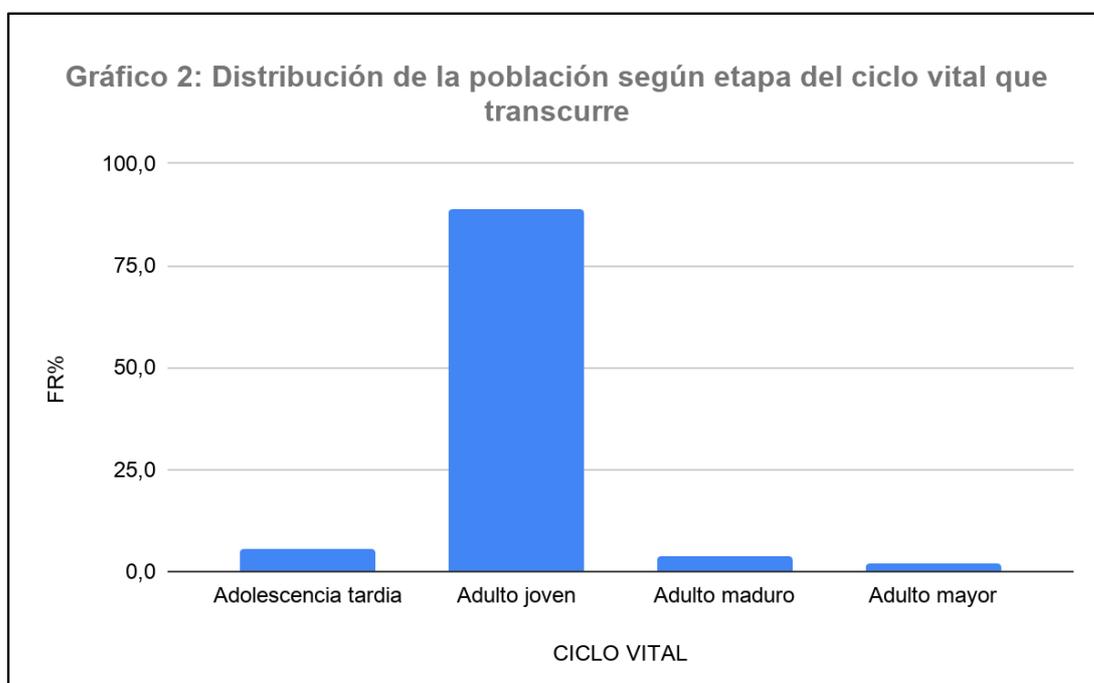


Variable 2: Distribución de la población según etapa del ciclo vital que transcurre

Tabla 2: Distribución de la población según etapa del ciclo vital que transcurre

RANGO ETÁREO	FA	FR	FR%
Adolescencia tardía	3	0,056	5,6
Adulto joven	48	0,889	88,9
Adulto maduro	2	0,037	3,7
Adulto mayor	1	0,019	1,9
TOTAL	54	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



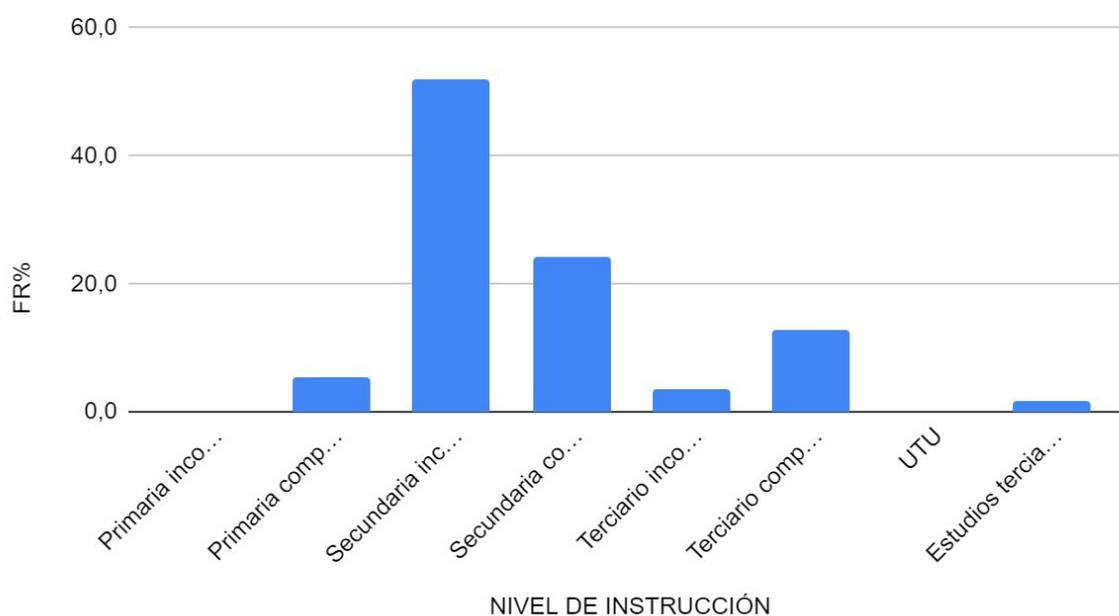
Variable 3: Distribución de la población según su nivel de instrucción

Tabla 3: Distribución de la población según su nivel de instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR%
Primaria incompleta	0	0,000	0,0
Primaria completa	3	0,056	5,6
Secundaria incompleta	28	0,519	51,9
Secundaria completa	13	0,241	24,1
Terciario incompleto	2	0,037	3,7
Terciario completo	7	0,130	13,0
UTU	0	0,000	0,0
Estudios terciarios no profesionales	1	0,019	1,9
Total	54	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

**Gráfico 3: Distribución de la población según su nivel de instrucción**

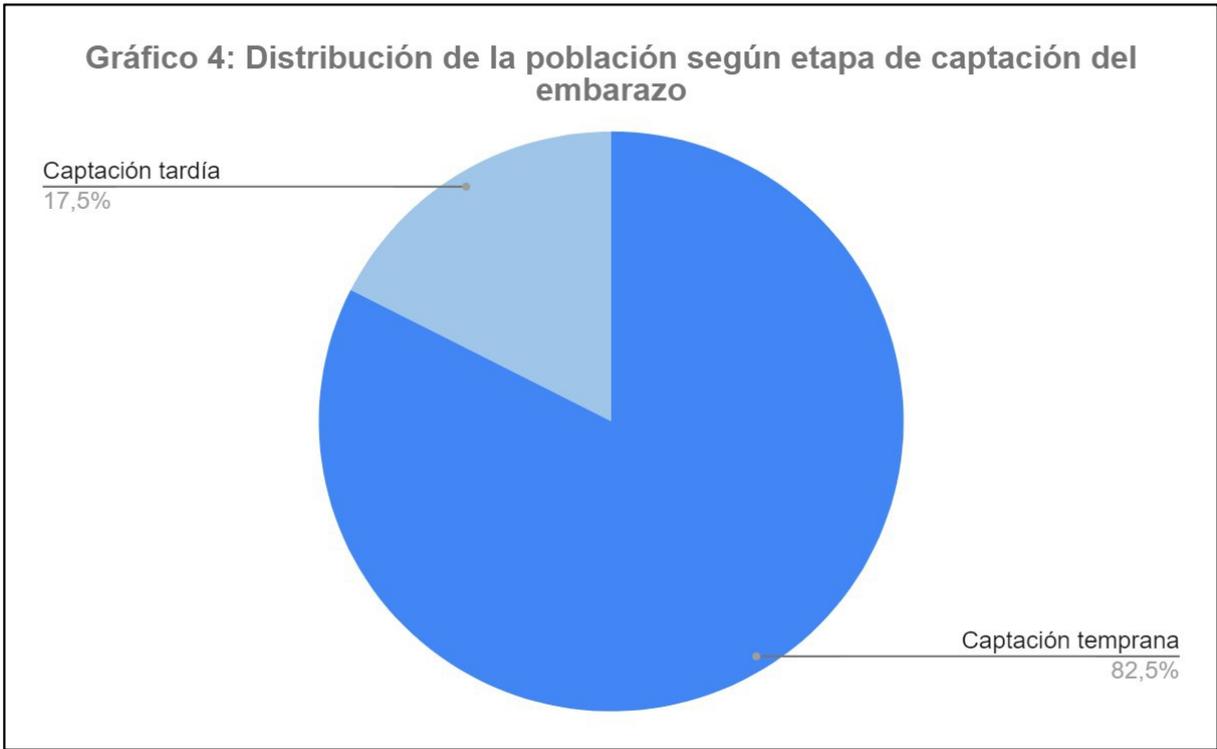


Variable 4: Distribución de la población según etapa de captación del embarazo

Tabla 4: Distribución de la población según etapa de captación del embarazo

CAPTACIÓN DEL EMBARAZO	FA	FR	FR%
Captación temprana	33	0,825	82,5
Captación tardía	7	0,175	17,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



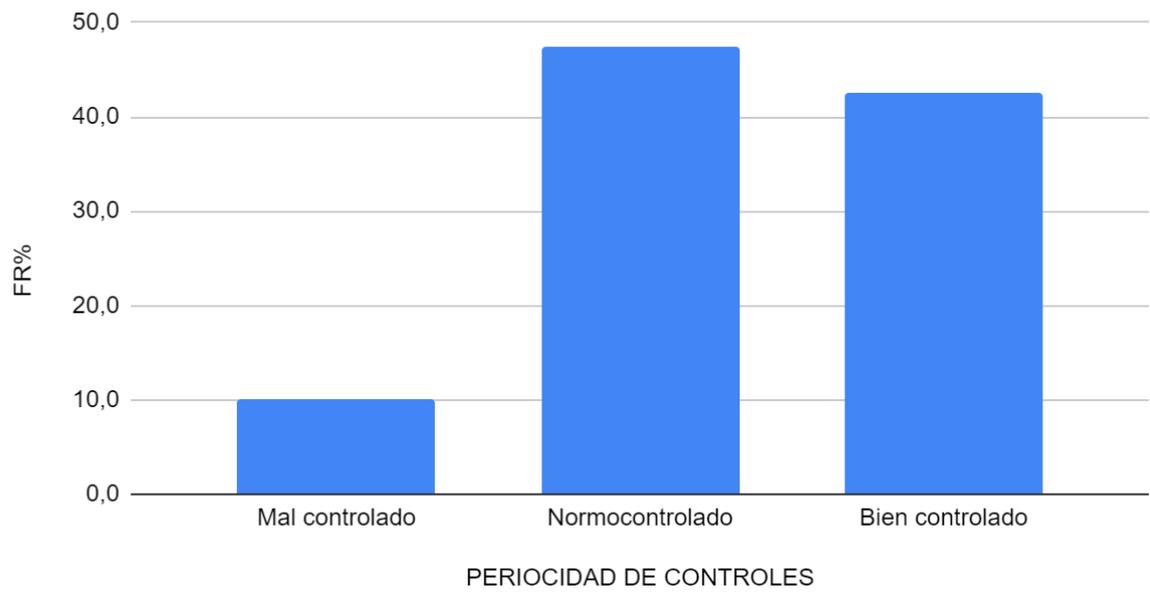
Variable 5: Distribución de la población según periodicidad de controles prenatales

Tabla 5: Distribución de la población según periodicidad de controles prenatales

PERIODICIDAD DE CONTROLES	FA	FR	FR%
Mal controlado	4	0,100	10,0
Normocontrolado	19	0,475	47,5
Bien controlado	17	0,425	42,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

**Gráfico 5: Distribución de la población según periodicidad de controles prenatales**

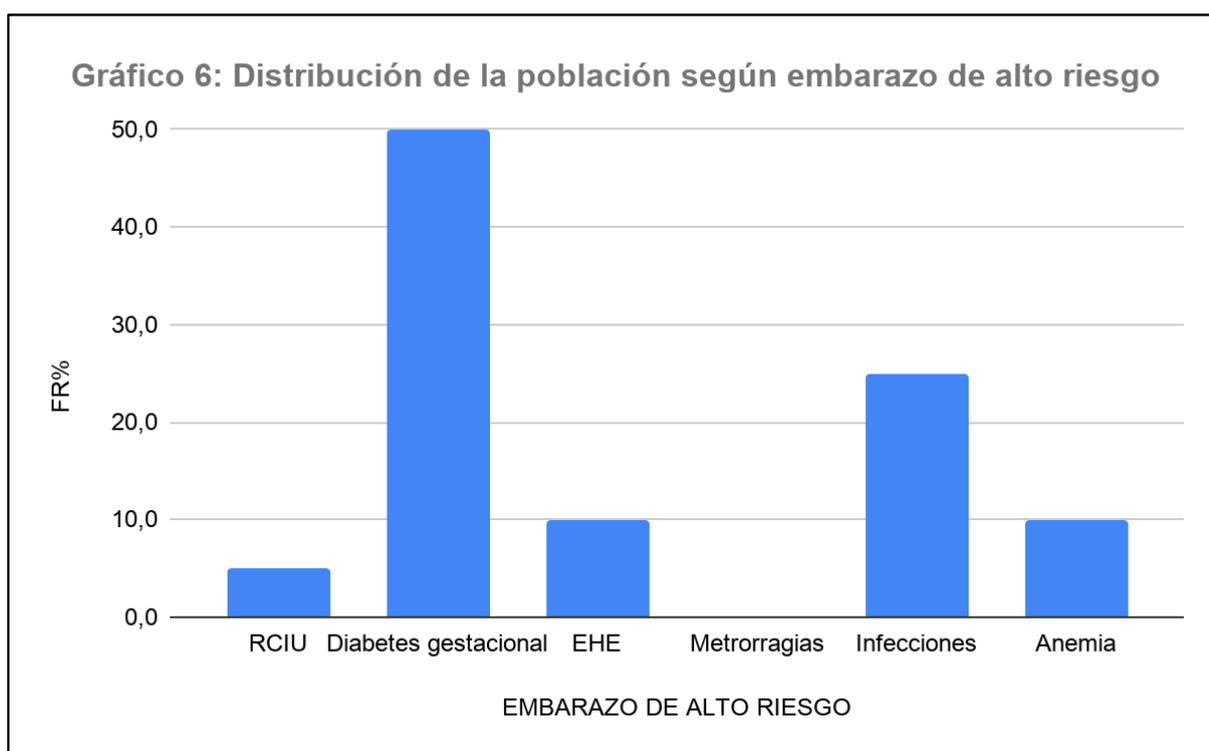


Variable 6: Distribución de la población según embarazo de alto riesgo

Tabla 6: Distribución de la población según embarazo de alto riesgo

EMBARAZO DE ALTO RIESGO	FA	FR	FR%
RCIU	1	0,050	5,0
Diabetes gestacional	10	0,500	50,0
EHE	2	0,100	10,0
Metrorragias	0	0,000	0,0
Infecciones	5	0,250	25,0
Anemia	2	0,100	10,0
TOTAL	20	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Variable 7: Distribución de la población según la presencia/ausencia de hábitos nocivos durante el embarazo

Tabla 7'A: Distribución de la población según la presencia de hábitos nocivos durante el embarazo

HÁBITOS NOCIVOS	FA	FR	FR%
SI	5	0,125	12,5
NO	35	0,875	87,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

Gráfico 7'A: Distribución de la población según la presencia de hábitos nocivos durante el embarazo

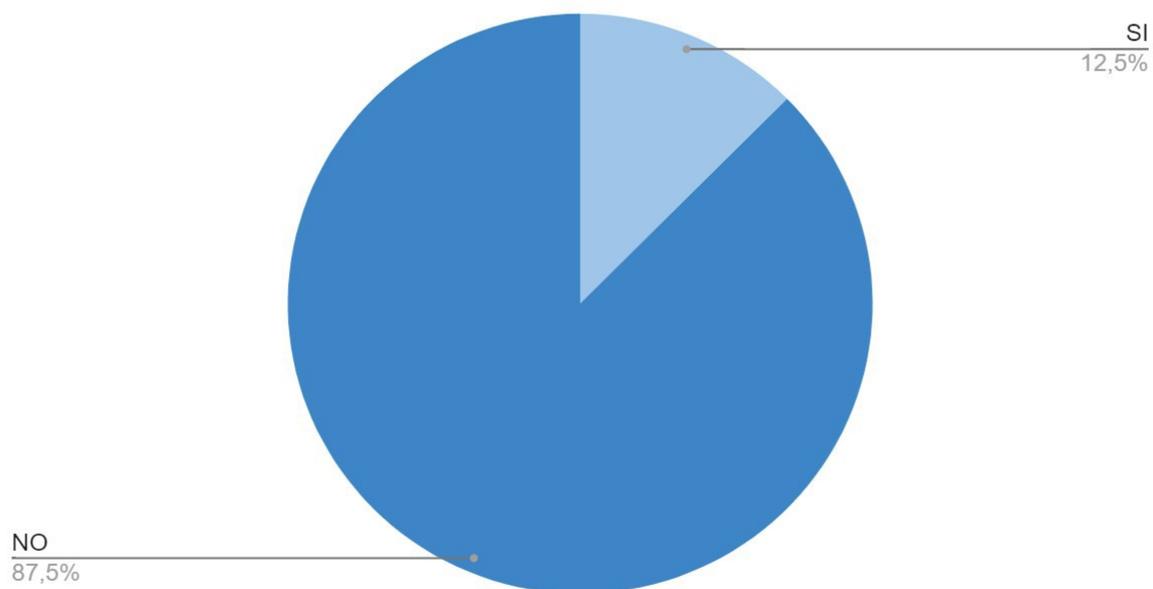
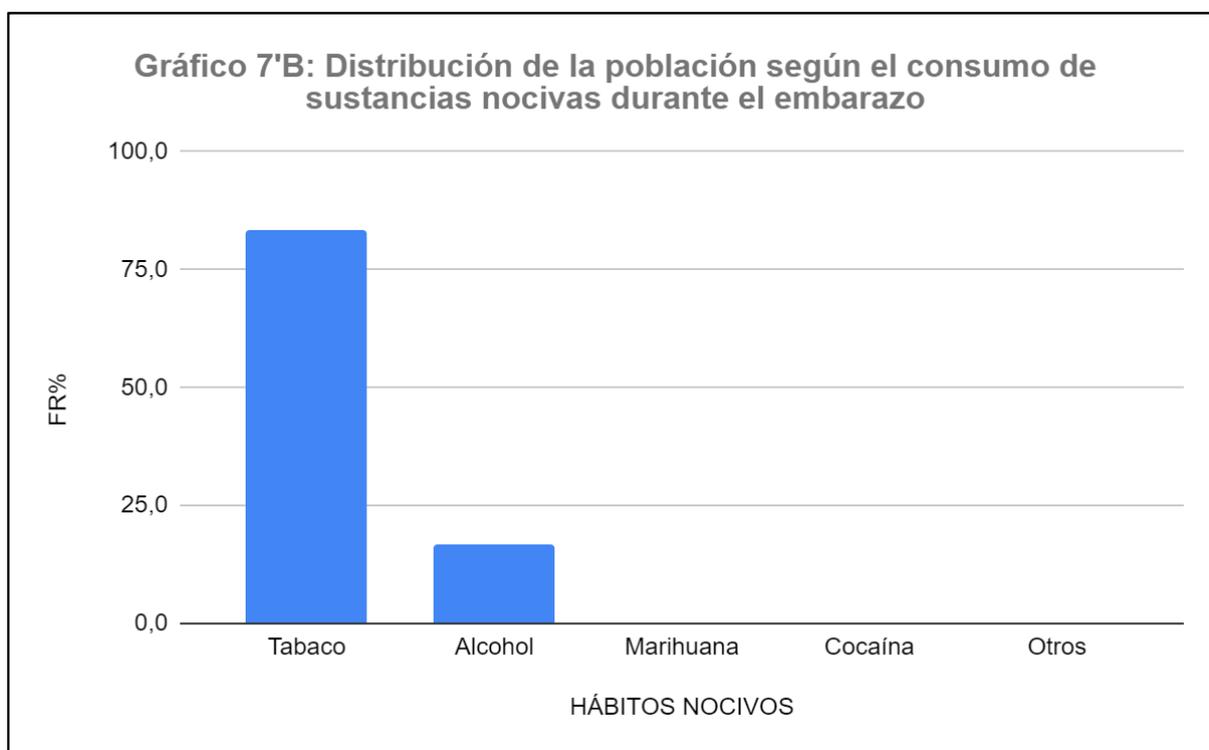


Tabla 7'B: Distribución de la población según el consumo de sustancias nocivas durante el embarazo

HÁBITOS NOCIVOS	FA	FR	FR%
Tabaco	5	0,833	83,3
Alcohol	1	0,167	16,7
Marihuana	0	0,000	0,0
Cocaína	0	0,000	0,0
Otros	0	0,000	0,0
TOTAL	6	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



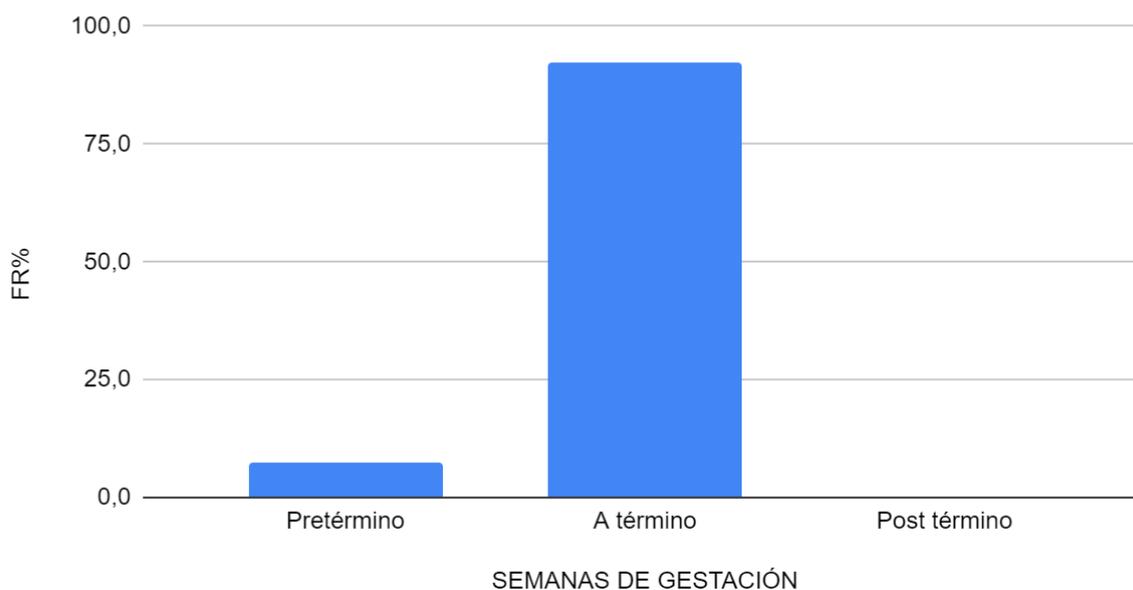
Variable 8: Distribución de la población según edad gestacional del recién nacido al momento del nacimiento

Tabla 8: Distribución de la población según edad gestacional del recién nacido al momento del nacimiento

Edad gestacional	FA	FR	FR%
Pretérmino	3	0,075	7,5
A término	37	0,925	92,5
Post término	0	0,000	0,0
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

Gráfico 8: Distribución de la población según edad gestacional del recién nacido al momento del nacimiento

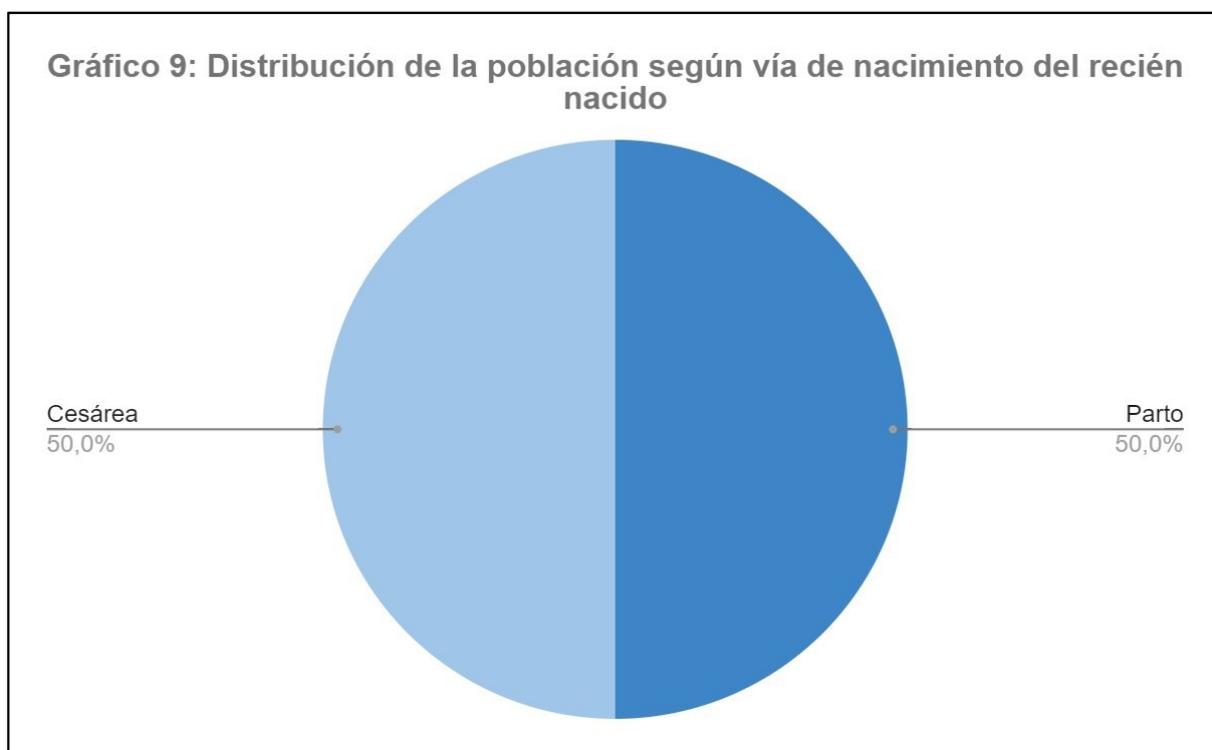


Variable 9: Distribución de la población según vía de nacimiento del recién nacido

Tabla 9: Distribución de la población según vía de nacimiento del recién nacido

VÍA DE NACIMIENTO	FA	FR	FR%
Parto	20	0,50	50
Cesárea	20	0,50	50
TOTAL	40	1,00	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



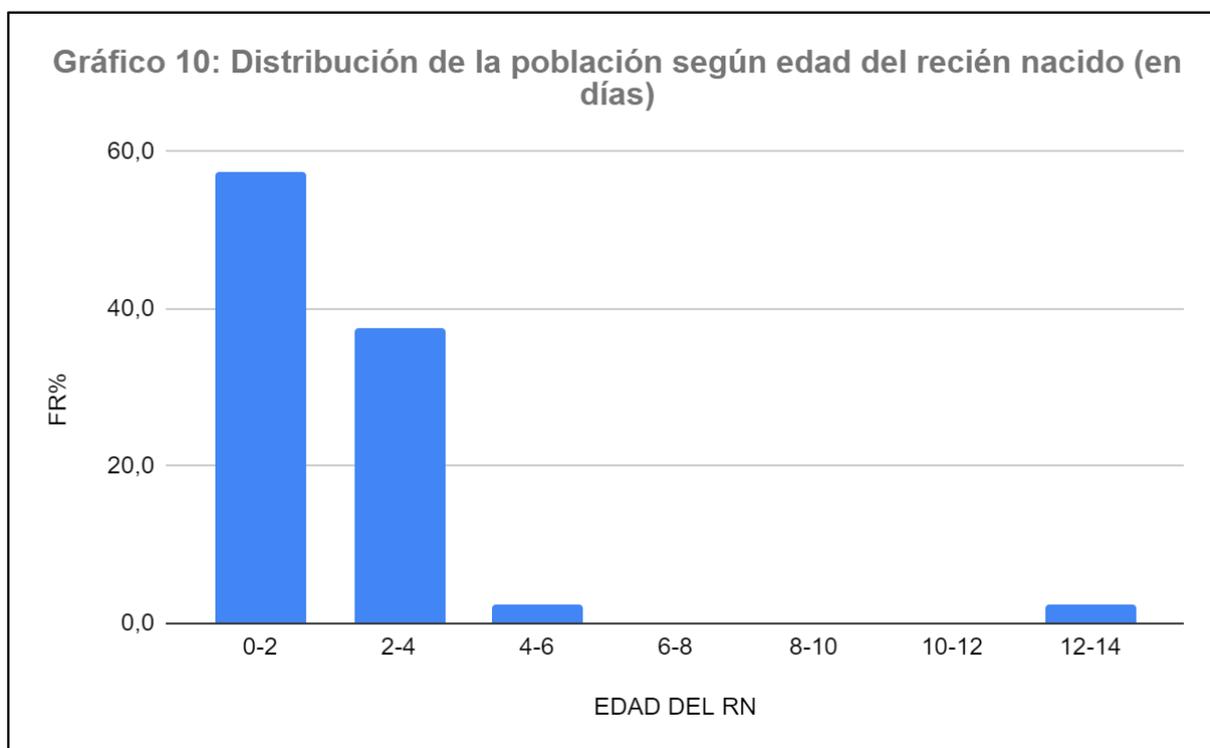
Variable 10: Distribución de la población según edad del recién nacido (en días)

Tabla 10: Distribución de la población según edad del recién nacido (en días)

EDAD DEL RN	FA	FR	FR%
0-2	23	0,575	57,5
2-4	15	0,375	37,5
4-6	1	0,025	2,5
6-8	0	0,000	0,0
8-10	0	0,000	0,0
10-12	0	0,000	0,0
12-14	1	0,025	2,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

Rango	14		
Intervalo	6,322	3,322	1,602059991
Amplitud	R/I	2,21	

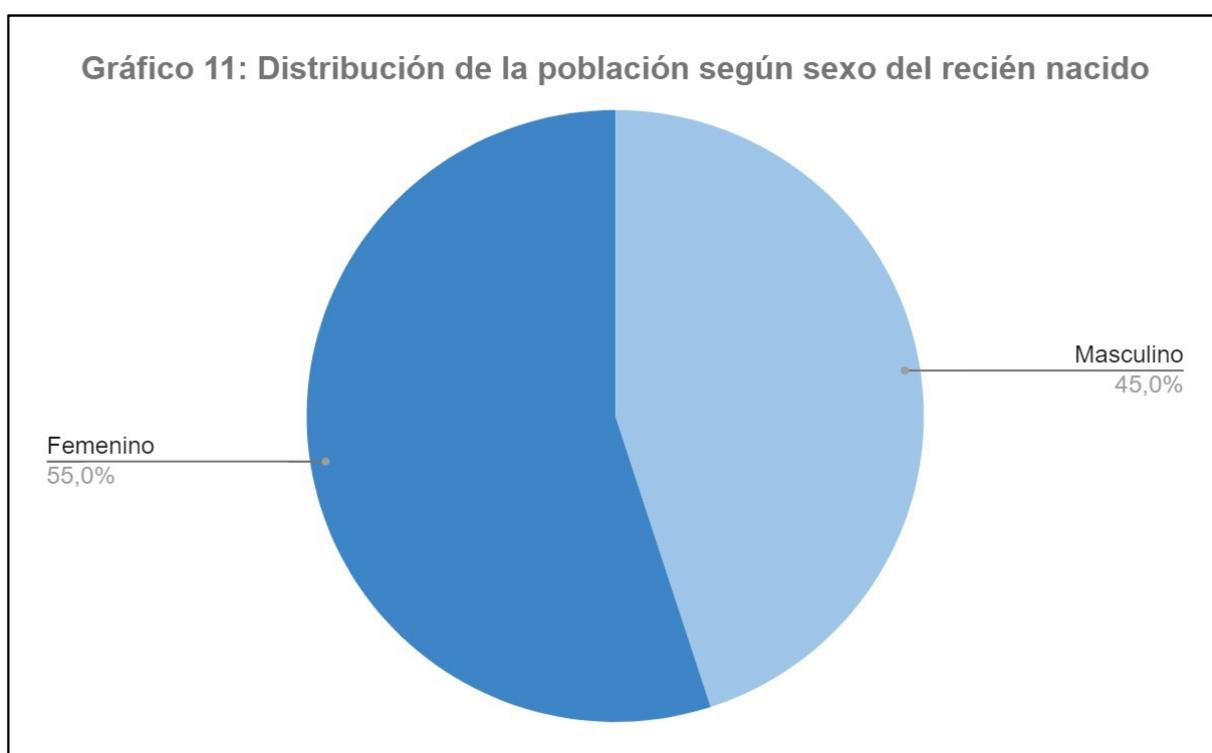


Variable 11: Distribución de la población según sexo del recién nacido

Tabla 11: Distribución de la población según sexo del recién nacido

SEXO DEL RN	FA	FR	FR%
Masculino	18	0,45	45
Femenino	22	0,55	55
TOTAL	40	1,00	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

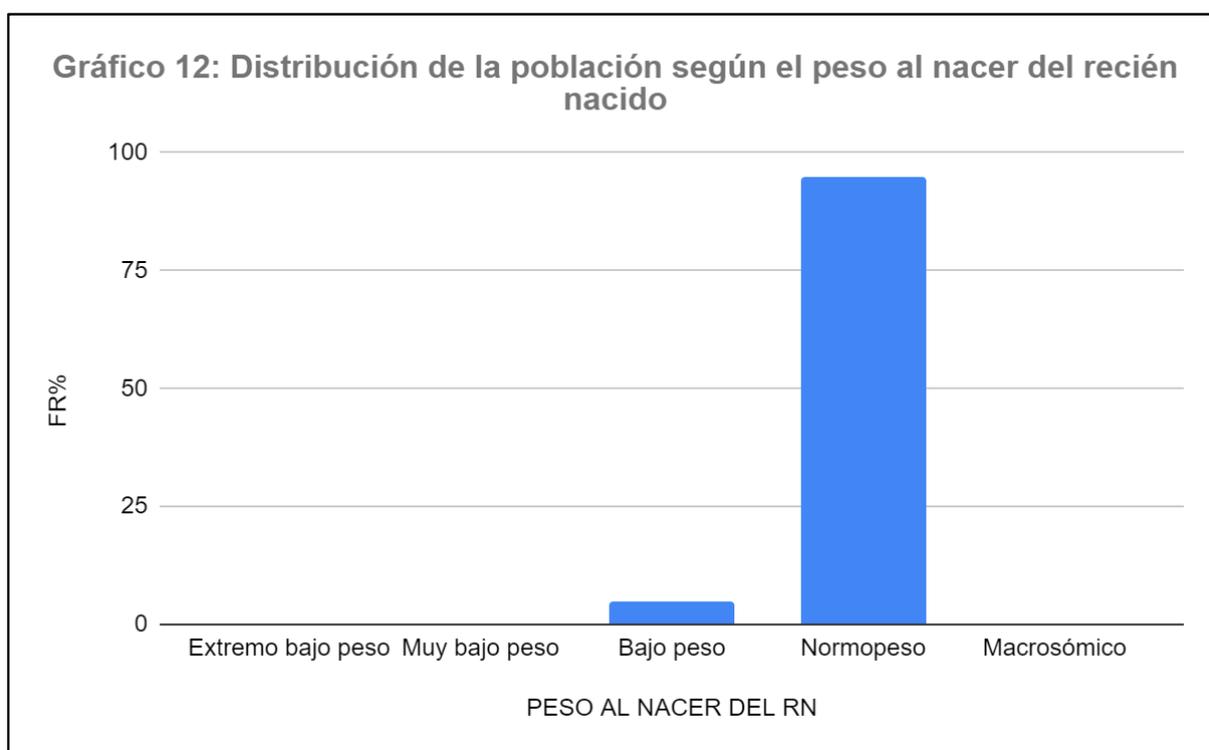


Variable 12: Distribución de la población según el peso al nacer del recién nacido

Tabla 12: Distribución de la población según el peso al nacer del recién nacido

PESO AL NACER DEL RN	FA	FR	FR%
Extremo bajo peso	0	0,00	0
Muy bajo peso	0	0,00	0
Bajo peso	2	0,05	5
Normopeso	38	0,95	95
Macrosómico	0	0,00	0
TOTAL	40	1,00	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Variable 13: Distribución de la población según antecedente de SMSL en hermanos

Tabla 13: Distribución de la población según antecedente de SMSL en hermanos

ANTECEDENTES SMSL EN HERMANOS	FA	FR	FR%
Sí	0	0	0
No	40	1	100
TOTAL	40	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

El 100% de los entrevistados no tenía antecedentes de síndrome de muerte súbita del lactante en hermanos.

Variable 14: Distribución de la población según presencia de fumadores en el hogar

Tabla 14'A: Distribución de la población según presencia de fumadores en el hogar

FUMADORES EN EL HOGAR	FA	FR	FR%
Sí	11	0,275	27,5
No	29	0,725	72,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

Gráfico 14'A: Distribución de la población según presencia de fumadores en el hogar

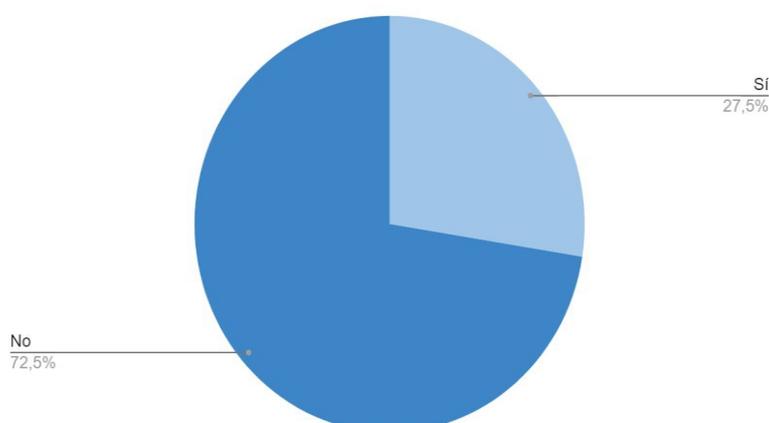
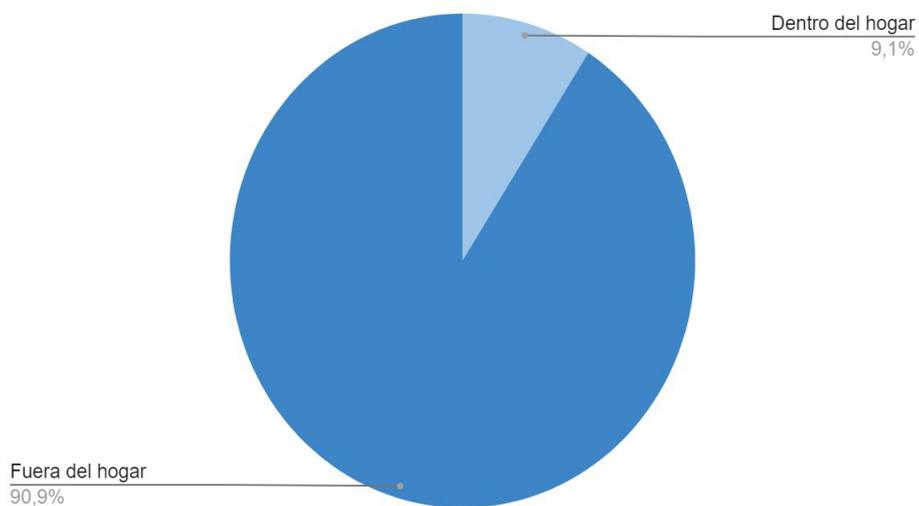


Tabla 14'B: Distribución de la población según presencia de fumadores en el hogar: lugar donde practica el hábito

LUGAR DONDE PRACTICA	FA	FR	FR%
Dentro del hogar	1	0,09	9
Fuera del hogar	10	0,91	91
TOTAL	11	1,00	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

Gráfico 14 B Distribución de la población según el sitio en donde practica el hábito de fumar

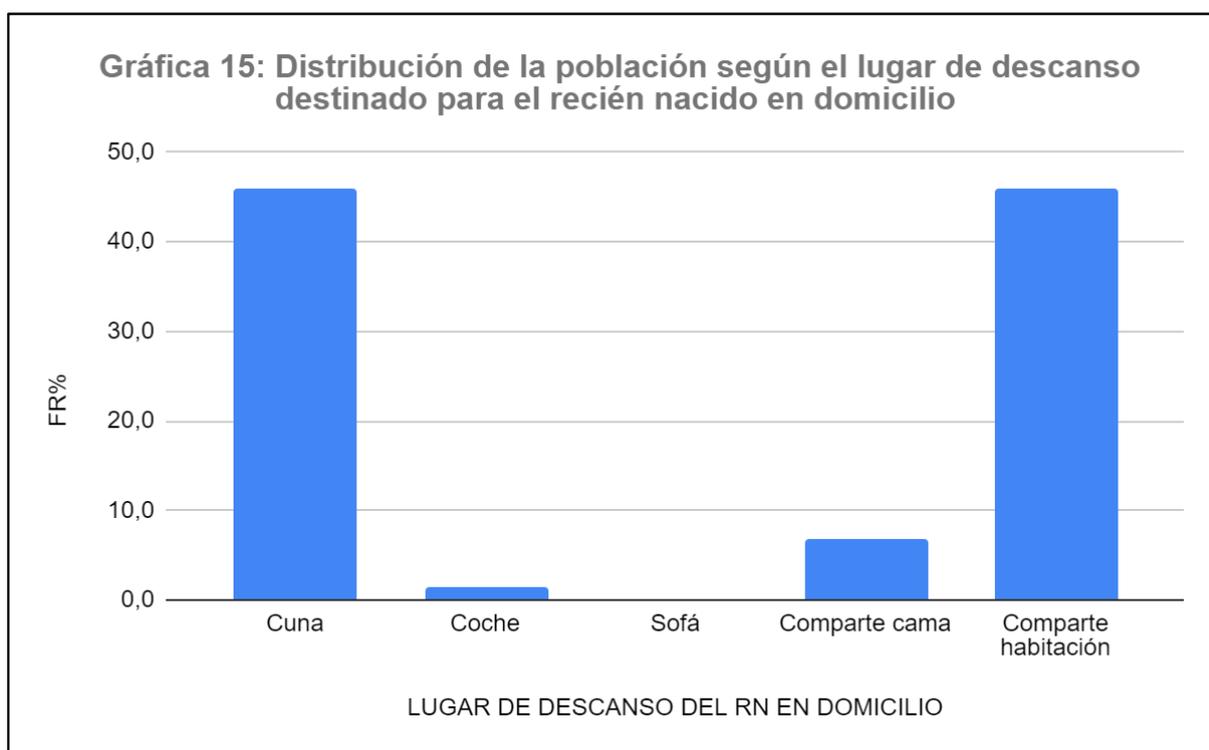


Variable 15: Distribución de la población según el lugar de descanso destinado para el recién nacido en domicilio

Tabla 15: Distribución de la población según el lugar de descanso destinado para el recién nacido en domicilio

LUGAR DE DESCANSO DEL RN EN DOMICILIO	FA	FR	FR%
Cuna	34	0,459	45,9
Coche	1	0,014	1,4
Sofá	0	0,000	0,0
Comparte cama	5	0,068	6,8
Comparte habitación	34	0,459	45,9
TOTAL	74	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Variable 16: Distribución de la población según la oxigenación del área de descanso de descanso del recién nacido

Tabla 16'A: Distribución de la población según los objetos presentes en el lugar de descanso del recién nacido señalados por el núcleo familiar

OXIGENACIÓN EN ÁREA DE DESCANSO DEL RN	FA	FR	FR%
Juguetes	9	0,225	22,5
Almohadones	21	0,525	52,5
Chichonera	0	0,000	0,0
Otros	0	0,000	0,0
Ninguno	10	0,250	25,0
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

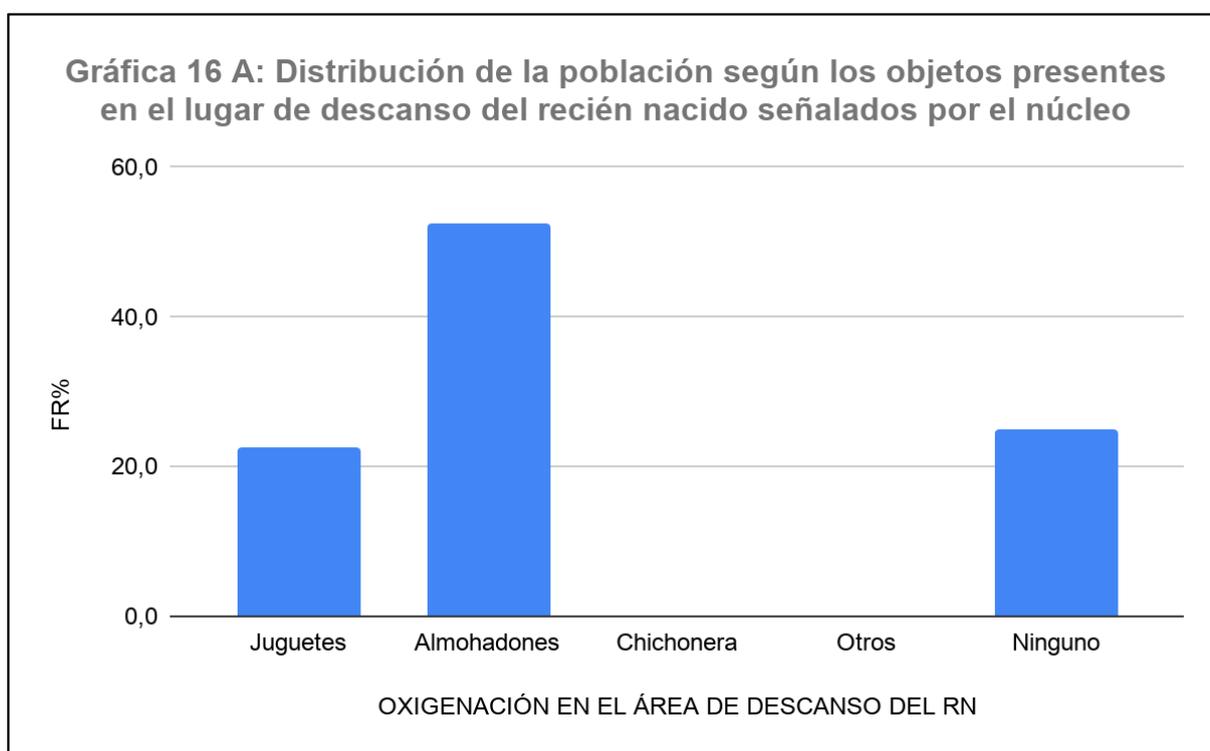
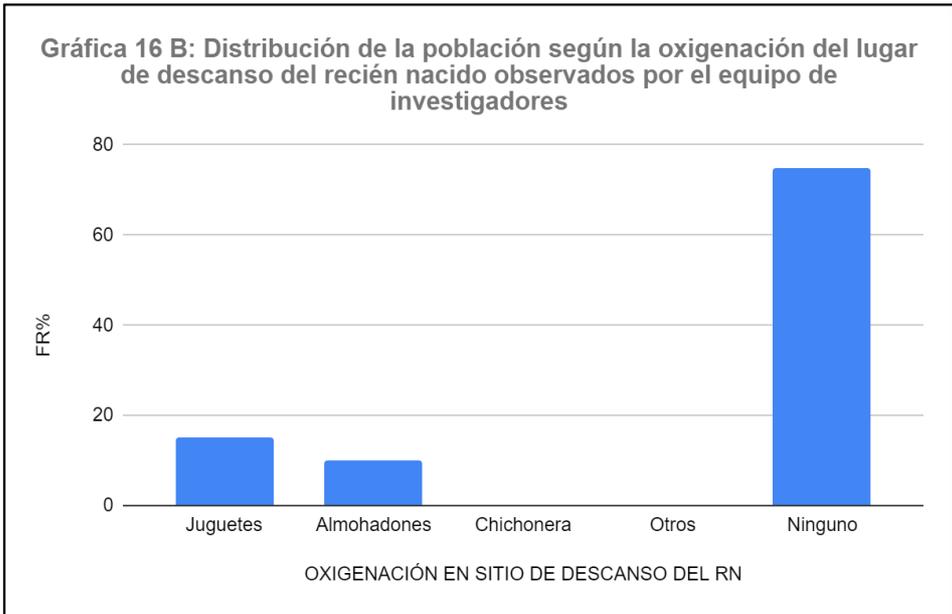


Tabla 16'B: Distribución de la población según la oxigenación en el lugar de descanso del recién nacido observados por el equipo de investigadores

OXIGENACIÓN EN ÁREA DE DESCANSO DEL RN	FA	FR	FR%
Juguetes	6	0	15
Almohadones	4	0	10
Chichonera	0	0	0
Otros	0	0	0
Ninguno	30	1	75
TOTAL	40	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Variable 17: Distribución de la población según el abrigo del recién nacido

Tabla 17'A: Distribución de la población según el abrigo del recién nacido señalado por el núcleo familiar

ABRIGO	FA	FR	FR%
Vestido	7	0,175	17,5
Vestido + sábana	23	0,575	57,5
Vestido + sábana + frazada	10	0,250	25,0
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

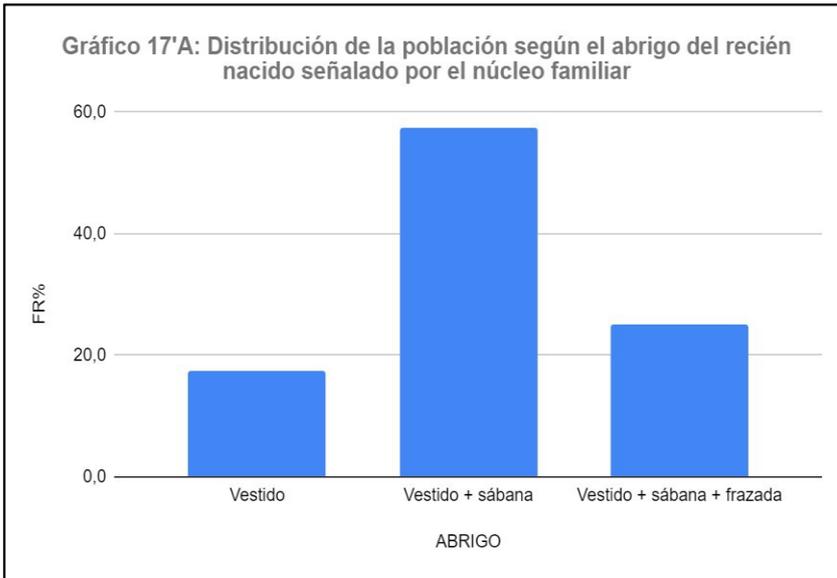
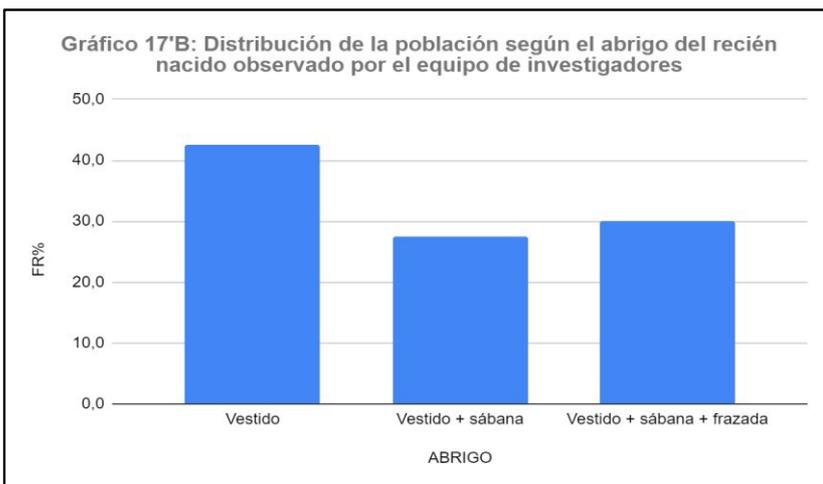


Tabla 17'B: Distribución de la población según el abrigo del recién nacido observado por el equipo de investigadores

ABRIGO	FA	FR	FR%
Vestido	17	0,425	42,5
Vestido + sábana	11	0,275	27,5
Vestido + sábana + frazada	12	0,300	30,0
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Variable 18: Distribución de la población según el tipo de alimentación del recién nacido

Tabla 18: Distribución de la población según el tipo de alimentación del recién nacido

ALIMENTACIÓN DEL RN	FA	FR	FR%
Pecho directo exclusivo	22	0,550	55,0
Pecho directo y ordeñado materno	4	0,100	10,0
Pecho directo y PPL	13	0,325	32,5
PPL	1	0,025	2,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

Variable 19: Distribución de la población según la posición del recién nacido para descansar más adecuada

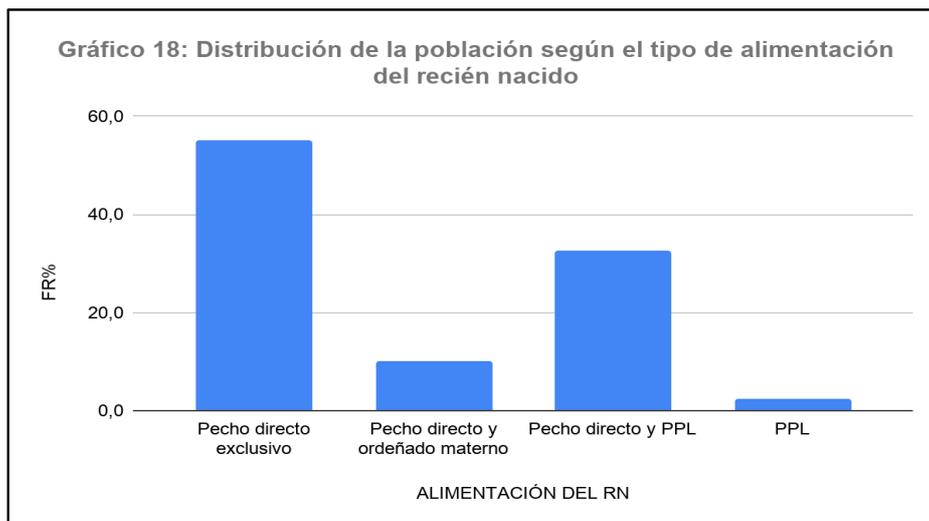


Tabla 19 A: Distribución de la población según la posición del recién nacido para descansar más adecuada señalada por el núcleo familiar

POSICIÓN DEL RN PARA DESCANSAR	FA	FR	FR%
Decúbito prono	1	0,025	2,5
Decúbito dorsal	26	0,650	65,0
Decúbito lateral	13	0,325	32,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

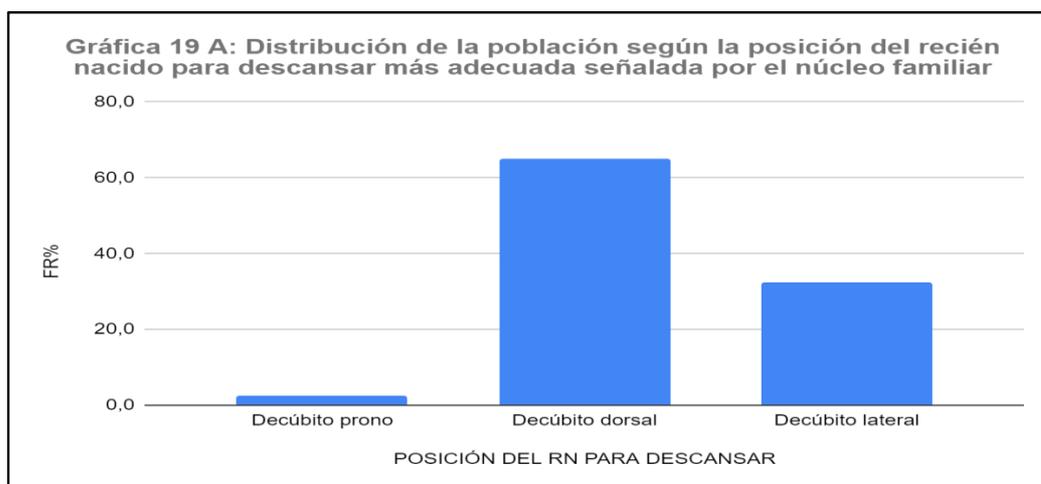
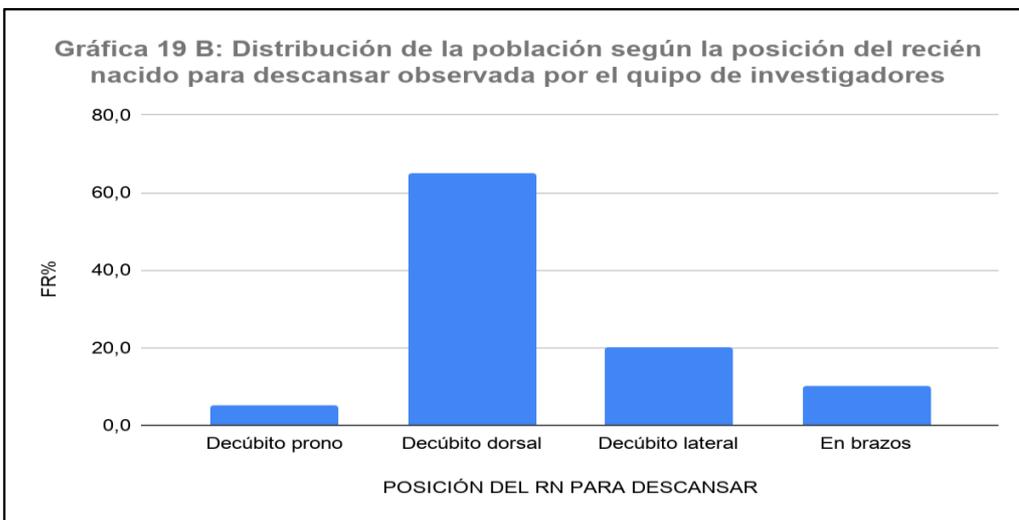


Tabla 19 B: Distribución de la población según la posición para descansar del recién nacido observada por el equipo de investigadores

POSICIÓN DEL RN PARA DESCANSAR	FA	FR	FR%
Decúbito prono	2	0,050	5,0
Decúbito dorsal	26	0,650	65,0
Decúbito lateral	8	0,200	20,0
En brazos	4	0,100	10,0
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



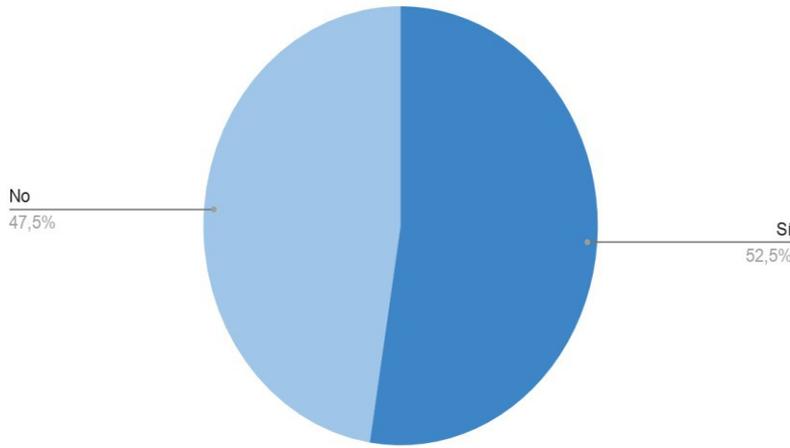
Variable 20: Distribución de la población según la utilización de chupete en el recién nacido

Tabla 20: Distribución de la población según la utilización de chupete en el recién nacido

UTILIZACIÓN DEL CHUPETE	FA	FR	FR%
Sí	21	0,525	52,5
No	19	0,475	47,5
TOTAL	40	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

Gráfica 20: Distribución de la población según el utilización del chupete en el recién nacido



Variable 21: Distribución de la población según la información previa acerca de los cuidados del recién nacido

Tabla 21'A: Distribución de la población según la información previa acerca de los cuidados del recién nacido

INFORMACIÓN PREVIA CUIDADOS DEL RN	FA	FR	FR%
Sí	43	0,796	79,6
No	11	0,204	20,4
TOTAL	54	1,00	100,00

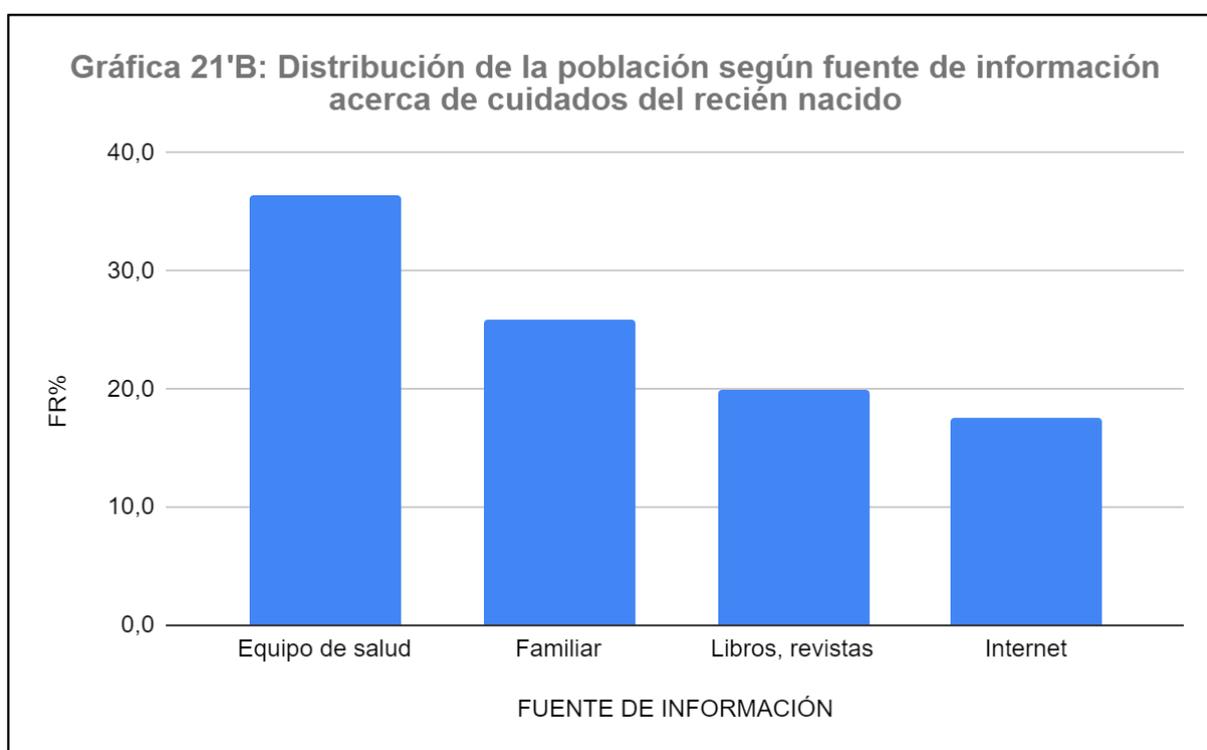
*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Tabla 21'B: Distribución de la población según fuente de información acerca de los cuidados del recién nacido

FUENTE DE INFORMACIÓN	FA	FR	FR%
Equipo de salud	31	0,365	36,5
Familiar	22	0,259	25,9
Libros, revistas	17	0,200	20,0
Internet	15	0,176	17,6
TOTAL	85	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

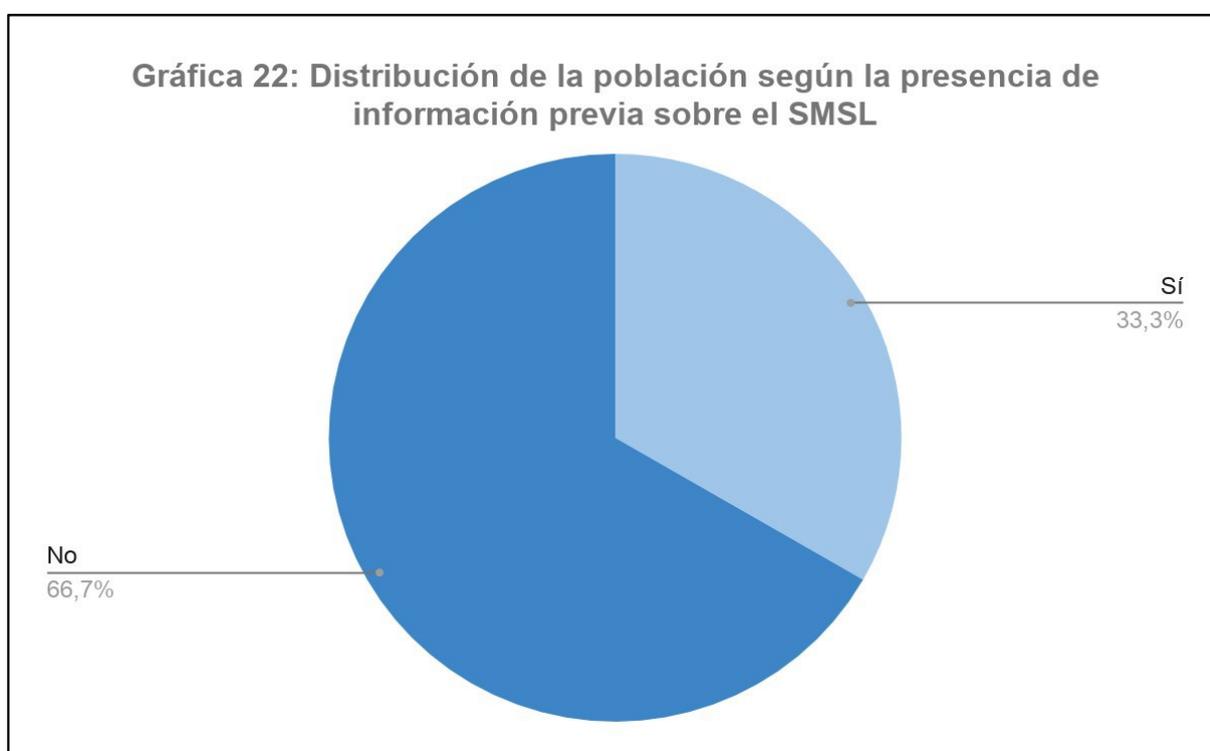


Variable 22: Distribución de la población según la presencia de información previa sobre el SMSL

Tabla 22: Distribución de la población según la presencia de información previa sobre el SMSL

NIVEL INFORMACIÓN PREVENCIÓN SMSL	FA	FR	FR%
Sí	18	0,33	33
No	36	0,67	67
TOTAL	54	1,00	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



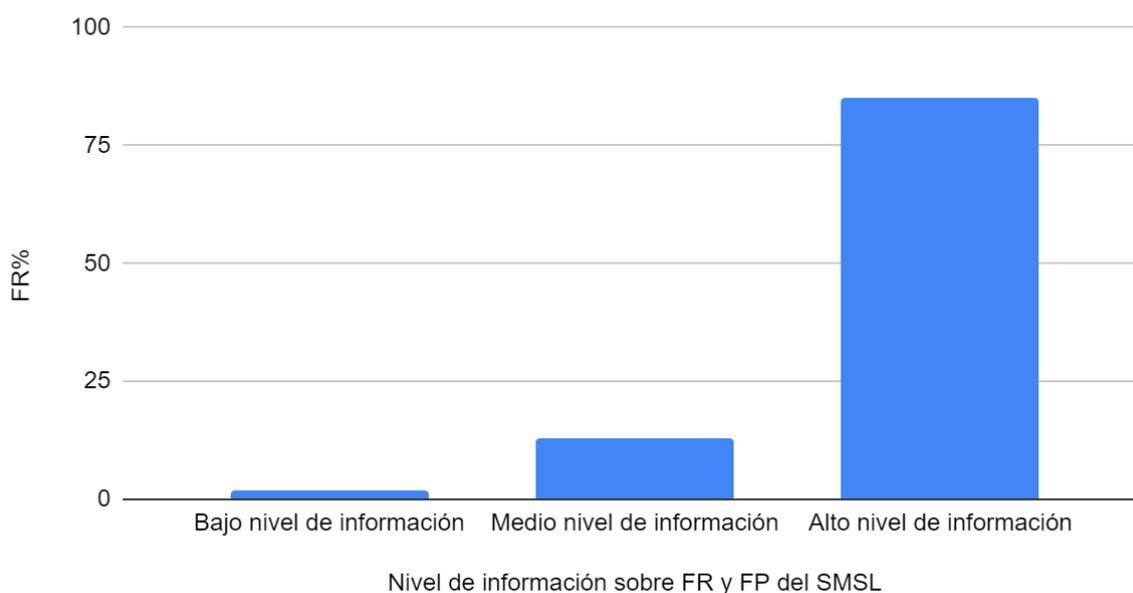
Variable 23: Distribución de la población según el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL

Tabla 23: Distribución de la población según el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL

NIVEL INFORMACIÓN SOBRE FR Y FP SMSL	FA	FR	FR%
Bajo nivel de información	1	0,02	2
Medio nivel de información	7	0,13	13
Alto nivel de información	46	0,85	85
TOTAL	54	1,00	100

*Fuente: Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

**Gráfica 23: Distribución de la población según el nivel de información sobre los factores de riesgo y protectores del SMSL**

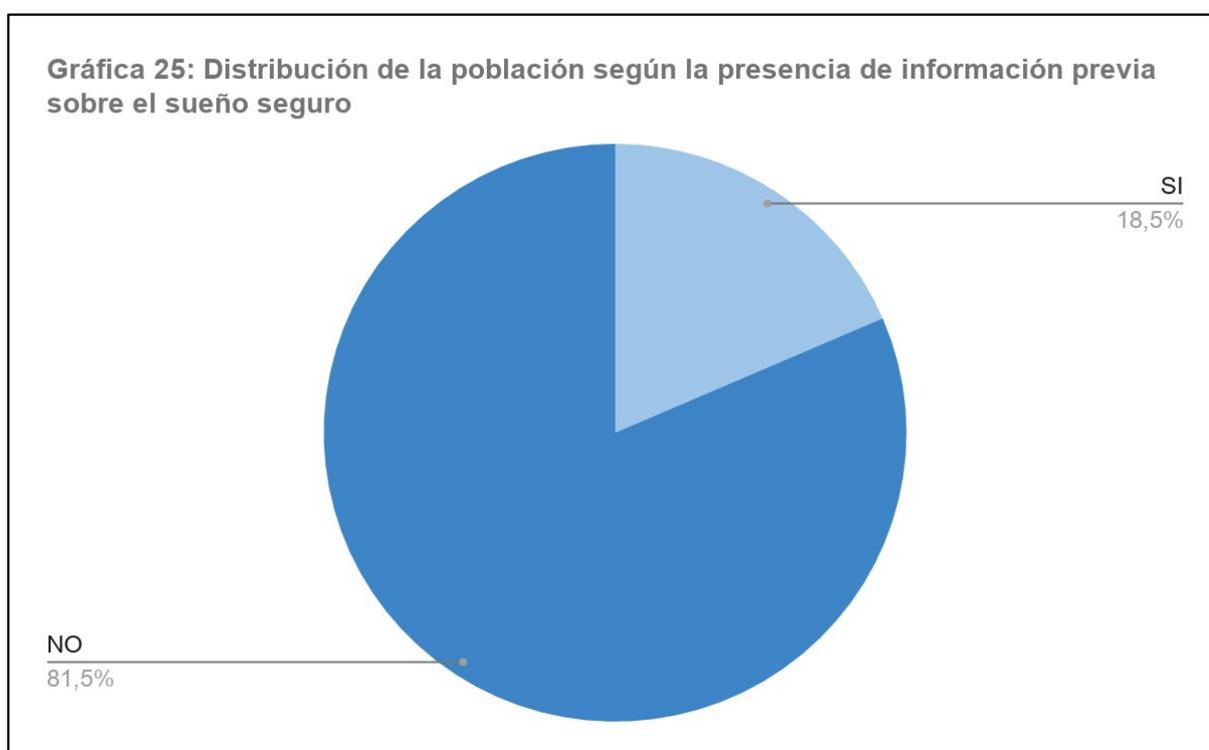


Variable 24: Distribución de la población según la presencia de información previa sobre el sueño seguro

Tabla 24: Distribución de la población según la presencia de información previa sobre el sueño seguro

INFORMACIÓN PREVIA SOBRE SUEÑO SEGURO	FA	FR	FR%
SI	10	0,185	18,5
NO	44	0,815	81,5
TOTAL	54	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

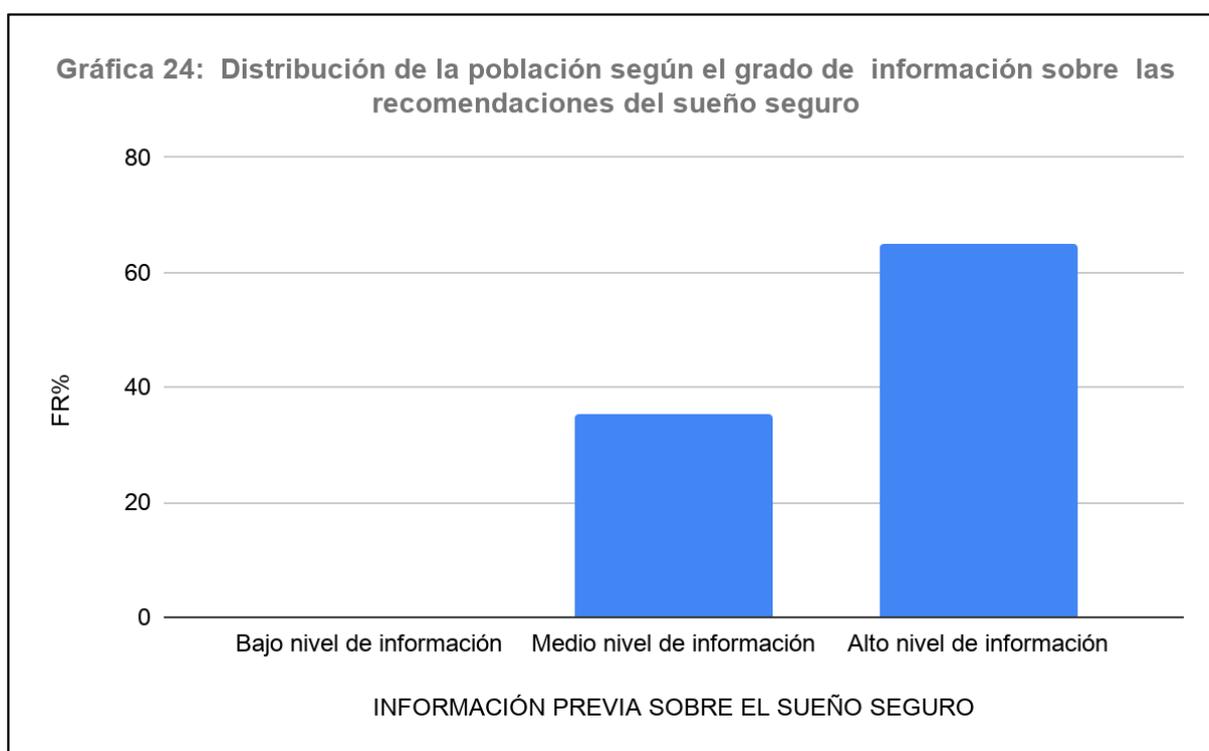


Variable 25: Distribución de la población según el nivel de información sobre las recomendaciones del sueño seguro

Tabla 25: Distribución de la población según el nivel de información sobre las recomendaciones del sueño seguro

NIVEL DE INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LAS RECOMENDACIONES EL SUEÑO SEGURO	FA	FR	FR%
Bajo nivel de información	0	0,00	0
Medio nivel de información	19	0,35	35
Alto nivel de información	35	0,65	65
TOTAL	54	1,00	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

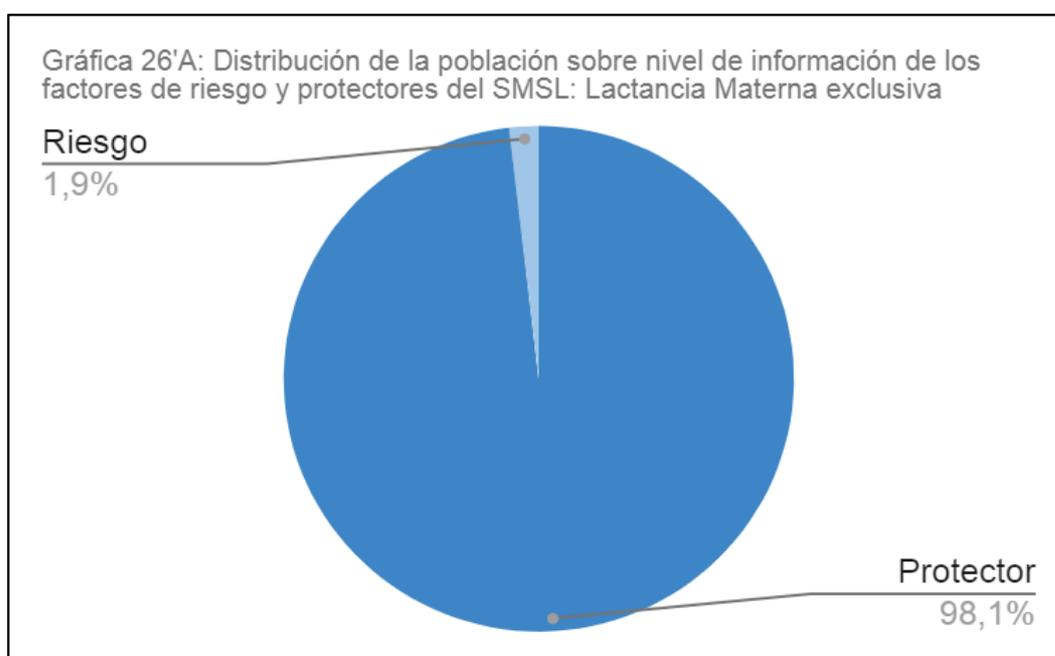


Variable 26: Distribución de la población sobre la categorización de los factores según su condición de riesgo o protectores del SMSL

Tabla 26'A: Distribución de la población sobre la categorización de los factores según su condición de riesgo o protectores del SMSL: Lactancia Materna exclusiva

Lactancia Materna exclusiva	FA	FR	FR%
Protector	53	0,981	98,1
Riesgo	1	0,019	1,9
TOTAL	54	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Variable 26'B: Distribución de la población sobre la categorización de los factores según su condición de riesgo o protectores del SMSL: Dormir en decúbito prono

Tabla 26'B: Distribución de la población sobre nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Dormir en decúbito prono

Dormir en decúbito prono	FA	FR	FR%
Protector	0	0,0	0
Riesgo	54	1,0	100

TOTAL	54	1,0	100
-------	----	-----	-----

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por los estudiantes con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

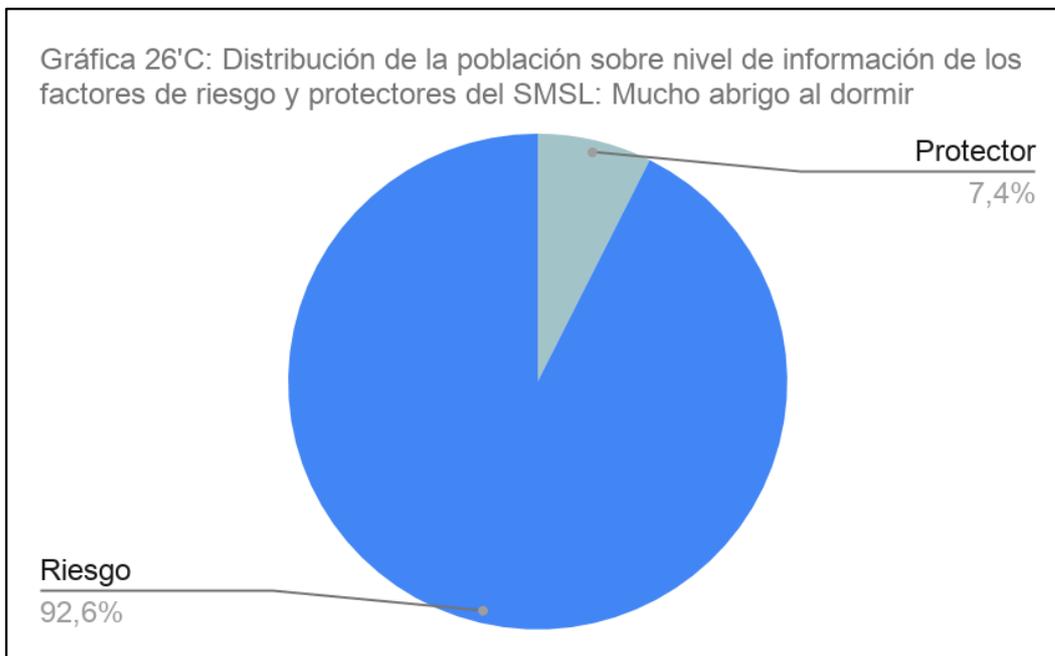
No se realiza grafico el 100% de la población toman como dormir hacia abajo como un factor de riesgo

Variable 26'C: Distribución de la población sobre nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Mucho abrigo al dormir

Tabla 26'C: Distribución de la población sobre nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Mucho abrigo al dormir

Mucho abrigo al dormir	FA	FR	FR%
Protector	4	0,074	7,4
Riesgo	50	0,926	92,6
TOTAL	54	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

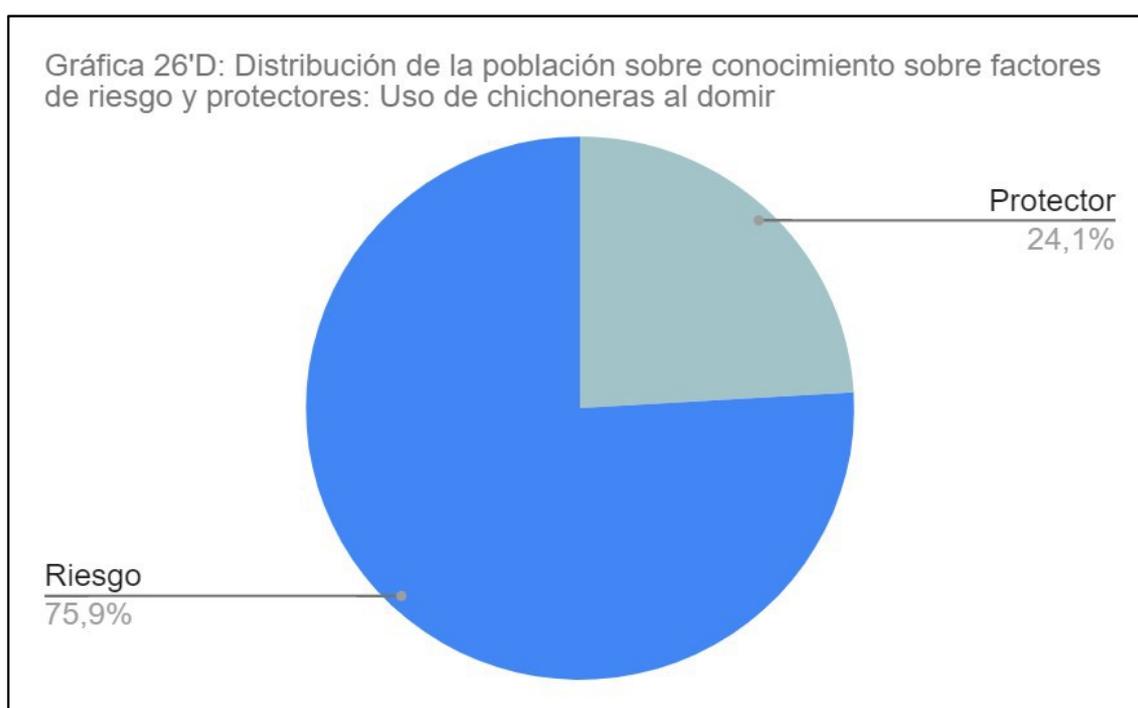


Variable 26'D: Distribución de la población sobre el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Uso de chichoneras en el descanso

Tabla 26'D: Distribución de la población sobre el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Uso de chichoneras en el descanso

Uso de chichoneras al dormir	FA	FR	FR%
Protector	13	0,241	24,1
Riesgo	41	0,759	75,9
TOTAL	54	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



Variable 26' E : Distribución de la población sobre el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Fumadores en el hogar

Tabla 26' E: Distribución de la población sobre el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Fumadores en el hogar

Fumadores en el hogar	FA	FR	FR%
Protector	0	0	0

Riesgo	54	1	100
TOTAL	54	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

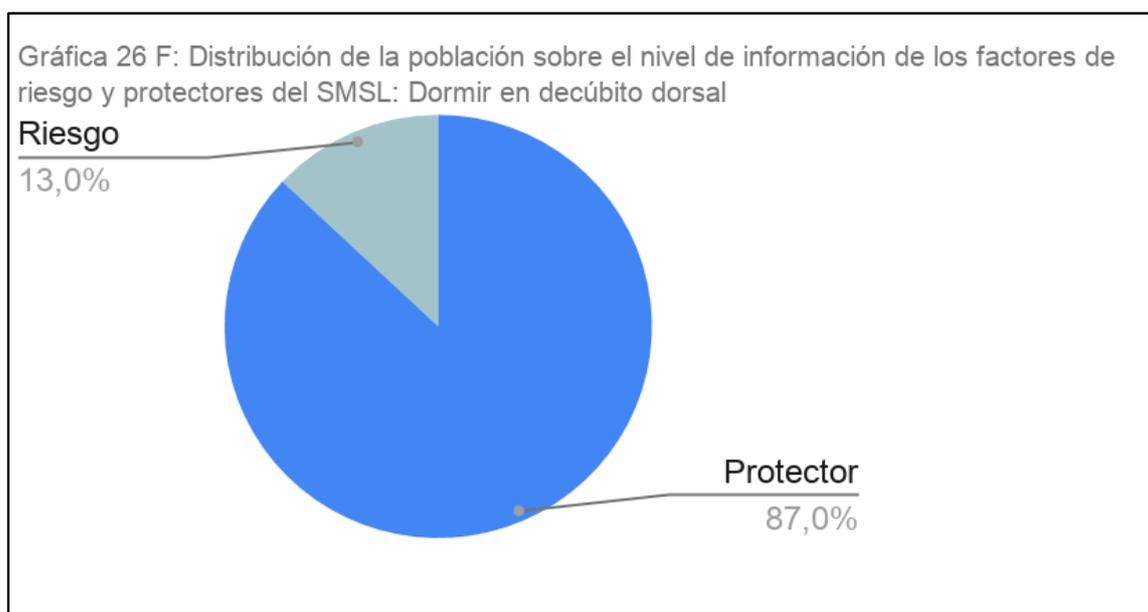
No se realiza gráfico el 100% de la población consideró como factor de riesgo que hayan fumadores dentro del hogar.

Variable 26 F: Distribución de la población sobre el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Dormir en decúbito dorsal

Tabla 26 F: Distribución de la población sobre el nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Dormir en decúbito dorsal

Dormir en decúbito dorsal	FA	FR	FR%
Protector	47	0,87	87
Riesgo	7	0,13	13
TOTAL	54	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

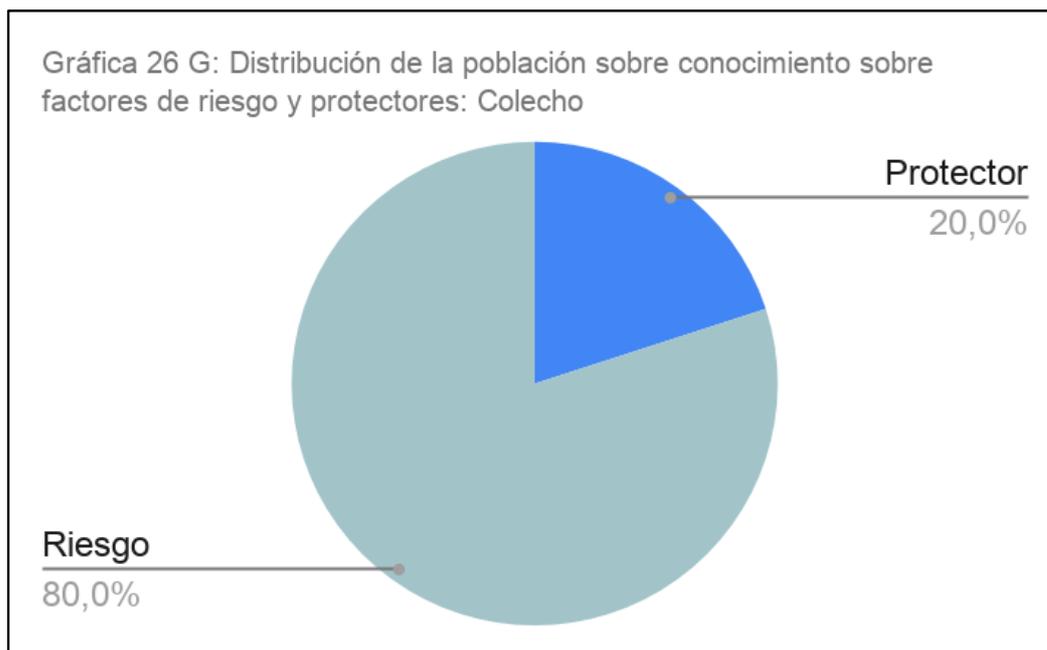


Variable 26 G: Distribución de la población sobre nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Colecho

Tabla 26 G: Distribución de la población sobre nivel de información de los factores de riesgo y protectores SMSL: Colecho

Colecho	FA	FR	FR%
Protector	11	0,20	20
Riesgo	43	0,80	80
TOTAL	54	1	100

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

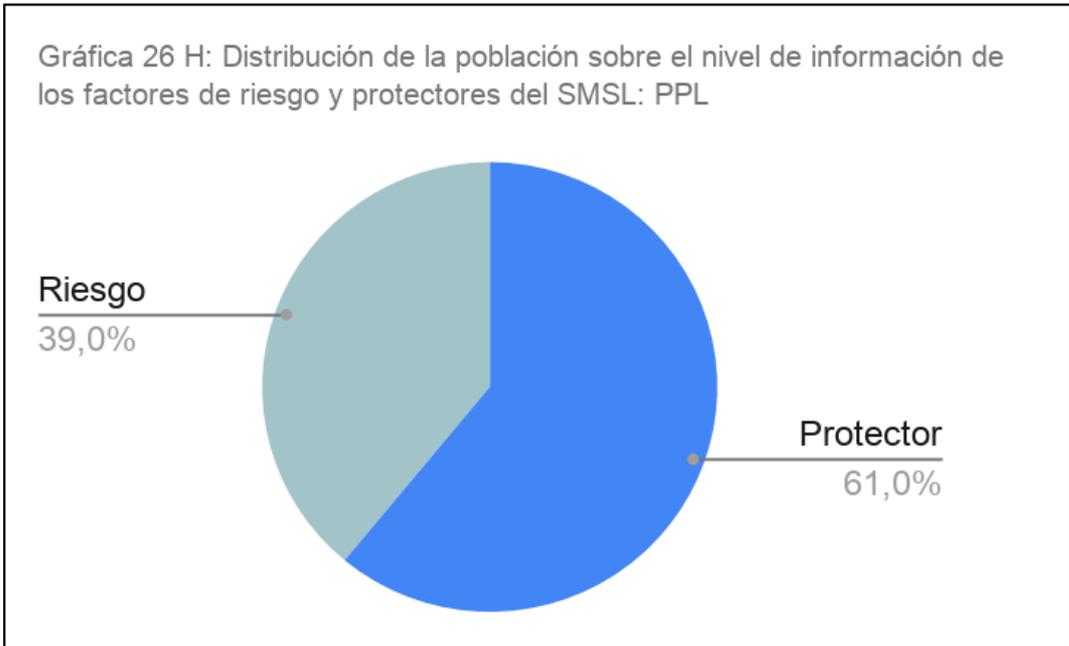


Variable 26 H: Distribución de la población sobre nivel de información de factores de riesgo y protectores del SMSL: Lactancia con PPL

Tabla 26 H: Distribución de la población sobre nivel de información de factores de riesgo y protectores del SMSL: Lactancia con PPL

Lactancia con PPL	FA	FR	FR%
Protector	33	0,61	61
Riesgo	21	0,39	39
TOTAL	54	1	100

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

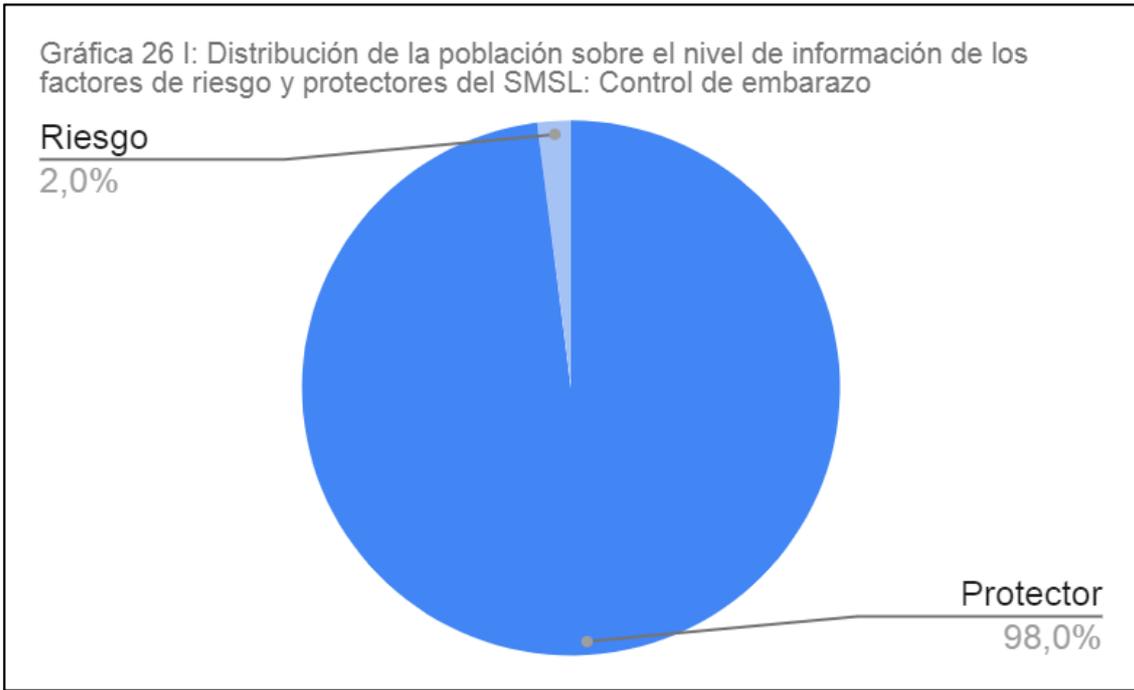


Variable 26 I : Distribución de la población sobre el nivel de información sobre factores de riesgo y protectores del SMSL: Control del embarazo

Tabla 26 I: Distribución de la población sobre el nivel de información sobre factores de riesgo y protectores del SMSL: Control del embarazo

Control del embarazo	FA	FR	FR%
Protector	53	0,98	98
Riesgo	1	0,02	2
TOTAL	54	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

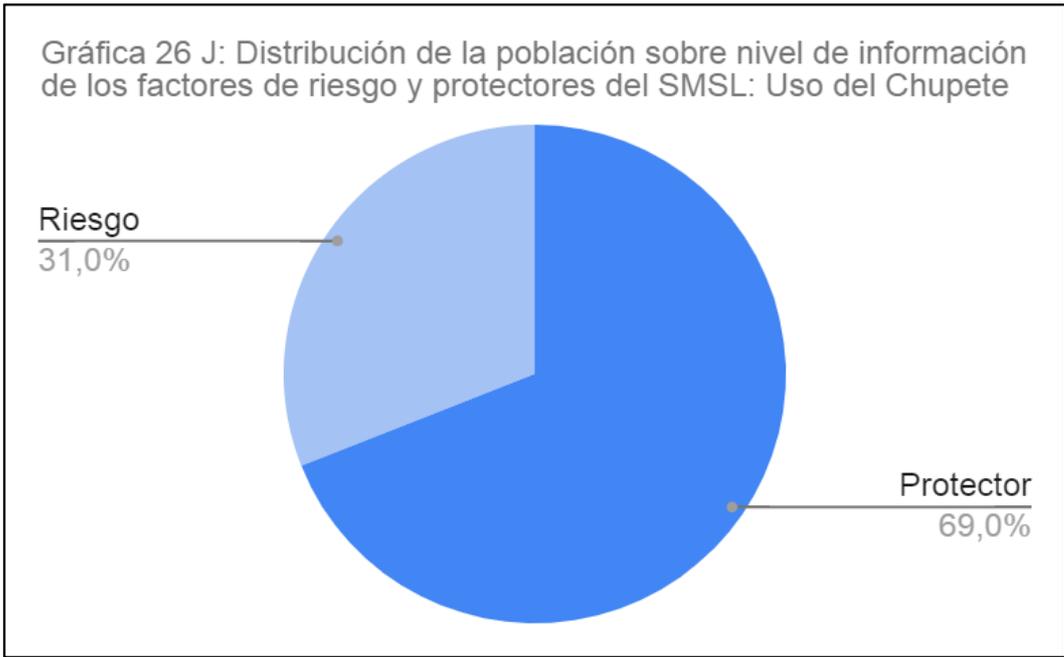


Variable 26 J: Distribución de la población sobre nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Uso del chupete

Tabla 26 J: Distribución de la población sobre nivel de información de los factores de riesgo y protectores del SMSL: Uso del chupete

Uso del chupete	FA	FR	FR%
Protector	37	0,69	69
Riesgo	17	0,31	31
TOTAL	54	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



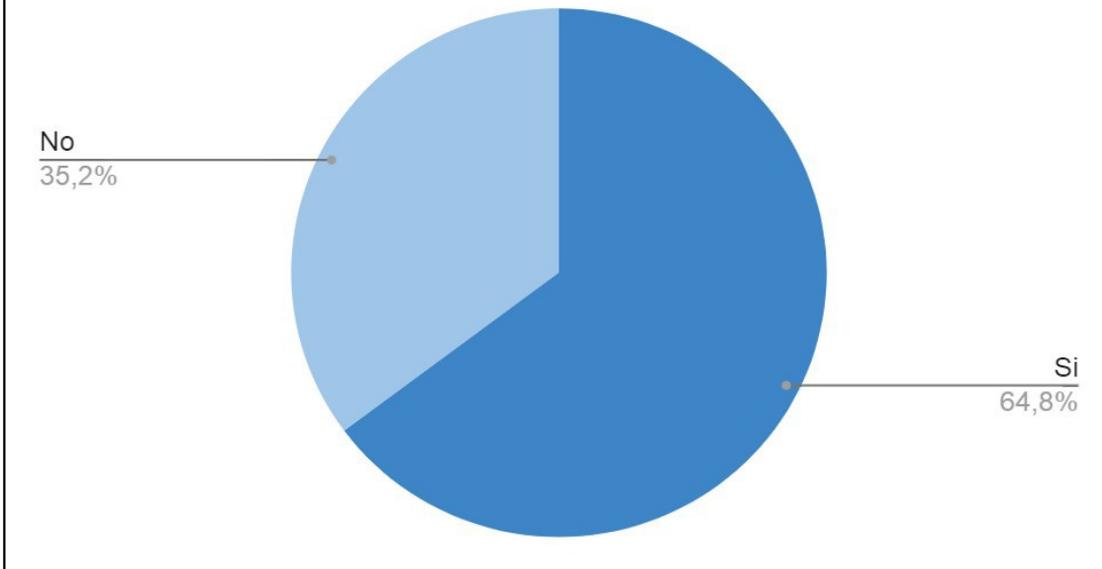
Variable 27: Distribución de la población según nivel de información de las recomendaciones para el sueño seguro

Tabla 27 A: Distribución de la población según nivel de información de las recomendaciones para el sueño seguro: Dormir con poco abrigo

Dormir con poco abrigo	FA	FR	FR%
Si	35	0,648	64,8
No	19	0,352	35,2
TOTAL	54	1,00	100

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

Gráfica 27 A: Distribución de la población según el nivel de información de las recomendaciones para el sueño seguro: Dormir con poco abrigo



Variable 27 B: Distribución de la población según el nivel de información de las recomendaciones para el sueño seguro.

Tabla 27 B: Distribución de la población según de la presencia de información previa sobre las recomendaciones para prevenir SMSL: Sin fumadores dentro del hogar.

Sin fumadores dentro del hogar	FA	FR	FR%
Si	54	1	100
No	0	0	0
TOTAL	54	1	100

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*

El 100% de la población toma como recomendación para prevenir SMSL, sin fumadores dentro del hogar

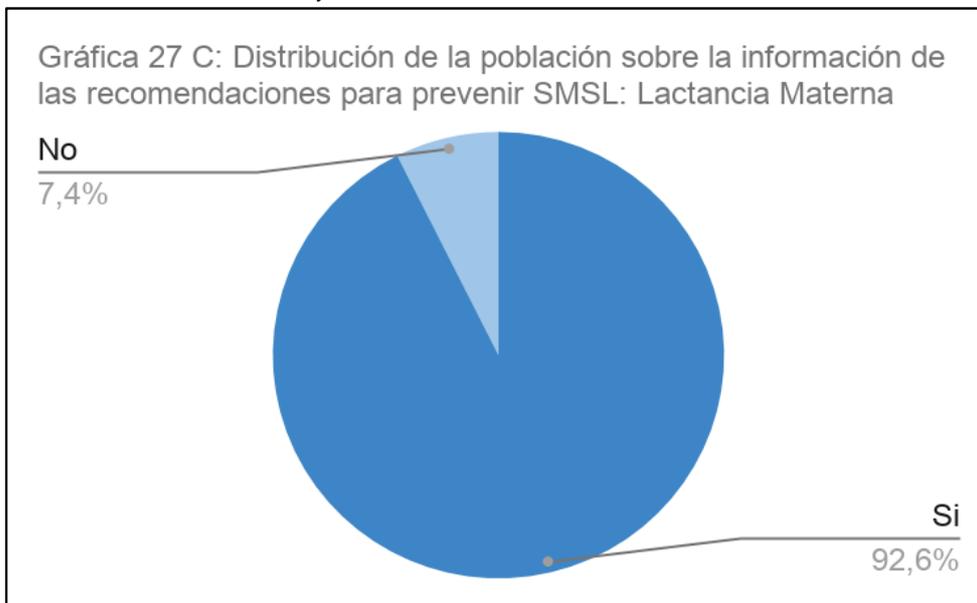
Variable 27 C: Distribución de la población sobre información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Lactancia Materna exclusiva

Tabla 27 C: Distribución de la población según la presencia de información previa de las recomendaciones para prevenir SMSL: Lactancia Materna exclusiva

Lactancia materna exclusiva	FA	FR	FR%
Si	50	0,93	92,6

No	4	0,07	7,4
TOTAL	54	1,00	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

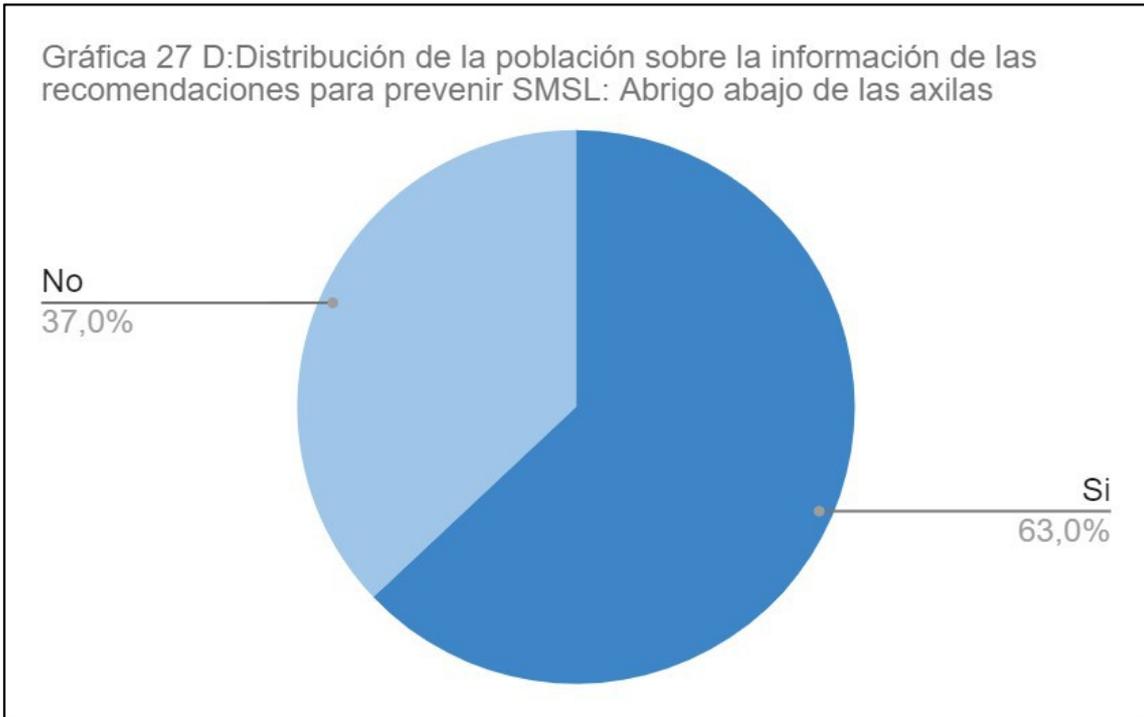


Variable 27 D: Distribución de la población sobre el nivel de información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Abrigo abajo de las axilas.

Tabla 27 D: Distribución de la población según la presencia de información sobre las recomendaciones para prevenir SMSL: Abrigo abajo de las axilas

Abrigo abajo de las axilas	FA	FR	FR%
Si	34	0,63	63
No	20	0,37	37
TOTAL	54	1,00	100

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020



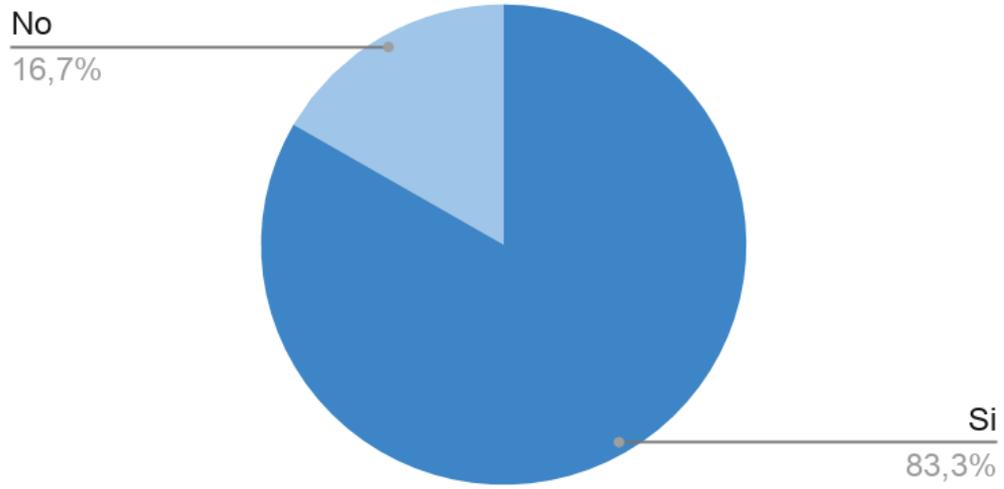
Variable 27 E: Distribución de la población sobre el nivel de información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Área de descanso libre de almohadones.

Tabla 27 E: Distribución de la población según la presencia de información sobre recomendaciones para prevenir SMSL: Área de descanso libre de almohadones

Área de descanso libre de almohadones	FA	FR	FR%
Si	45	0,833	83,3
No	9	0,167	16,7
TOTAL	54	1,000	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

Gráfica 27 E: Distribución de la población sobre la información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Área de descanso libre

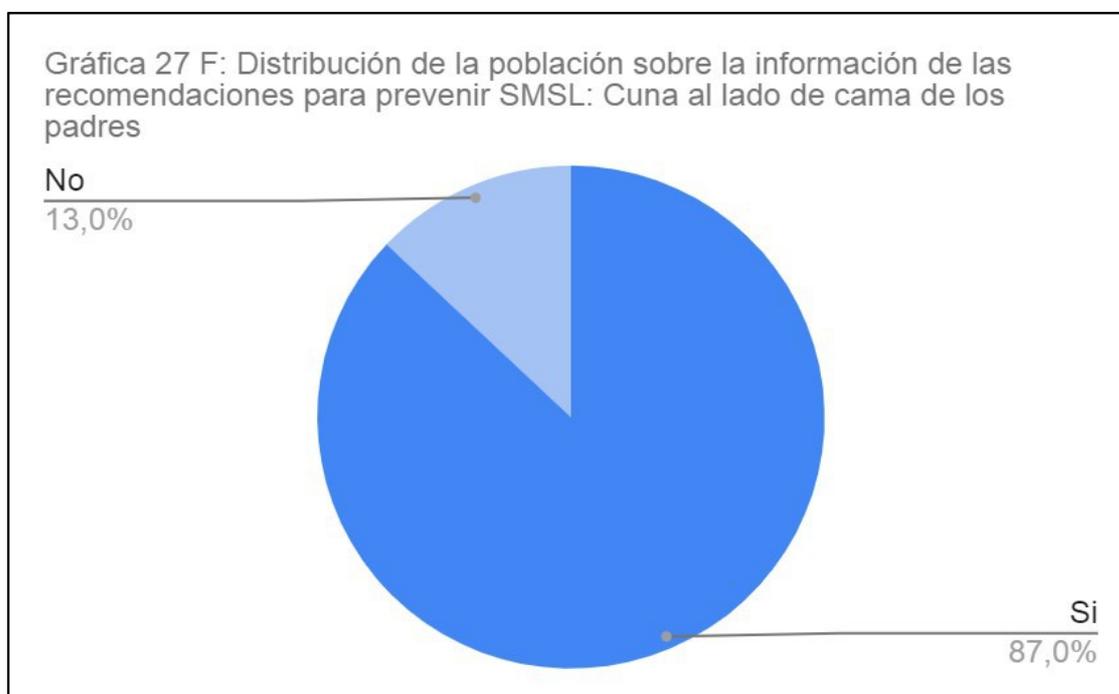


Variable 27 F: Distribución de la población sobre el nivel de información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Cuna al lado de cama de los padres

Tabla 27 F: Distribución de la población según presencia de información previa sobre las recomendaciones para prevenir SMSL: Cuna al lado de cama de los padres

Cuna al lado de cama de los padres	FA	FR	FR%
Si	47	0,87	87
No	7	0,13	13
TOTAL	54	1,00	100

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

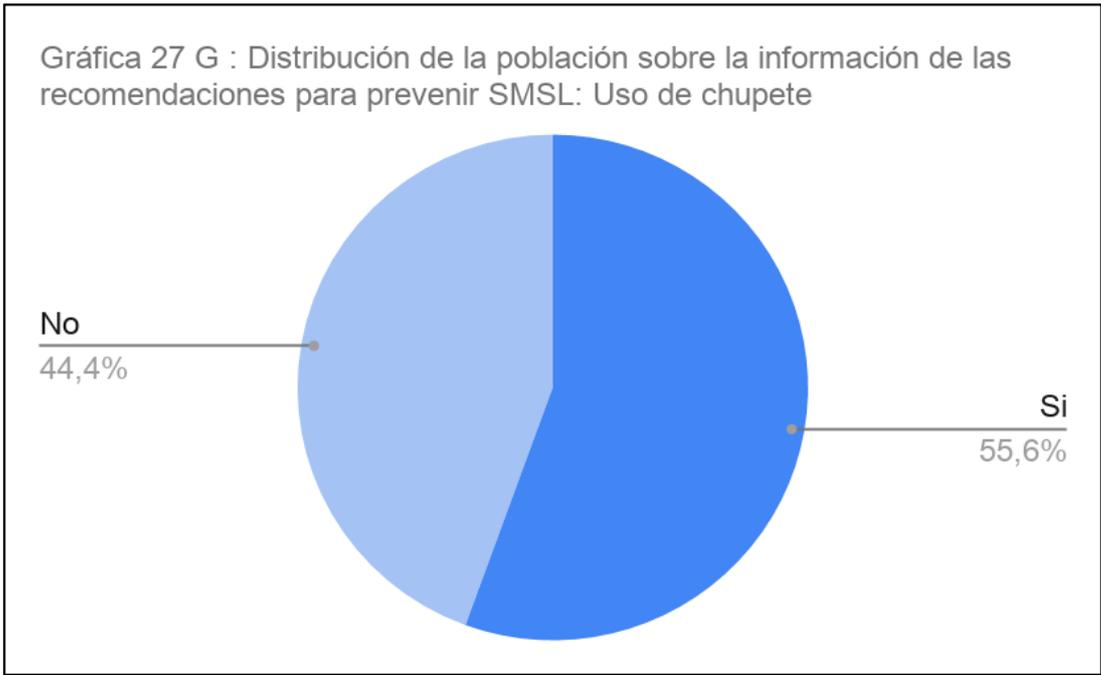


Variable 27 G: Distribución de la población sobre el nivel de información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Uso de chupete

Tabla 27 G: Distribución de la población según presencia de información previa de las recomendaciones para prevenir SMSL: Uso de chupete

Uso del chupete	FA	FR%	FR%
Si	30	0,556	55,6
No	24	0,444	44,4
TOTAL	54	1,000	100,0

*Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020*



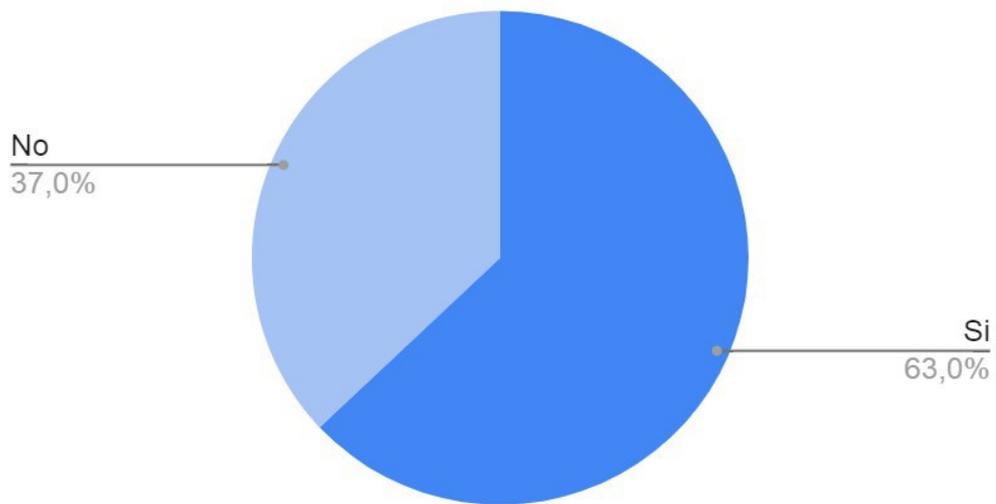
Variable 27 H: Distribución de la población sobre el nivel de información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Dormir en superficie firme

Tabla 27 H: Distribución de la población sobre la presencia de información previa de las recomendaciones para prevenir SMSL: Dormir en superficie firme

Dormir en superficie firme	FA	FR	FR%
Si	34	0,63	63
No	20	0,37	37
TOTAL	54	1,00	100

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

Gráfica 27 H: Distribución de la población sobre la información de las recomendaciones para prevenir SMSL: Dormir en superficie firme

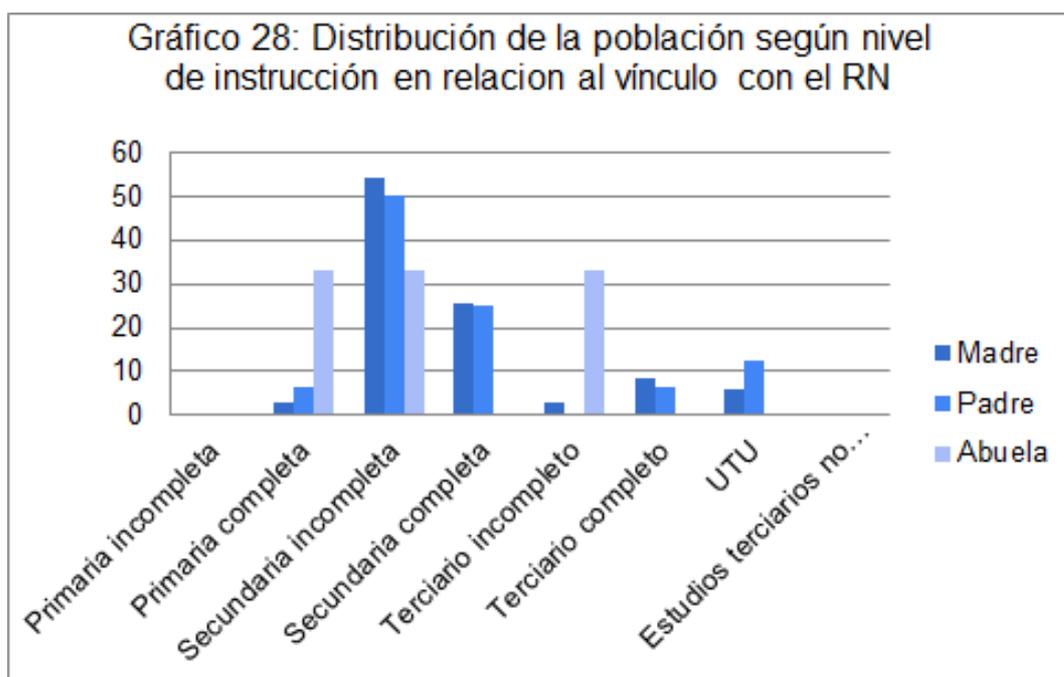


Variable 28: Distribución de la población según el nivel de instrucción en relación al vínculo con RN

Tabla 28: Distribución de la población según el nivel de instrucción en relación al vínculo con RN

Nivel de Instrucción / Vínculo	Vínculo									Total
	Madre			Padre			Abuela			
	FA	Fr	FR%	FA	Fr	FR%	FA	FR	FR %	
Primaria incompleta	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Primaria completa	1	0,03	3	1	0,06	6	1	0,33	33	3
Secundaria incompleta	19	0,54	54	8	0,50	50	1	0,33	33	28
Secundaria completa	9	0,26	26	4	0,25	25	0	0,00	0	13
Terciario incompleto	1	0,03	3	0	0,00	0	1	0,33	33	2
Terciario completo	3	0,09	9	1	0,06	6	0	0,00	0	4
UTU	2	0,06	6	2	0,13	13	0	0,00	0	4
Estudios terciarios no profesionales	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Total	35	1,00	100	16	1,00	100	3	1,00	100	54

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

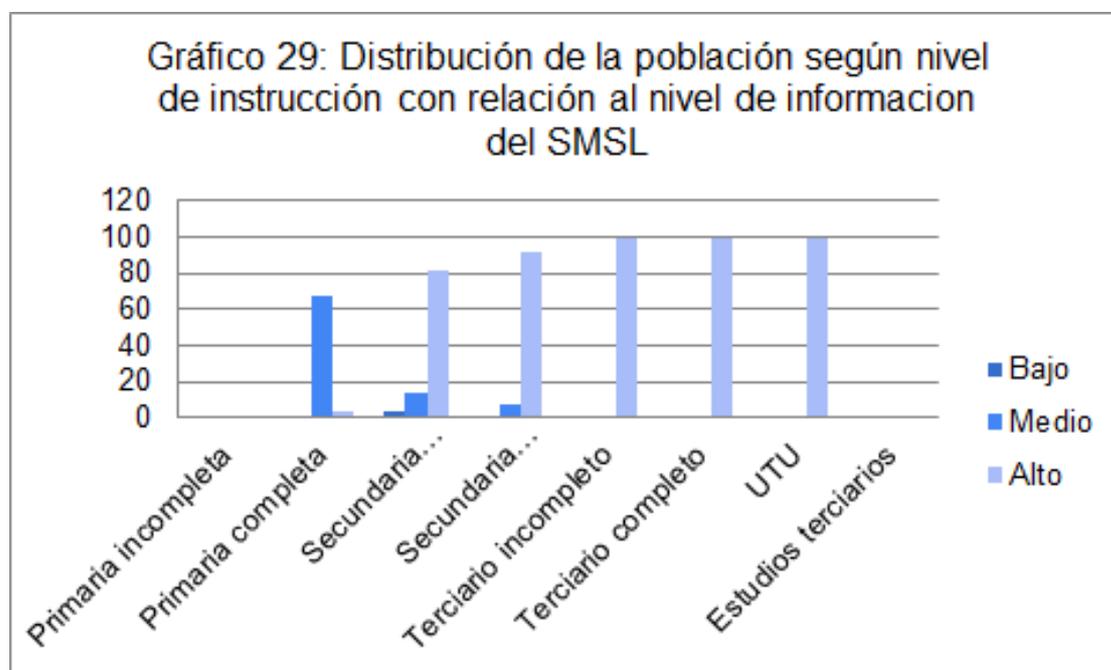


Variable 29: Distribución de la población según el vínculo entre el nivel de instrucción y el Nivel de información del SMSL

Tabla 29: Distribución de la población según el vínculo entre el nivel de instrucción y el Nivel de información del SMSL

Nivel de información / Nivel de instrucción	Nivel de Instrucción																								TOTAL
	Primaria incompleta			Primaria completa			Secundaria incompleta			Secundaria Completa			Terciario incompleto			Terciario completo			UTU			Estudios terciarios			
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	
Bajo	0	0	0	0	0,00	0	1	0,04	4	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	0	0	0	2	0,67	67	4	0,14	14	1	0,08	8	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	7
Alto	0	0	0	1	0,33	33	23	0,82	82	12	0,92	92	2	1	100	4	1,00	100	4	1	100	0	0	0	46
Total	0	0	0	3	1,00	100	28	1,00	100	13	1,00	100	2	1	100	4	1,00	100	4	1	100	0	0	0	54

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

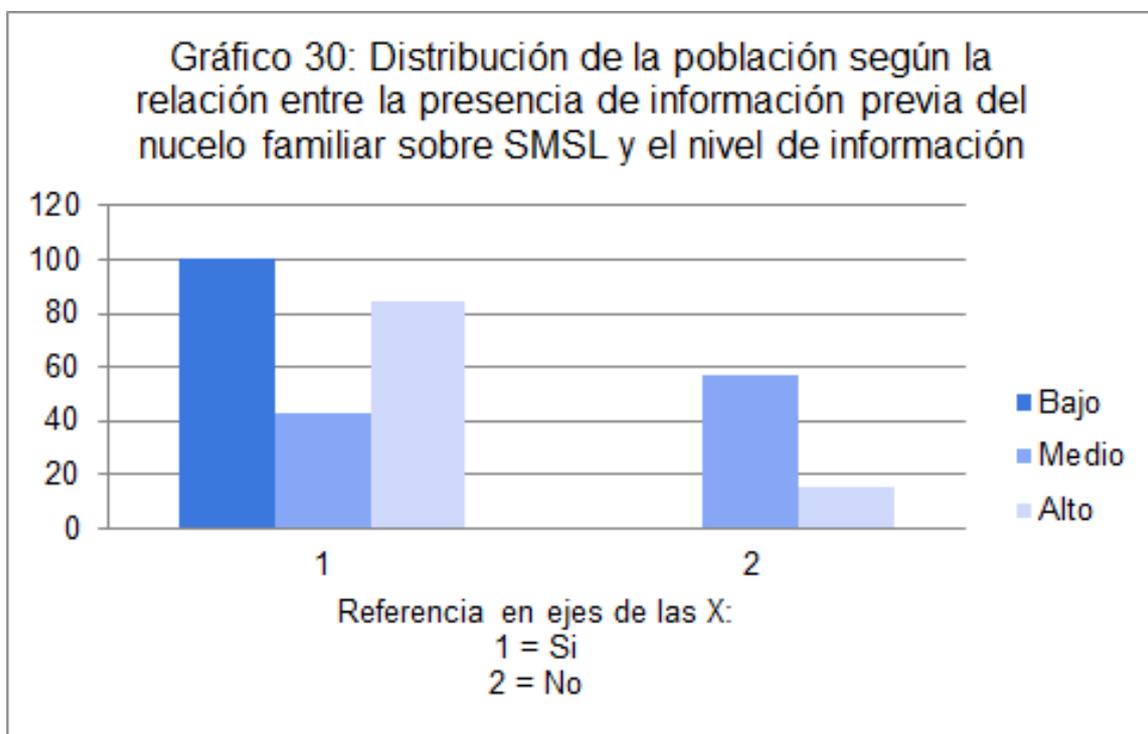


Variable 30: Distribución de la población según la relación entre la presencia de información previa de los entrevistados sobre SMSL y el Nivel de información SMSL

Tablas 30: Distribución de la población según la relación entre presencia de información previa de los entrevistados sobre SMSL y Nivel de información SMSL

Información previa/ Nivel de información SMSL	Bajo			Medio			Alto			Total
	FA	Fr	FR%	FA	Fr	FR%	FA	Fr	FR%	
Si	1	1	100	3	0,43	43	38	0,84	84	42
No	0	0	0	4	0,57	57	7	0,16	16	11
Total	1	1	100	7	1,00	100	45	1,00	100	53

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

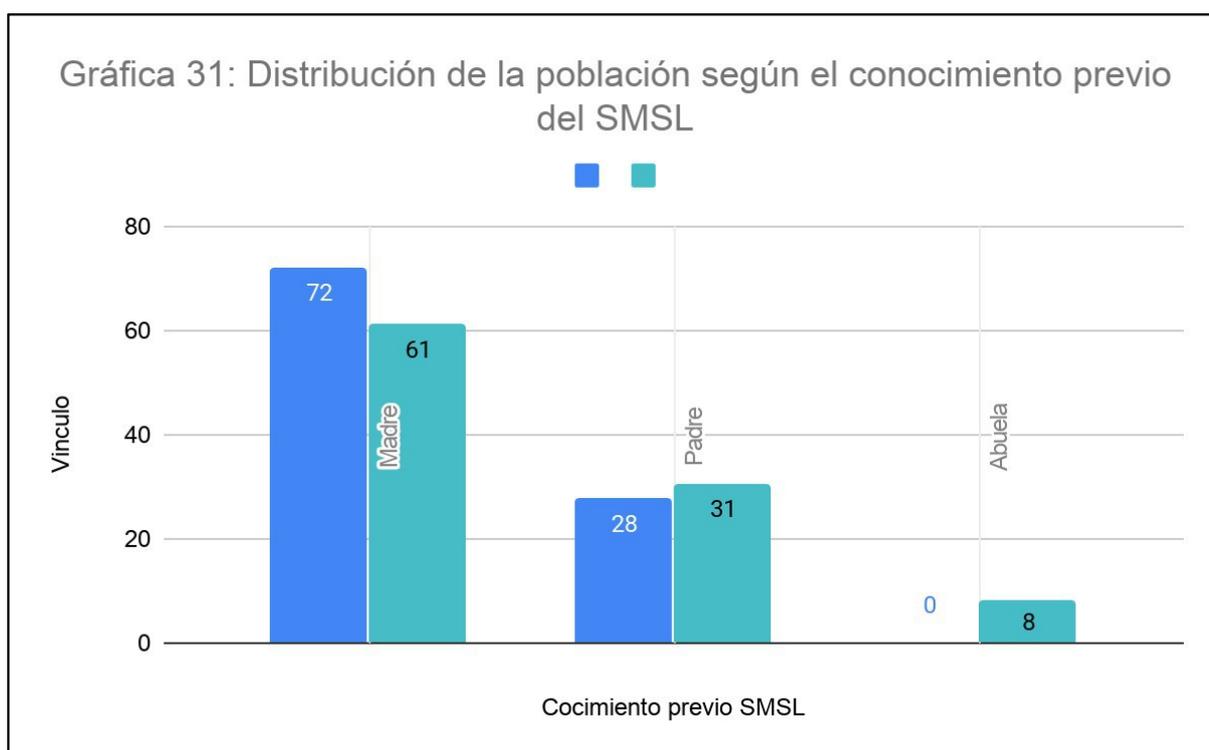


Variable 31: Distribución de la población según el vínculo y la presencia de información previa del SMSL

Tabla 31: Distribución de la población según el vínculo y la presencia de información previa del SMSL

Vínculo/ Información Previa SMSL	Si			No			Total
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	
Madre	13	0,72	72	22	0,61	61	35
Padre	5	0,28	28	11	0,31	31	16
Abuela	0	0,00	0	3	0,08	8	3
Total	18	1,00	100	36	1,00	100	54

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

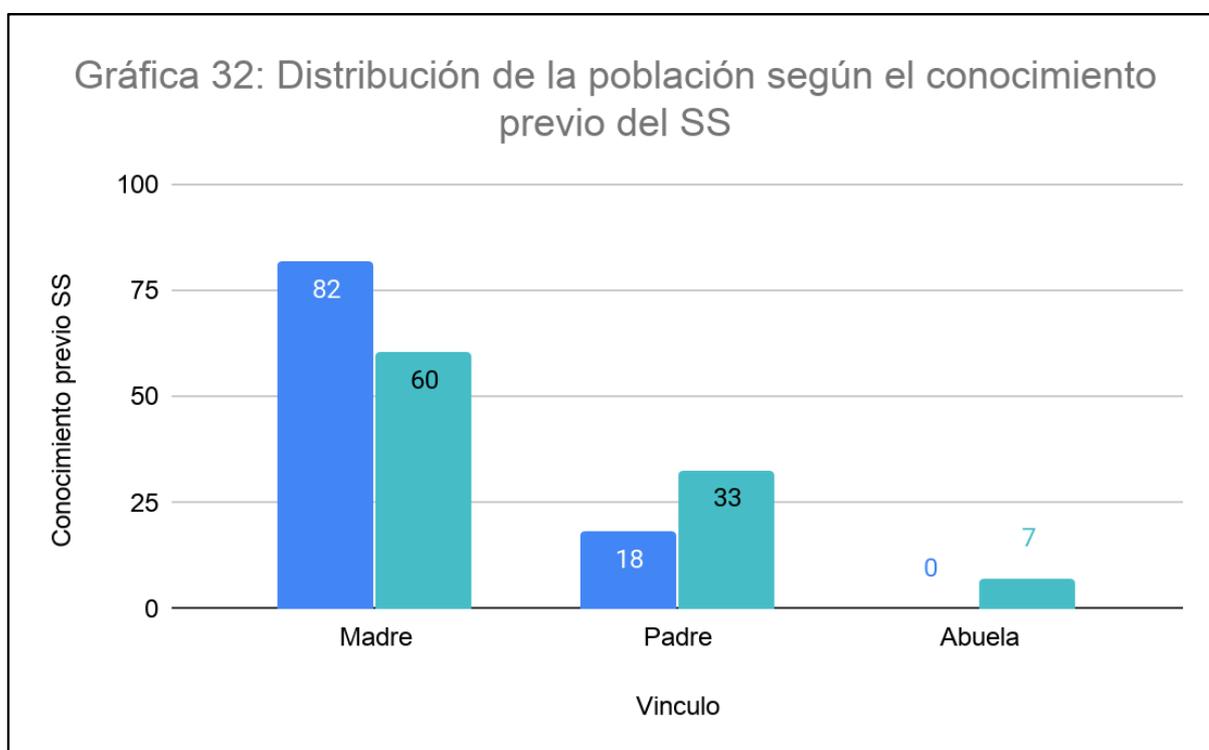


Variable 32: Distribución de la población según el vínculo y la presencia de información previa del SMSL

Tabla 32: Distribución de la población según el vínculo y la presencia de información previa del SMSL

Vínculo/ información Previa SMSL	Si			No			Total
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	
Madre	13	0,72	72	22	0,61	61	35
Padre	5	0,28	28	11	0,31	31	16
Abuela	0	0,00	0	3	0,08	8	3
Total	18	1,00	100	36	1,00	100	54

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

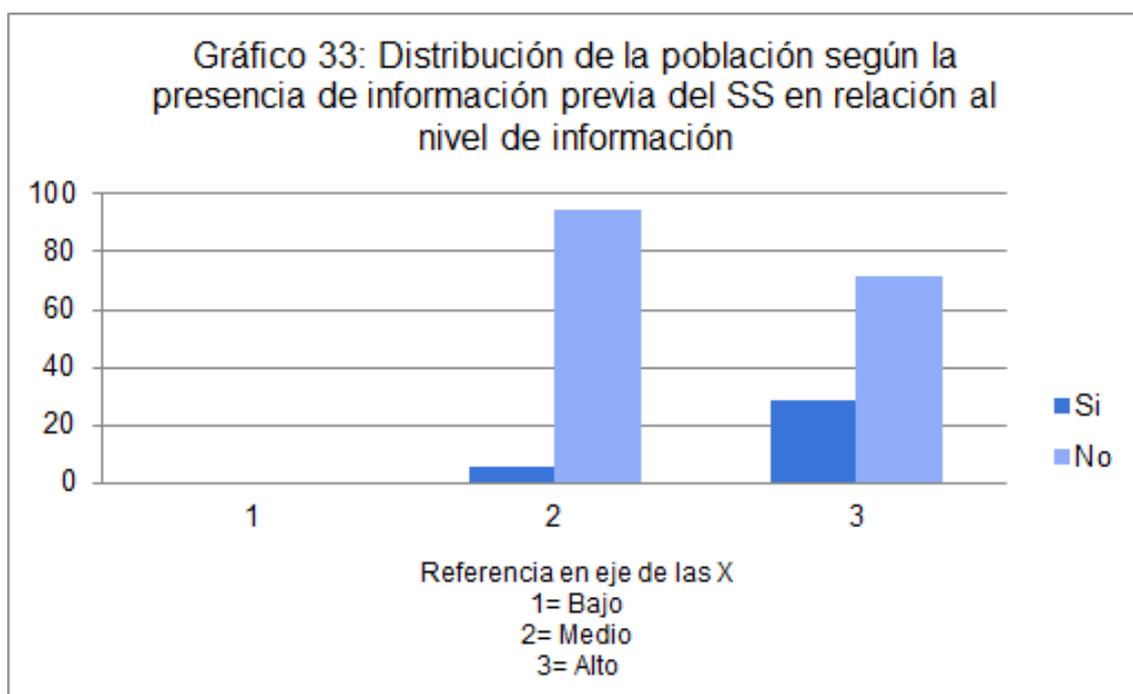


Variable 33: Distribución de la población según la presencia de información previa del SS y Nivel de Información del SS

Tabla 33: Distribución de la población según la presencia de información previa del SS en relación al Nivel de Información del SS

Información previa de SS/Nivel de información SS	Bajo			Medio			Alto			Total
	FA	Fr	FR%	FA	Fr	FR%	FA	Fr	FR%	
Si	0	0,00	0	1	0,05	5	10	0,29	29	11
No	0	0,00	0	18	0,95	95	25	0,71	71	43
Total	0	0,00	0	19	1,00	100	35	1,00	100	54

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020

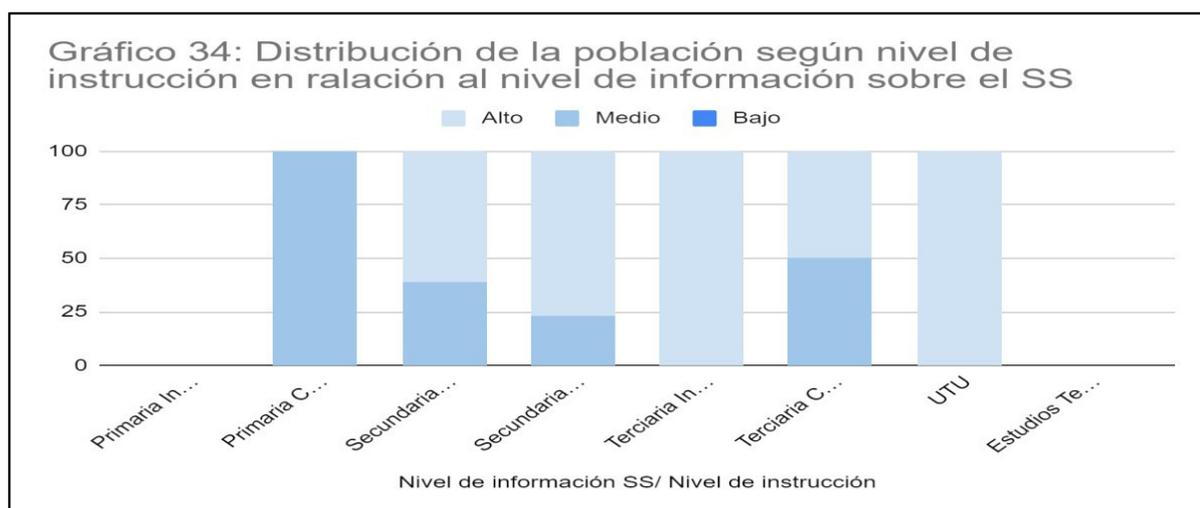


Variable 34: Distribución de la población según nivel de instrucción/Nivel de información del sueño seguro

Tabla 34: Distribución de la población según nivel de instrucción en relación al nivel de información del sueño seguro

Nivel de instrucción / Nivel de información SS	Nivel de Instrucción																								TOTAL
	Primaria incompleta			Primaria completa			Secundaria incompleta			Secundaria Completa			Terciario incompleto			Terciario completo			UTU			Estudios terciarios			
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	
Bajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medio	0	0	0	3	1	100	11	0,39	39	3	0,23	23	0	0	0	2	0,5	50	0	0	0	0	0	0	19
Alto	0	0	0	0	0	0	17	0,61	61	10	0,77	77	2	1	100	2	0,5	50	4	1	100	0	0	0	35
Total	0	0	0	3	1	100	28	1,00	100	13	1,00	100	2	1	100	4	1	100	4	1	100	0	0	0	54

Fuente: Encuesta realizada a los núcleos familiares por el equipo de investigadores con el instrumento creado entre los meses enero y marzo del 2020



## **Anexos**

Anexo I- Marco Normativo	187
Anexo II- Organigramas institucionales del Hospital Policial	190
Anexo III: Datos estadísticos del Hospital Policial	192
Anexo IV: Entrevistas	194

## Anexo I: Marco Normativo

- Ley n° 16.104<sup>50</sup>

Ley de funcionarios públicos. Deberes y derechos de los funcionarios públicos, entre los que se destaca licencias maternidad, y lactancia: media jornada laboral y luego de completar los 6 meses 1 hora menos por turno para lactancia o extracción manual) y posibilidad de extracción manual y conservación de leche.

- Ley N°16.045<sup>51</sup>

Ley de Actividad Laboral. Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia

- Ley N° 18.214<sup>52</sup> modificación de la Ley N° 17.823

Código de la niñez y la adolescencia. Incluye a todos los individuos menores a 18 años, estableciendo que son sujetos de protección de todos los derechos inherentes a su calidad de ciudadanos del país, por la familia ante su etapa de desarrollo que impide velar por sí mismos. Debiendo el Estado elaborar y ejecutar políticas que promuevan su desarrollo y bienestar, así como velar ante inherencia de patria de potestad de los niños.

- Ley 18.426<sup>53</sup>

Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Incluye el fomento de políticas de salud, así como el fortalecimiento en la distribución de recursos humanos y materiales, educación en instituciones académicas, así como la capacitación a docentes, personales de salud, para respetar, difundir, contemplar las necesidades, intereses y problemas de la población, con énfasis en la población vulnerable (niños, adolescentes, entre otros). Esta ley garantiza acceso, atención, asesoramiento en la salud sexual y reproductiva en todos los servicios sanitarios del país.

Entre los derechos: atención humanizada durante gestación, parto y puerperio. Atención con enfoque de género (detectando y atendiendo las NIPs de cada género, con la meta de lograr una equidad de género) Promover la maternidad y la paternidad responsable. Acceso a consultas con los especialistas correspondientes del área, a diagnóstico precoz, tratamiento oportuno a hombres y mujeres; seguimiento de gestación, parto y puerperio; acceso a métodos de planificación familiar; acceso a consulta con equipo

interdisciplinario, a jornadas de educación continua o talleres de salud sexual y reproductiva

- Ley 18.211<sup>54</sup>

Ley Sistema Nacional Integrado de Salud. La cual garantiza la atención sanitaria que el proceso salud-enfermedad requiera en los tres niveles de atención, en cualquier región del territorio nacional. Acceso a exámenes paraclínicos, imagenológicos, actos quirúrgicos, internaciones, acceso a medicamentos, consultas a especialistas y a tener equipo médico de cabecera, como de técnicos de salud pertinentes (consulta enfermería, trabajo social, área de salud mental, técnicos de rehabilitación, odontología, nutrición, entre otros) Derecho a acceso gratuito de ASSE/ policlínicas de IMM o al servicio de salud elegido en caso que alguno esté inmerso en el mercado laboral, con los servicios que cada institución brinde.

- Ley N° 18.537<sup>55</sup>

Muerte súbita de niños menores de un año. Establece la obligatoriedad de realizar autopsia a todo lactante fallecido diagnosticado primariamente de muerte súbita e inesperada del lactante. Pauta la conformación para la ejecución y análisis de la misma, la conformación de un equipo integrado por médico forense y patólogo con base en el CHPR. Equipo que será supervisado por un Comité de Muerte Súbita del Lactante integrado por un médico pediatra, un médico patólogo y un médico forense. El análisis de la defunción incluye la confirmación de la causa de fallecimiento, siguiendo el protocolo internacional estandarizado de muerte súbita del lactante, así como estudios bioquímicos, radiológicos, anatomía patológica que sean pertinentes, a fin de diagnosticar y determinar los factores de riesgo que provocaron la muerte súbita.

- Ley 19.132<sup>56</sup>

Día del bebé. Promueve el primer viernes de octubre de cada año celebrar el día del bebé con el fin de promocionar buenas prácticas en esta etapa del desarrollo en coordinación con el Ministerio de Salud.

- Ley 19.161<sup>57</sup>

Licencia por maternidad y paternidad de empleados de empresas privadas. Destaca el límite de tiempo previo para interrumpir tareas laborales: 6 semanas antes de la fecha

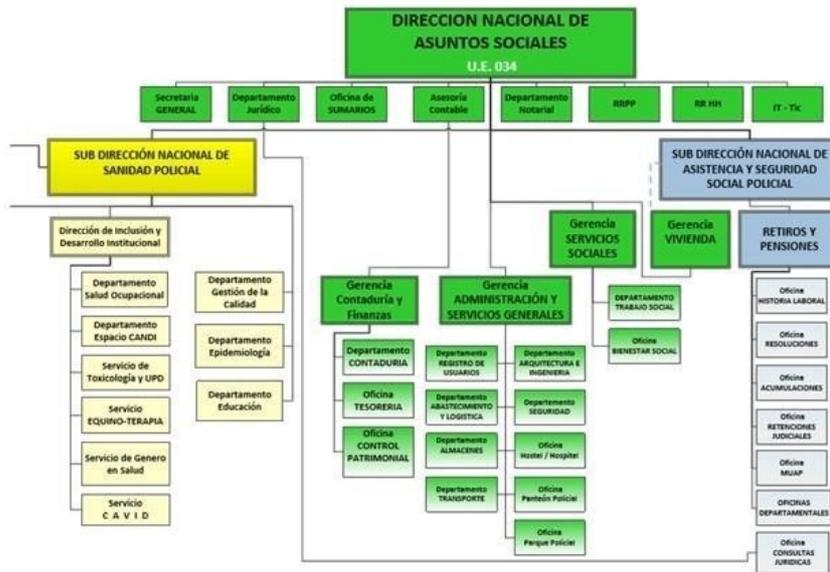
probable del parto. Y a partir de la semana del puerperio que puede reintegrarse: 8 semanas posteriores al parto. Con respecto a la pareja: las empresas deben brindar 10 días de licencia por paternidad.

- Ley 19.353<sup>58</sup>

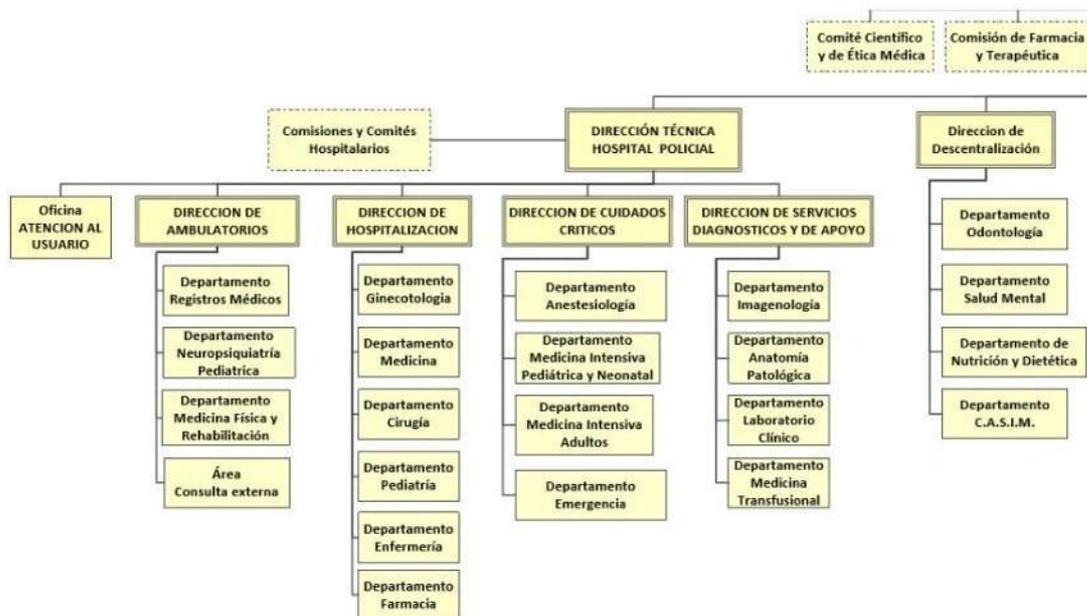
Ley Nacional Integral de Cuidados. Que provee centros de cuidados específicos para el área infancia antes de los 3 años: centros CAIF, espacios socioeducativos, guarderías, de acceso gratuito. Luego acceso a Preescolar, jardinera, Primaria.

Anexo II: Organigramas institucionales

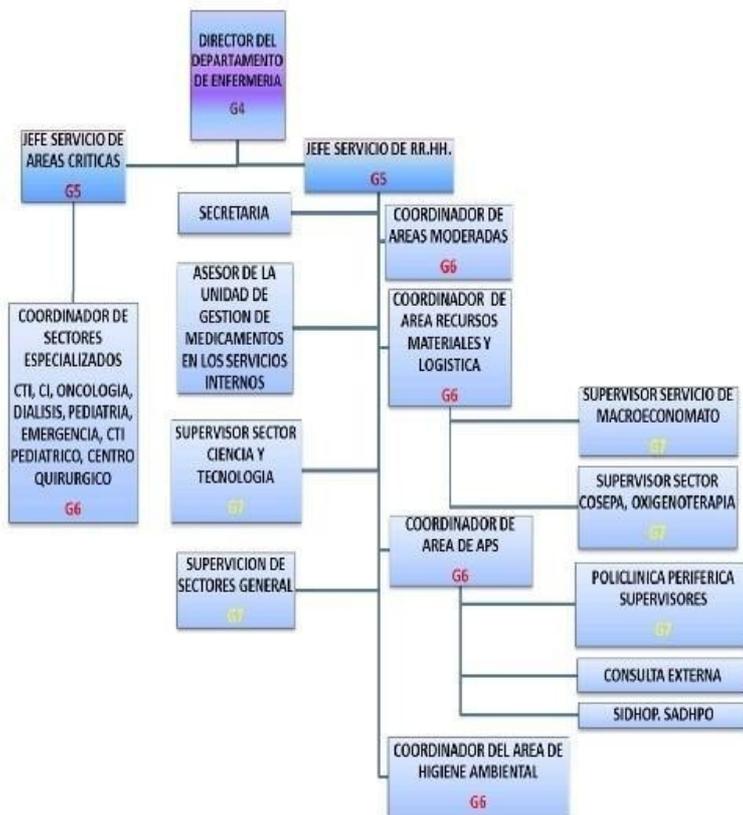
\*Información brindada por la Lic. en enfermería Verónica Reyes (Licenciada operativa del Departamento de Pediatría del Hospital Policial).



Fuente: Ministerio del Interior Uruguay.



Fuente:  
Ministerio del  
Interior  
Uruguay.



Fuente: Ministerio del Interior Uruguay.

### Anexo III: Datos estadísticos del Hospital Policial

\* Información brindada por el Departamento de registros médicos y estadísticas de salud

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													
61													
62	ENERO	44	1,4	27	17	44	0	0	0	34	10	44	
63													
64	FEBRERO	24	0,9	13	11	24	0	1	0	22	2	24	
65													
66	MARZO	41	1,3	20	21	41	0	0	0	34	7	41	
67													
68	ABRIL	35	1,2	19	16	35	0	2	0	31	4	35	
69													
70	MAYO	35	1,1	12	23	35	0	0	0	28	7	35	
71													
72	JUNIO	36	1,2	14	22	36	1	0	0	31	5	36	
73													
74	JULIO	25	0,8	12	13	25	0	1	0	22	3	25	
75													
76	AGOSTO	32	1,0	13	19	32	0	0	0	28	4	32	
77													
78	SEPTIEMBRE	23	0,8	12	11	23	0	0	0	19	4	23	
79													
80	OCTUBRE	33	1,1	18	15	33	0	0	0	29	4	33	
81													
82	NOVIEMBRE	29	1,0	17	12	29	0	0	0	28	1	29	
83													
84	DICIEMBRE	26	0,8	13	13	26	0	0	0	26	0	26	
85													
86													

## Anexo IV Entrevistas

### Entrevista a la Dra. Cristina Lustemberg

El día 8 de marzo de 2019, se llevó a cabo una entrevista presencial previamente consensuada con la médica pediatra y política uruguaya, integrante del frente amplio Cristina Lustemberg.

Con respecto a la temática principal del trabajo de investigación en desarrollo “Síndrome de la muerte súbita en el lactante” la doctora en Medicina Pediátrica refiere de gran importancia y el cual es sumamente importante para trabajar en nuestro país. Hace referencia que desde el año 2000 se dedica a estudiar las causas de mortalidad infantil, trabajando políticas públicas. En los últimos años ha estudiado acerca de la incidencia, cuáles son sus causas y que hay que hacer para la prevención. Actualmente el índice de mortalidad infantil va disminuyendo en el Uruguay. Se a trabajo mucho en la educación del núcleo familiar. El SMSL es muy pragmático de lo que pasamos de la posición prona a la posición supina; el colecho es algo que hay que trabajarla mucho aún, tiene suma incidencia cuando se suman otros factores como consumo de sustancias tóxicas.

El trabajo de investigación les permite evaluar desde todos los niveles de atención, evaluar desde la parte de la prevención, como inciden en el primer nivel de atención, todo lo que tiene que ver con el hábito de crianza.

En cuanto al programa Uruguay Crece contigo, cual es la finalidad, de quien depende y hasta dónde abarca. El programa Uruguay crece contigo se formó en 2012, comenzó en su principio con aproximadamente con ocho mil familias de extrema vulnerabilidad, de las cuales el 80% de las mujeres madres no habían concretado el ciclo de educación media básica, y un 57% vivían en situación de emergencia situacional, bajos recursos. En la mayoría de los casos se lograba detectar un alto porcentaje de depresión materna que en Uruguay no se detectaba fácilmente. Por lo que el programa Uruguay crece contigo lleva a cabo acciones socioeducativas trabajando con los núcleos familiares y fomentando las buenas prácticas en las mismas, con el fin de mejorar la calidad de vida y fortalecer el desarrollo infantil.

Actualmente el programa Uruguay crece contigo entrega set de bienvenida a todos los recién nacidos, tanto en el sector público como en el sector privado. En dicho set presenta libros de contenidos didáctico y lúdico, además de contener información acerca de los cuidados de los primeros años de vida. Quizá se podría cambiar los tiempos de entrega del set o crear 2 tiempos, donde el primer tiempo sea durante la gestación, ya que es cuando las mujeres tienen mayor tiempo e interés en informarse acerca de la temática.

Como pediatra, cuales son los factores de riesgo más difíciles de erradicar en cuanto al síndrome de la muerte súbita del lactante. De los factores de riesgo más difíciles de erradicar, la doctora expresa que hay acumulación de factores de riesgo, y hay que apropiarse los cuidados acordes a la situación de cada familia y su vulnerabilidad. Desde el punto de vista de Cristina la posición del descanso del recién nacido es una de las más difíciles de erradicar, actualmente está la puericultura; también se puede destacar el hábito de fumar, aunque este último va disminuyendo.

En cuanto a la mortalidad infantil la doctora refiere que, en el 2011 por primera vez bajo la tasa de mortalidad infantil post-neonatal, y que esta tiene que ver con las determinantes y con las causas infecciosas. Desde dicho año Uruguay tiene un patrón de mortalidad infantil parecido a la de los países más desarrollados, debido a las malformaciones y las causa vinculadas a la prematuridad en donde estas tienen más relevancias e incidencia en la mortalidad infantil. Hace referencia que, en el año 2017, de las 266 muertes infantiles que hubo, el 48% de las mismas eran evitables, y que para llegar a esto se estudió cada uno de los casos, obteniendo este resultado.

Hay mucha falta de formación en el personal de la salud, manifiesta la doctora; hay que fortalecer el trabajo con las familias, hay estrategias en el Uruguay para tales, como plana aduana.

Para finalizar la entrevista la doctora nos deja una reflexión, en donde refiere que no hay inversión que puede hacer un país, que en la que se trabaje en mejorar todas las potencialidades que pueden tener el familiar para la crianza de sus niños. Antes que nada, una concepción de derecho en la salud sexual y reproductiva, en Uruguay en eso hemos avanzado. Y el derecho a criar que puede tener una concepción más tradicional, tiene que ver mucho como los países nórdicos encararon el derecho a no tener hijos, enmarcado en una concepción del derecho de salud sexual y reproductiva; pero cuando uno decide tener hijos el estado tiene que tener una corresponsabilidad de apoyar a las familias en todo lo que tiene que ver con la crianza.

#### Entrevista a la Auxiliar de Enfermería del Hospital Policial Araceli Pastorin

El día 3 de febrero de 2020, en el servicio de alojamiento madre-hijo del Hospital Policial; se lleva a cabo una entrevista presencial con la Aux. enfermería Araceli Pastorin (con treinta años de experiencia en el sector materno-infantil) la cual es funcionaria de dicho sector. La entrevista se lleva a cabo con previa autorización de la funcionaria entrevistada. En cuanto a la información brindada en el servicio por enfermería, vinculada al tema central de la investigación, refiere que usualmente existen mitos y costumbres que influyen al momento en los cuidados del RN en el hogar, por lo que se hace hincapié en buenas prácticas para un sueño seguro. Entre los factores de riesgo más observados durante la hospitalización señala: abrigo en exceso, y la ropa de cama dispuesta inadecuadamente con el riesgo de asfixia. Y entre los factores protectores: la disposición a adquirir nueva información, destacando la constancia de parte de enfermería en cuanto a la educación del cuidado del RN para la familia. Además, en el servicio existe cartelería informativa, por ejemplo, en las cunas que hay información acerca de las recomendaciones para un sueño seguro, y sugiere que debería haber instancias de educación a la familia incluyendo la visita domiciliaria. Si bien hay instancias de capacitación para los funcionarios dentro de la Institución acerca de los cuidados del RN, lactancia materna, no específicamente sobre la muerte súbita.

#### Entrevista al Dr. Leonardo Macías

El día 5 de febrero de 2020, se lleva a cabo una entrevista presencial previamente consensuada con el Dr. Leonardo Macías, director del servicio de Neonatología del Hospital Policial desde el año 2015.

En cuanto a educación acerca de la gestación, la preparación para el parto y los cuidados del recién nacido, el hospital policial brinda a la mujer embarazada las clases de parto, organizadas por el equipo de parteras. Dichas clases se brindan mediante la derivación de la consulta obstétrica. El Dr. Macías plantea la posibilidad de que los neonatólogos formen parte del equipo junto a las parteras y otros profesionales, con el fin de realizar las instancias de educación pre parto planificando los contenidos dependiendo de la etapa de la gestación que esté cursando la usuaria y que cada profesional tenga el lugar para tratar los temas que le corresponda.

Actualmente los temas referidos a los cuidados del recién nacido y la promoción de salud, incluyendo la prevención del SMSL, son abordadas por los neonatólogos durante la internación y al momento del alta.

Previo al parto refiere que no existe una instancia de comunicación entre ginecólogo-obstetra y neonatólogos. El equipo de obstetricia avisa al neonatólogo que realizará la recepción del RN que ingresa una usuaria en trabajo de parto, éste se comunica directamente con la usuaria y consulta en la historia clínica para conocer los antecedentes.

En cuanto a las medidas de prevención del SMSL el equipo de salud del hospital policial realiza las recomendaciones para un sueño seguro como por ejemplo la posición supina para dormir, mantener las cunas sin objetos, el colchón de las mismas son rígidos y se recomienda que en el hogar también lo sean, la ropa de cama debe ir por debajo de la línea mamilar, cohabitación hasta los 3 o 6 meses de vida, evitar el consumo de drogas y el hábito de fumar, el uso del chupete que si bien existe controversia porque interfiere con la lactancia se recomienda para prevenir el SMSL.; así como también se promueve la alimentación a pecho directo exclusivo. También se trata de promover el contacto piel a piel, de forma segura, advirtiendo el riesgo que significa si la madre o el cuidador principal se duerme. Otra de las advertencias que el Dr. Macías refiere es el uso de los colchones o pañales de apneas, que consisten en dispositivos que censan la respiración del RN y advierten episodios de apneas, si bien es un buen recurso señala que los mismos pueden generar falsa sensación de seguridad para la familia, de modo que si el mecanismo falla puede generar un riesgo.

Al momento del alta, se realiza el resumen y el RN sano o de bajo riesgo se va con la primera consulta coordinada, que, a diferencia con el RN de riesgo, la misma será directamente con pediatría y no con neonatología. Los RN de riesgo son atendidos en la policlínica de neonatología (para el SMSL los RN pretérmino son un grupo de riesgo), dicha policlínica es dirigida por la Dra. Paula Gómez y funciona una vez por semana ya que el promedio de nacimientos del hospital policial es bajo y no todos esos RN se atenderán en la institución debido a que hay un porcentaje de nacimientos que vienen derivados del Pereira Rossell y hay otro porcentaje de RN que nacen en la institución porque las madres son hijas de funcionarios policiales pero los RN al ser nietos no les corresponde.

Actualmente, junto con la Lic. en Enf. Luciana Piccardo la supervisora del área neonatal, se propuso implementar un plan de alta para todos los RN en donde se incluirá la educación para prevenir el SMSL.

Al ser una población tan pequeña, el Dr. Macías refiere no haber conocido casos de SMSL en dicha institución. En cambio, en el Pereira Rossell (otra institución en donde el Doctor desempeña sus funciones) ha conocido casos de SMSL, y se realiza un seguimiento de

dichos casos, llevados a cabo y analizados por el comité de mortalidad en el cual el Dr. Macías participa.

Muchos de los casos que se han registrado son por asfixia, los cuales no entran en el SMSL, por ello también se educa sobre la prevención de asfixia.

#### Entrevista a la Licenciada en enfermería Luciana Piccardo

El día 12 de febrero de 2020, se lleva a cabo una entrevista presencial previamente consensuada con la Lic. en enfermería Luciana Piccardo, supervisora del área neonatal del hospital policial. Dicha área comprende el área del paciente crítico (CTI neonatal) y el RN sano (nursery y alojamiento madre e hijo). Actualmente está en marcha una propuesta de reforma edilicia y de atención en el sector del área neonatal. Dicha reforma consiste en anexar dos salas de parto y un block para cesáreas, de manera que los nacimientos se reciban en el 3er piso y no en el block quirúrgico general como se ha hecho hasta el momento. Luego de la reforma el perfil del cargo de la Licenciada será gestionar los recursos humanos que participarán en el momento del nacimiento y la atención del RN sano y crítico (comprende salas de nacer, block de cesáreas, nursery, salas de alojamiento madre e hijo y CTI neonatal).

En cuanto a la información brindada en el servicio vinculada al tema central del trabajo de investigación, describe cuáles son los lineamientos que sigue el servicio para promover la prevención del SMSL. Los mismos se basan en las recomendaciones del MSP vinculadas a las buenas prácticas y la orientación a la familia en cuanto a los cuidados del RN y la promoción de salud.

Durante la gestación, las usuarias cuentan con clases de parto, talleres liderados por un equipo de parteras orientados a la preparación para el parto. Además, luego de las 25 semanas de gestación, se les entrega a las usuarias un kit de bienvenida al bebé que cuenta con material de lectura acompañando el proceso de la maternidad desde la gestación hasta los primeros meses de vida. Durante la etapa de internación, el equipo de salud (enfermería, neonatólogos y residentes) pasan visita en cada turno y se encargan de brindar información, orientar y reforzar los cuidados del RN, generando un feedback entre la familia y el personal de salud. El servicio cuenta con material informativo a la vista, por ejemplo, las cunas vienen con un cartel adhesivo con información para el sueño seguro.

Previo al alta se realiza un plan de alta verbal (se propuso implementar un plan de alta escrito) en donde se verifica que la información que fue brindada a la familia orientada a los cuidados del RN haya sido clara y si es necesario se reforzarán aquellos conceptos que sean necesarios.

La Licenciada refiere que generalmente la familia recibe la información con buena disposición, pero en ocasiones lo que sucede es que, durante el puerperio, por los cambios que significa dicha etapa, las usuarias no se encuentran en el momento ideal de afianzar nuevos conceptos, por lo que se plantea que dichos conceptos se transmitan en la etapa de gestación en las clases de preparto.

En cuanto al contenido, se recomienda la posición supina para dormir, la ropa de cama adecuada y por debajo de las axilas, ropa de abrigo adecuada, evitar fumar dentro y fuera de la casa, la alimentación con pecho directo exclusivo y en cuanto al colecho se recomienda que, si lo van a practicar, hacerlo de forma segura, colocando la cuna pegada a la cama de los padres.

Dentro de las propuestas planteadas se trata de incorporar a las clases de pre parto más integrantes del equipo de salud además de las parteras (neonatólogos, el equipo de enfermería neonatal, nutricionista, odontólogo, etc.) planificando el contenido de manera que cada profesional se ocupe de la temática que le compete, a diferencia de ahora que se ajusta el contenido dependiendo de las semanas de gestación de cada usuaria.

Otra de las propuestas se trata de realizar un seguimiento telefónico de todos los RN antes del 1er control.