



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

TITULO: **SMSL: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE LAS RECOMENDACIONES ACTUALES.**
SIDS: EVALUATION OF MATERNAL KNOWLEDGE LEVEL ABOUT CURRENT RECOMENDATIONS.

ALUMNO: Marta Díez González

TUTOR: Zaida Rodríguez Puente

León, junio de 2020

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	3
1.1. ABSTRACT	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL SMSL	5
2.2. DESARROLLO DEL SMSL EN ESPAÑA.....	6
2.3. PRINCIPALES HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS DEL SMSL.....	7
2.4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO:	9
2.5. OBJETIVOS	16
3. MATERIAL Y MÉTODOS	16
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSIÓN.....	21
6. CONCLUSIONES	24
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS	31
ANEXO I: TABLA DE BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SMSL.....	35
ANEXO III: CERTIFICADO CEIC.....	39

1. RESUMEN

Introducción: el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define como el fallecimiento fortuito de un menor de un año de edad cuya etiología se mantendrá injustificada tras una minuciosa investigación del caso. Ninguna hipótesis etiológica propuesta hasta el momento explica todos los acontecimientos existentes; por ello, y por la estabilización de las tasas de prevalencia en los últimos años el planteamiento del síndrome se ha desplazado hacia la prevención, insistiendo en aquellos factores de riesgo susceptibles de modificación, por ejemplo, la postura al dormir y fomentando los factores protectores, por ejemplo, la lactancia materna.

Objetivo general: valorar el nivel de conocimientos sobre el SMSL en madres residentes en León con hijos de edad comprendida entre 0 a 1 año.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal realizado en 49 madres a través del desarrollo de un cuestionario con preguntas relacionadas con los factores de riesgo y protectores del SMSL en el Hospital universitario de León, una guardería de León y de forma online desde enero hasta abril de 2020.

Resultados y discusión: el 26,5% de la muestra no había recibido instrucciones previas sobre el SMSL y el 30,6% de los bebés descansaba en una postura no recomendada. Destaca la identificación del consumo de alcohol y drogas durante y después de la gestación (83,7% de las madres) y del consumo de tabaco (75,5%) como factores de riesgo, siendo el factor de compartir cama considerado como tal por solo una minoría de la muestra (24,5%). Como medidas preventivas destaca la elección de una superficie firme (93,9%) y la postura decúbito supino (69,4%) para el descanso del bebé.

Conclusiones: algunas madres desconocían las recomendaciones o poseían instrucciones erróneas, por ello, resulta imprescindible continuar con el desarrollo de campañas informativas y preventivas sobre el SMSL de acuerdo a la investigación científica disponible.

1.1. ABSTRACT

Introduction: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) is defined as the accidental death of a child under one year of age whose etiology will remain unjustified after a thorough investigation of the case. No etiological theory proposed so far explains all the cases; therefore and due to the stabilization of prevalence rates in recent years, the focus of the syndrome has focused on prevention, insisting on modifiable risk factors, for example, the sleeping posture and promoting protective factors, for example, the breastfeeding.

General objective: to assess the level of knowledge about SIDS in mothers residing in León with children aged between 0 and 1 year.

Material and methods: cross-sectional descriptive study carried out in 49 mothers through the development of a questionnaire with questions related to the risk factors and protectors of SIDS in the University Hospital of León, a nursery school in León and online from January to April of 2020.

Results and discussion: 26.5% of the sample had not received previous instructions on SIDS and 30.6% of the babies rested in a position not recommended. The identification of alcohol and drug use during and after pregnancy (83.7% of mothers) and tobacco use (75.5%) stand out as risk factors. Bed sharing factor was considered a risk factor by only a minority of the sample (24,5%). As preventive measures, highlights the choice of a firm surface (93.9%) and the supine position (69.4%) for the baby rest.

Conclusions: some mothers were unaware of the recommendations or had erroneous instructions, therefore, it is essential to continue developing informative and preventive campaigns on SIDS according to the available scientific research.

2. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define como la defunción imprevista de un niño menor de un año de edad, aparentemente sano, cuya etiología específica se mantendrá injustificada tras una detallada investigación del caso, que comprende: autopsia, estudio y exploración de las circunstancias y lugar de fallecimiento y un registro exhaustivo de la historia clínica.^{1, 2, 3} En la mayoría de casos ocurre mientras el bebé duerme.^{4, 5}

Se establece como una de las principales causas de muerte en los países industrializados durante el primer año de vida, excluyendo las primeras cuatro semanas.^{1, 3, 5}

Los casos hallados durante el primer mes de vida a causa del SMSL serán mínimos, correspondiendo entre los dos y cuatro meses de edad el pico de máxima incidencia.^{6, 7} De esta manera, el 90% de los sucesos se producirán en los seis primeros meses de vida, rara vez tendrá lugar después de este espacio de tiempo y serán extraordinarios los casos presenciados después de un año de edad, surgiendo una tasa cero a los 3,5 años de edad.^{1, 4, 8}

Además, existe un predominio del sexo masculino sobre el femenino, por lo tanto, los niños tienen más posibilidades de fallecer equiparándolos con las niñas, en una proporción de 3:2 respectivamente. Asimismo, su incidencia se duplicará en los meses húmedos y fríos (otoño e invierno) con respecto a aquellos meses más secos y cálidos (primavera y verano).^{4, 5, 8}

A partir de la década de los noventa, la prevalencia del síndrome se aminoró significativamente gracias a las campañas de sensibilización y prevención desarrolladas. Sin embargo, hoy día, dichas tasas se han estabilizado, por ello, resulta trascendental investigar acerca de nuevos factores de riesgo e instruir con información reciente tanto a profesionales como a cuidadores.^{1, 7, 9}

2.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL SMSL

Resulta un problema contemplado en todos los niveles sociales y grupos étnicos, pero las tasas de mortalidad examinadas en estudios epidemiológicos varían ampliamente de un país a otro, siendo por ello, una cuestión universal y grave.^{1, 3, 10} A menor nivel socioeconómico y educacional mayor será el riesgo de sufrir SMSL. Unas condiciones sociales desfavorecidas traerán consigo

inconvenientes para el nacimiento y consecuencias negativas en lo que respecta a diversos factores biológicos y sociales e incluso se podría comentar una posible infradeclaración de casos en dichas poblaciones poco desarrolladas debido a la práctica de una autopsia incompleta.^{4, 11}

Generalmente, los países occidentales poseen una tasa intermedia (1 – 3 por cada 1000 niños nacidos con vida), mientras que la tasa de Países Bajos, Hong Kong, Japón y Suecia es baja (0,05 – 1 niños por cada 1000 nacidos con vida). Por otro lado, los países que presentan una tasa elevada (3 – 7 niños por cada 1000 nacidos con vida) son Australia, Nueva Zelanda e Irlanda del Norte.^{1, 11}

Centrándonos en España, los estudios epidemiológicos son escasos, existiendo posiblemente una infradeclaración e incluso infravaloración de la magnitud del problema. Los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran que en el año 2018 fallecieron un total de 39 lactantes por esta causa, divididos en 21 niños y 18 niñas.^{1, 12, 13}

2.2. DESARROLLO DEL SMSL EN ESPAÑA

La primera investigación en nuestro país se realizó en 1986. En ella, cinco hospitales pediátricos unificaron criterios para distinguir a aquellos lactantes que se encontraban en riesgo de sufrir el síndrome inscribiéndolos en un programa de monitorización domiciliaria cardiorrespiratoria. El estudio demostró el escaso conocimiento que se tenía hasta el momento sobre el problema, abriendo la curiosidad por ampliar su entendimiento.^{3, 5, 10} Fue en 1991 cuando la Asociación Española de Pediatría (AEP) fundó el Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante (GEPMSL) cuya actuación, junto a múltiples campañas de prevención como “Ponle a dormir boca arriba”, impulsada en octubre del 2000, incrementó el conocimiento sobre las recomendaciones en toda la población y disminuyó en más de la mitad su incidencia.

Resulta una situación desgarradora para la familia que lo sufre, por ello existen tres asociaciones de familias afectadas por el SMSL en España, pretendiendo constituir otras semejantes en todas las Sociedades Regionales de Pediatría para que sea posible establecer una Fundación Nacional destinada únicamente al síndrome con la responsabilidad de informar y aconsejar a familias afectadas

y fomentar la investigación, albergando la ilusión de conocer futuras víctimas y prevenir el suceso.^{5, 10, 12}

2.3. PRINCIPALES HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS DEL SMSL

Pese a todas las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento para revelar las causas por las que se produce, ninguna de las teorías propuestas ofrece una aclaración definitiva para explicar todos los casos. De esta manera, las principales hipótesis propuestas, aún injustificadas plenamente son:

- **Hipótesis de triple riesgo:** es la teoría etiológica más difundida para aclarar el síndrome.^{10, 14} En la década de los setenta (1972), en su hipótesis de contingencia múltiple, Wedgwood¹⁵ referencia por primera vez un modelo de triple riesgo. Veinte años más tarde, Filiano y Kinney¹⁶ revelaron los factores estresantes ambientales exógenos y propusieron que el síndrome podría impedirse a través de una detección precoz de la vulnerabilidad existente. Numerosos autores han modificado ligeramente la teoría, pero en todos ellos coexisten simultáneamente tres requisitos que deben estar siempre presentes para que el síndrome se produzca:^{10, 17, 18}

- 1) Lactante vulnerable: se trata de un riesgo intrínseco, ya sea una anomalía o un defecto subyacente, que convertirá al bebé en vulnerable.
- 2) Periodo crítico del desarrollo: los primeros doce meses concuerdan con una etapa de fragilidad que conlleva un gran desarrollo, crecimiento y fluctuaciones en relación al equilibrio fisiológico (sistema inmune, respiratorio y cardiovascular, termorregulación, entre otros).
- 3) Un factor de estrés que actúa como desencadenante en un lactante vulnerable y puede ser intrínseco (prematuridad) o extrínseco (practicar colecho). Dichos factores no desencadenan la muerte por sí solos, aunque en un bebé vulnerable pueden predisponer el evento letal.^{10, 13, 14}

Según discuten Guntheroth y Spires,¹⁹ este modelo no ha aumentado el entendimiento de la etiología del síndrome. No obstante, subraya su complejidad, destacando que es multifactorial, sin una causa determinada y exclusiva, correspondiéndose con una vulnerabilidad innata, todo un conjunto de factores de riesgo y una situación nociva que actuaría como desencadenante.^{6,}

^{14, 17}

- **Desorden del Sistema Nervioso Central:** se sugiere como causa del SMSL anomalías en las células nerviosas encargadas de fabricar y usar serotonina situadas en el bulbo raquídeo. Irregularidades relacionadas con este neurotransmisor o con su transportador podrían afectar a los mecanismos autonómicos respiratorios para despertar.^{10, 14} El gen más vinculado con el síndrome y en el cual se han descubierto ciertas desigualdades raciales, es el gen 5-HTT, encargado de codificar el transportador de la serotonina.^{8, 10, 18}

- **Canalopatías cardíacas:** se trata de errores cometidos por genes encargados de codificar los canales iónicos, lo cual se traducirá en la producción de graves patologías cardíacas. Principalmente implicados en el SMSL se encuentra el Síndrome de QT largo y el Síndrome de Brugada y, en menor medida, el Síndrome de QT corto y la taquicardia ventricular catecolaminérgica polimorfa.

- **Errores metabólicos:** de todas las anomalías descritas (problemas en el metabolismo de los hidratos de carbono, en la cadena respiratoria de las mitocondrias o en el ciclo de la urea, entre otros), la alteración de la β -oxidación de ácidos grasos (especialmente los de cadena media y, concretamente, el déficit de Acil- CoA deshidrogenasa de cadena media), será la metabolopatía más relacionada con el síndrome.^{8, 10, 18}

- **Exposición del bebé al tabaco,** tanto prenatal como postnatal. Se señala la conexión entre lactante vulnerable (portador de polimorfismo del gen FMO3 de la enzima encargada de metabolizar nicotina) y un entorno nocivo (exhibición al humo de tabaco).¹⁰ El consumo de tabaco durante la gestación se vincula con insuficiente respuesta para despertar y aumento del monóxido de carbono en la circulación placentaria, suponiendo un empobrecimiento del oxígeno disponible para las células del cuerpo, posible isquemia fetal y desarrollo de patologías respiratorias. Asimismo, dicho consumo incrementará el riesgo de parto pretérmino y conllevará consecuencias sobre la serotonina influyendo de manera negativa en la excitación, en la solución a eventos de hipoxia o hipercapnia y en la capacidad para regular la temperatura.^{4, 11, 18}

- **Enfermedades neurológicas:** se incluyen como posibles causas desde deformidades cerebrales, masas tumorales o hematomas diferidos por lesiones craneales hasta trastornos metabólicos, neuromusculares o la muerte súbita enlazada a epilepsia.^{10, 18}

- **Problemas asociados a la respiración:** según la teoría SIDS - CDF, se cree que en el SMSL contribuyen diversos factores, pero el fallo o rotura del diafragma sería la principal causa de muerte. Dichos factores, por ejemplo, temperatura excesivamente elevada, infección asociada o dormir en decúbito prono, incrementarían el esfuerzo del diafragma o reducirían su fuerza.^{10, 20}

- **Mutaciones cromosómicas:** concretamente en el cromosoma X.^{4, 15}

- **Infección y respuestas inmunes inapropiadas:** postulado por el patrón estacional del síndrome además de su vinculación con infecciones recientes de las vías aéreas superiores y/o gastrointestinales y por una inflamación anómala del tracto respiratorio y niveles elevados de citoquinas y anticuerpos revelados en diferentes autopsias.^{8, 10, 21}

2.4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO:

La explicación etiológica resulta compleja y aún desconocida de forma precisa, por ello, el planteamiento del SMSL se ha desplazado hacia la prevención y, como resulta imposible identificar un futuro caso, esta prevención estará enfocada a todos los bebés, comenzándose lo más tempranamente posible.^{4, 10, 22} Es fundamental mencionar que en más del 95% de los casos se han identificado al menos uno de los factores de riesgo conocidos y en general, modificables.^{1, 12} Según los estudios realizados hasta el momento, se plantean los siguientes factores:

1. FACTORES PROTECTORES DEL SMSL

1.1. LACTANCIA MATERNA:

Resulta un poderoso factor protector, sobre todo cuando se trata de lactancia materna exclusiva,^{4, 10, 23} por ello, la OMS, UNICEF y en concordancia la Asociación Americana de Pediatría (AAP) y la AEP aconsejan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y, a partir de esa fecha, introducir comida sólida manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más.^{1, 2, 11, 24}

Además de los numerosos beneficios que produce la leche materna, un estudio realizado por Brahm²⁵ demuestra una reducción del 36% del riesgo de SMSL debido a dicha alimentación, con correspondencia de la cantidad suministrada. Además, declara que si el 90% de la población de EEUU alimentara con lactancia materna exclusiva durante el primer medio año de vida se evitarían 900 fallecimientos anuales por dicho problema.

1.2. USO DE CHUPETE PARA DORMIR

Se ha demostrado el efecto protector frente al SMSL que conlleva el uso de chupete para dormir.^{1, 10, 23} La AAP lo recomienda cada vez que el bebé duerma durante los primeros doce meses de vida. Se computa la prevención de 1 muerte por cada 2733 lactantes, pero el mecanismo protector aún no está explicado.^{1, 4, 18} Deberá ofrecerse cuando la lactancia materna esté bien instaurada, sin ser empapado previamente en sustancias azucaradas, limpiándolo y cambiándolo asiduamente por otro nuevo. No se deberá sujetar en la ropa del bebé o peluches, ni forzar su uso y, en caso de que el lactante esté durmiendo y el chupete se caiga no se debe volver a introducir.

Se ha vinculado con un sueño menos profundo, aunque incrementa la permeabilidad de las vías respiratorias.^{1, 10, 12} Asimismo, se ha relacionado con casos aumentados de otitis media e infecciones gastrointestinales, así como con procesos de maloclusión dental, resueltos tras suprimir su uso.

En lo que respecta a la succión de dedo, puesto que la investigación realizada hasta el momento es insuficiente, no se confirma que sea factor protector.^{4, 18, 22}

1.3. CUIDADOS PRENATALES Y CONTROL DE LA GESTACIÓN:

Si se mantiene un embarazo controlado, captación temprana y asistencia a las visitas prenatales, el riesgo de SMSL para el bebé se verá reducido en comparación con aquellos bebés cuyas madres no han llevado un control adecuado.^{1, 4, 12, 18}

1.4. COMPARTIR HABITACIÓN

Se ha justificado que el lugar más seguro para que el bebé descanse, siempre en una superficie separada de la cama de los padres, se corresponde con la habitación de éstos, lo cual favorecerá la lactancia materna, permitirá el alivio y supervisión del bebé^{10, 18} y reducirá el riesgo de SMSL a la mitad.^{1, 4, 22} Por lo

tanto, se recomienda ubicarlo en dicha habitación durante los primeros seis meses, siendo aún mejor hacerlo hasta los doce meses de vida.¹⁸

1.5. VACUNAS

En la década de los setenta surgió cierta angustia por el vínculo de la vacuna DPT con el SMSL. Diversos estudios demostraron que no había ninguna relación, aunque otros, insinuaron un vínculo transitorio.^{4, 18, 26} En 2003 el Instituto de Medicina razonó, basándose en la evidencia científica disponible, la impugnación de tal asociación.²⁷ Actualmente, diversos ensayos sugieren que la inmunización evitaría casos de SMSL, a pesar de ello, la información existente es limitada. Por ende, el consejo vigente es que los bebés han de ser inmunizados cumpliendo el calendario vacunal correspondiente.^{1, 10, 18}

2. FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE SUFRIR SMSL:

2.1. POSICIÓN DECÚBITO PRONO PARA DORMIR

Se trata del factor modificable trascendental en el SMSL ya que, transcurridas diversas campañas de sensibilización insistentes en que la postura adecuada para el sueño del lactante era decúbito supino, las tasas de mortalidad del síndrome se redujeron en más del 50%.^{1, 2, 12} Hoy en día, la AAP y la AEP afirman que la posición supina es la más segura y la que deberá emplear todo cuidador en todas las horas de sueño del lactante hasta el año de edad.

La postura en decúbito prono en comparación con la posición supina, supondría entre 2,3 hasta 13,1 veces más riesgo para sufrir SMSL, pudiendo originar, además de sobrecalentamiento, hipercapnia e hipoxia, apneas obstructivas, sobre todo si el bebé descansa en una superficie no firme.^{1, 4, 18} En prono, los bebés tendrán aumentada la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno será menor en comparación con la posición supina²² y es posible que el lactante duerma más y se despierte menos veces durante el sueño. Exclusivamente por una orden médica concreta (por ejemplo, anormalidades anatómicas) se aconsejará la postura prona para el descanso del bebé. Si se admite mientras el niño está despierto y vigilado, aunque el tiempo preciso no está estipulado.^{1, 12, 18} La posición de lado tampoco está recomendada porque se considera insegura ya que muchos de los bebés acomodados lateralmente aparecen en posición

prona pasado un tiempo. Esta postura, en comparación con la posición supina, supondría un 6,57 veces más riesgo para sufrir SMSL.^{1, 10, 18}

En lo que respecta a la posición supina aclarar que, aunque se trate de un lactante con reflujo gastroesofágico no existe mayor incidencia de asfixia o aspiración.^{3, 4, 18} El problema descrito es la plagiocefalia postural y para ello, se aconsejará modificar repetidamente los puntos de apoyo de la cabeza sobre la cuna, aun así, suele solucionarse de forma natural sin influir en el desarrollo del bebé.^{1, 12} Los bebés prematuros también deberán colocarse en decúbito supino para las horas de sueño cuando sean estables a nivel clínico y como mínimo, tras el cumplimiento de la 32 semana de edad postmenstrual.^{9, 18}

Cuando el bebé comience a darse la vuelta (entre los 4-6 meses habitualmente) se le permitirá descansar en la postura que adopte.²⁸

2.2. EXPOSICIÓN AL TABACO

Resulta uno de los principales factores de riesgo modificables y significativos para el SMSL, incluido incluso como mecanismo causal.^{10, 18, 22} Se ha advertido de que los lactantes cuyas madres han consumido tabaco en el embarazo o durante la lactancia materna tienen entre dos y tres veces más riesgo de sufrir muerte súbita, apareciendo una relación directa a la cantidad consumida. También, se ha demostrado un riesgo incrementado, concretamente duplicado, para la exposición del bebé al humo de tabaco ambiental.

Se calcula la prevención de un tercio de los casos de SMSL si ninguna mujer consumiera tabaco durante la gestación. De esta manera, la AAP defiende la supresión de cualquier exhibición de un niño al tabaco, sea prenatal como en el entorno.^{1, 21, 29}

2.3. COMPARTIR CAMA

Existe un gran debate a la hora de vincular el colecho con el SMSL. No se puede afirmar que si los padres comparten cama con el bebé poseen un riesgo aumentado o, por el contrario, un beneficio, por ejemplo, el fomento de la lactancia materna o el refuerzo del nexo emocional padres-bebé.^{1, 18, 22} Determinados autores manifiestan que compartir cama con el lactante (y sobre todo otras superficies, como un sofá) aumenta el riesgo de SMSL,^{1, 21, 30} sin embargo, en otros estudios se afirma que, si no se dan otros factores de riesgo

agregados no existiría un riesgo significativo para sufrir el síndrome.^{11, 12, 31} En caso de que los padres se encuentren excesivamente cansados o consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos con efecto sedante, la práctica de colecho significaría claramente un riesgo aumentado y por ello, en dichos casos, estaría totalmente desaconsejado.^{2, 11} Hoy día, la Task Force de la AAP, el GEPMSL y el Comité de Lactancia Materna de la AEP defienden que un bebé puede ser alimentado o consolado en la cama de sus padres, pero cuando se trate de dormir debe ser trasladado a una cuna propia.^{1, 10, 18}

2.4. EXPOSICIÓN A ALCOHOL O DROGAS ILEGALES O DE ABUSO

El consumo de drogas, incluyendo el alcohol, tanto en la etapa previa como en el propio embarazo, significa un riesgo incrementado para el SMSL, aunque resulta muy complejo asignar el riesgo concreto correspondiente a cada una de las sustancias conocidas. Por ejemplo, para la cocaína en cuestión, el riesgo se multiplicaría por cuatro comparando una madre que la ha consumido durante la gestación con otra que no lo haya hecho.^{1, 2, 10}

2.5. SOBRECALENTAMIENTO

Un lactante no precisa un entorno más caliente que un adulto ni se le debe de tapar más,⁴ de esta manera, se sugiere no mantener al lactante en un ambiente desmesuradamente cálido (la temperatura aconsejada oscila entre 20 – 22°C) ni se le debe de abrigar en exceso y, sobre todo, no cubrirle la cabeza o cara al dormir.

Se permite ventilar la habitación, pero en cuanto al uso de ventiladores como táctica preventiva aún no existe información irrefutable para proponer o desaconsejar su utilización.^{1, 11, 18}

2.6. SUPERFICIE DE DESCANSO BLANDA

El riesgo por descansar en superficies blandas, se incrementaría en 5 veces, lo cual unido a la posición decúbito prono llegaría hasta 21 veces más.^{1, 10} Por ello, para aminorar dicho riesgo, los lactantes deben descansar sobre una superficie firme, que conserve su forma quedando correctamente encajada en la cuna y usando ropa de cama específica. Además, la AAP aconseja el uso de cunas nuevas o, si se va a utilizar una antigua, cerciorarse de que no esté dañada y cumple los estándares de seguridad actuales.^{3, 4, 18}

2.7. ACCESORIOS U OBJETOS EN LA CUNA

El riesgo de SMSL se verá aumentado hasta cinco veces cuando existen en la cuna almohadas, cojines, peluches y/o cables colgantes.^{1, 10, 28}

2.8. USO DE SILLAS DE COCHE / DISPOSITIVOS PARA DORMIR

Dispositivos para el coche, columpios, portabebés o cochecitos han sido relacionados con varios episodios de SMSL. Se desaconseja el uso repetido de estos dispositivos para que el bebé duerma en el hogar, aun así, presentan valiosos beneficios de seguridad resultando imprescindibles en ciertas ocasiones.^{1, 10, 18, 32}

2.9. PREMATURIDAD Y BAJO PESO AL NACER

A menor edad gestacional mayor será la probabilidad de sufrir SMSL y, lo mismo sucede con el peso al nacer, sobre todo si se trata de un peso inferior a 2,5 kilogramos.^{1, 10, 22} Nacer en el periodo comprendido entre las 33 y 36 semanas de gestación supone tener dos veces más riesgo de ser víctima del síndrome y nacer entre las semanas 24 y 32 de gestación supone un riesgo triplicado, confrontándolos ambos con los nacidos a término. Cabe destacar que no se explica por qué el parto pretérmino incrementa este riesgo, aunque sí se descarta que la apnea y otras enfermedades comunes en estos bebés sean un factor de riesgo.^{4, 9, 11}

2.10. EDAD MATERNA

En niños sanos nacidos a término, se ha constatado que, si la madre es menor de 15 años, el lactante posee un riesgo entre triplicado y cuadruplicado de sufrir SMSL en comparación con madres con un rango de edad de 23 a 29 años. Asimismo, un lactante cuya madre tiene una edad comprendida entre 20 y 22 años, tendrá 1,5 veces más riesgo.^{1, 4, 15}

2.11. COMPLICACIONES EN LA GESTACIÓN Y PARTO

El SMSL se ha visto relacionado con diversas complicaciones en el embarazo o parto como son, entre otras, problemas asociados con la placenta (desprendimiento, placenta previa y ruptura prematura de membranas), alteraciones hipertensivas (preeclampsia y eclampsia), crecimiento intrauterino retardado y otros trastornos como anemia durante la gestación.^{10, 12, 21}

2.12. GESTACIÓN MÚLTIPLE

Un embarazo gemelar posee un riesgo duplicado para sufrir SMSL en comparación con un nacimiento único. Además, dicho embarazo tiene mayor posibilidad de ser parto prematuro y de que los bebés presenten bajo peso al nacer, lo que quizás explicaría tal relación con el síndrome. Aun así, no está establecida la asociación con otros factores biológicos porque se han registrado más casos en gemelos de igual género.^{4, 10, 12}

2.13. ANTECEDENTE DE HERMANO VÍCTIMA DEL SMSL

Es un factor muy discutido para el que no hay un riesgo evidente. En este marco se oponen estudios que establecen la repetición del síndrome entre consanguíneos entre un 1-2%,⁴ contra otros autores que refieren que la repetición se multiplica por cinco en comparación con la población general. Si se trata de hermanos gemelos donde uno de ellos ha fallecido por esta causa, el riesgo estará aumentado para el otro bebé hasta en un 4% durante las primeras 24 horas pasada la primera muerte. Después de ese tiempo la probabilidad de muerte es equivalente que para los hermanos en general.^{1, 12}

2.14. ANTECEDENTE DE ALTE

Se entiende como ALTE aquel acontecimiento que sucede en niños con edad inferior a un año, repentino, violento y breve, aparentando un episodio de muerte inmediata y se caracteriza por al menos uno de los siguientes signos: parada respiratoria o respiración irregular, náuseas, modificación de color (blanquecino, enrojecimiento o cianosis) y variación acentuada del tono muscular.^{3, 18, 21} La AAP propuso sustituir el acrónimo ALTE por BRUE traducido al español como “eventos breves, resueltos e inexplicados”. Antiguamente se consideró el BRUE como antecedente del SMSL, sin embargo, dicha relación causal no está establecida.^{2, 4, 6, 35}

2.15. INFANTICIDIO Y MALTRATO INFANTIL

Aunque no existan motivos de sospecha, en sucesos reiterados o inciertos debe conservarse cierta alerta de maltrato infantil. Diversos análisis exponen que entre el 6 y 10% de los casos reportados de SMSL podría ocultarse un homicidio.⁴

Tras conocer las principales teorías etiológicas y factores de riesgo del SMSL se observa la importancia que tiene valorar el conocimiento que las familias poseen sobre los principales factores protectores, así como factores de riesgo, para prevenir en la medida de lo posible este tipo de muertes y poder determinar si es preciso aumentar la divulgación de las recomendaciones.

2.5. OBJETIVOS

General:

- ✓ Valorar el nivel de conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante en madres residentes en la provincia de León con hijos de edad comprendida entre 0 a 1 año.

Específicos:

- ✓ Conocer la posición más frecuente en la que duermen los bebés cuya madre ha completado el cuestionario.
- ✓ Estimar el número de madres que alimentan o han alimentado a su bebé con lactancia materna exclusiva.
- ✓ Conocer cuántas madres han recibido anteriormente instrucciones sobre el SMSL y en caso afirmativo, conocer dónde y quién ha proporcionado la información.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal:

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema, incluyendo artículos publicados en los últimos cinco años en revistas JCR 2019. (Anexo I) Para ello, se utilizaron diversos buscadores científicos: Pubmed, Scielo, Web of science, Dialnet y Wiley Online Library completándose la búsqueda bibliográfica con artículos procedentes de la Asociación Española de Pediatría, Previnfad, Instituto Nacional de Estadística, Asociación Americana de Pediatría, Organización Mundial de la Salud y Google Académico, siendo seleccionados los artículos desarrollados en inglés y en español. Las palabras

clave empleadas, en ambos idiomas, fueron: “SMSL”, “Síndrome de muerte súbita del lactante”, “factor de riesgo”, “prevención”, “tabaco”, “colecho”, “prematuro”, “ALTE”, “hipótesis de triple riesgo”, “lactancia materna”, “chupete”, “España” aplicando los descriptores en ciencias de la salud MeSH y DeCS.

En segundo lugar, se diseñó un cuestionario (Anexo II) basado en las directrices de la AAP 2016 y Previnfad que consiste en ocho preguntas, de las cuales cinco están relacionadas con los principales factores de riesgo y protectores del SMSL. Todas las preguntas fueron diseñadas con un formato de opción múltiple, cinco de ellas apoyadas en una escala Likert del 1 al 5.

Población y participantes: participaron en el estudio 49 madres que se encontraban en la planta de pediatría del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), llevaban a su hijo a la guardería seleccionada en la ciudad de León o de manera online mediante el uso de redes sociales entre enero de 2020 y abril de 2020. Se consideraron como criterios de inclusión: toda aquella mujer residente en León mayor de 18 años y menor de 50 años que tuviera un hijo cuyo rango de edad estuviera comprendido entre 0 y 1 año y, como criterios de exclusión: la existencia de barrera idiomática, no querer participar o no firmar el consentimiento informado.

Aspectos éticos: los participantes disponían de información escrita sobre el estudio y firmaron un consentimiento informado que se encontraba anexo al cuestionario o bien, junto a las indicaciones generales obtenían el enlace a la página web que proporcionaba libre acceso a la encuesta. El estudio se llevó a cabo según los principios básicos de la Declaración de Helsinki. La participación fue completamente voluntaria y los datos obtenidos fueron tratados con la mayor confidencialidad posible, respetando la ley de Protección de Datos de Carácter Personal. La recogida de datos se llevó a cabo por la investigadora principal y enfermeras del CAULE.

La investigadora principal presentó el estudio al Comité de ética del Complejo Asistencial Universitario de León, recibiendo su aprobación el día 17/12/2019. (Anexo III)

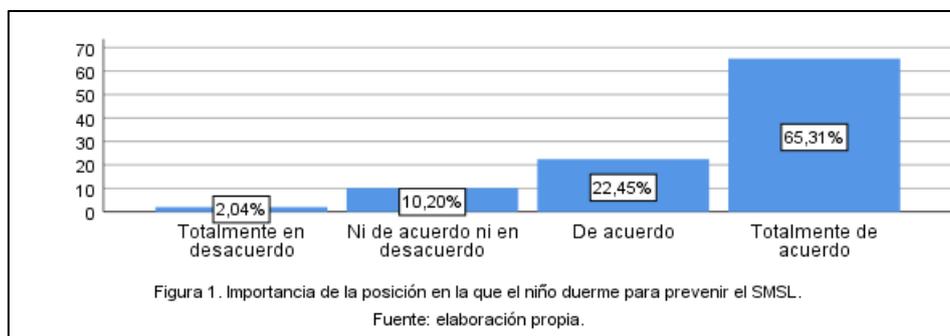
Estadística: para conocer los resultados se realizó un análisis descriptivo a través del cálculo de frecuencias y porcentajes mediante los programas Microsoft Excel e IBM SPSS Statistics versión 25 para Windows.

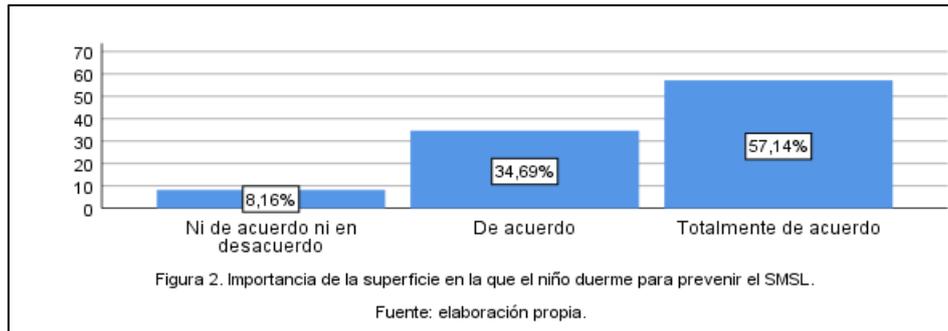
4. RESULTADOS

Se recibieron datos de un total de 49 díadas madre/bebé. El 100% de las encuestadas residían en León con una media de edad de 34,4 años al momento de completar la encuesta. Un 44,9% de madres tenía estudios universitarios, el 22,4% tenía una enseñanza profesional superior, el 14,3% había cursado bachillerato y el 18,4% de las madres tenía estudios secundarios.

En cuanto a los recién nacidos, no se hizo distinción de género, pero sí fue conocida su fecha de nacimiento para calcular la edad media, que se correspondía con 4,4 meses al momento de completar la encuesta. El 57,1% tenía hermanos mayores y el 42,9% era hijo único.

Una cantidad significativa de las encuestadas consideraron de gran importancia tanto la **posición** en la que duerme el lactante (Figura 1) como la **superficie** en la que descansa para prevenir el SMSL (Figura 2). De esta manera, el 69,4% de las madres reconoció la posición supina como la más habitual en la que duerme su hijo, el 26,5% la posición de lado, el 2% la posición prona y otro 2% indicó que no había una posición más prevalente y, con respecto a la superficie, el 93,9% de las madres manifestó que utilizaría una superficie firme para el descanso de su hijo como método de prevención frente a un 6,1% que utilizaría una superficie blanda.





En cuanto a la **alimentación**, el 63,3% de los bebés recibían o habían recibido lactancia materna exclusiva y el 44,9% de madres estaban totalmente de acuerdo con que la lactancia materna es un factor protector del SMSL, el 18,4% estaban de acuerdo, el 30,6% no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 6,1% estaban totalmente en desacuerdo con dicha creencia.

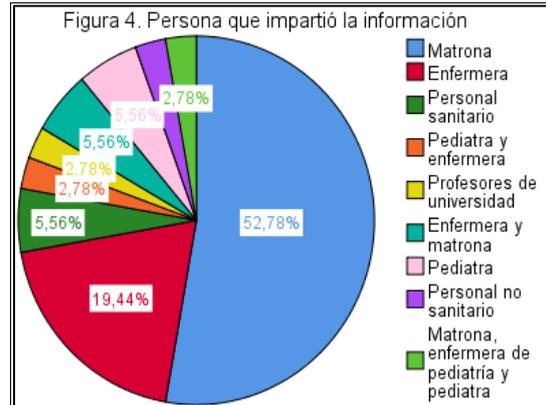
Como se puede observar en la tabla (Tabla 1), de manera general, las madres consideraban de alto riesgo para el SMSL el consumo de **alcohol y/o drogas** (83,7% de las madres) durante y después de la gestación y, en menor medida, el consumo de **tabaco** (75,5% de las madres), esto puede explicarse por una mayor aceptación del hábito tabáquico en nuestra sociedad en comparación con el consumo de drogas. Asimismo, se contempla que la mayoría de las madres consideraban factor de riesgo la existencia de **juguetes** en la cuna, **tapar** en exceso al niño para dormir y, con menos firmeza, no recibir un adecuado **control gestacional**. Solamente el 10,2% de las madres consideraba el uso del **chupete** durante el sueño como factor de riesgo, que en realidad resulta ser un factor protector. De igual forma, una minoría de madres consideraron que **compartir cama** con el bebé fuese un factor de riesgo, sí considerado como tal en este estudio en consonancia con la evidencia científica disponible. De tal manera, se señaló que el 6,1% de los bebés descansaban en una habitación individual, el 18,4% practicaban colecho y mayoritariamente (75,5%), el bebé dormía en su propia cuna ubicada en la habitación de los padres, siendo este último el lugar considerado el más seguro.

¿Aumenta el riesgo de SMSL?	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Existencia de juguetes y/u objetos en el interior de la cuna del bebe mientras duerme.	4 (8,2%)	5 (10,2%)	6 (12,2%)	12 (24,5%)	22 (44,9%)
No recibir cuidados adecuados durante el embarazo	5 (10,2%)	5 (10,2%)	13 (26,5%)	8 (16,3%)	18 (36,7%)
Consumir tabaco durante y después del embarazo	2 (4,1%)	3 (6,1%)	7 (14,3%)	7 (14,3%)	30 (61,2%)
Consumir alcohol y/o drogas durante y después del embarazo.	2 (4,1%)	3 (6,1%)	3 (6,1%)	5 (10,2%)	36 (73,5%)
Tapar demasiado al niño para dormir	4 (8,2%)	4 (8,2%)	8 (16,3%)	13 (26,5%)	20 (40,8%)
Uso de chupete durante el sueño	23 (46,9%)	12 (24,5%)	9 (18,4%)	3 (6,1%)	2 (4,1%)
Compartir cama con los padres	15 (30,6%)	12 (24,5%)	10 (20,4%)	5 (10,2%)	7 (14,3%)

Tabla 1. Grado de conformidad sobre el aumento de riesgo de SMSL que poseen diversas circunstancias.

Respecto a la creencia de que las **vacunas** protegen del SMSL, un 12,2% de las madres estaba totalmente de acuerdo con dicha consideración, un 14,3% estaba de acuerdo, un 49% no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 12,2% estaba en desacuerdo y un 12,2% estaba totalmente en desacuerdo.

El 73,5% de las encuestadas recibieron **recomendaciones previas** sobre el SMSL, correspondiéndose el centro de salud con el lugar que más madres referenciaron como ubicación donde recibieron dicha información (Figura 3), siendo transmitida fundamentalmente por matronas (Figura 4).



5. DISCUSIÓN

En la mayoría de la muestra prevalecía la **posición supina** para el descanso del niño. Se trata del factor modificable trascendental del SMSL y para el que más campañas de sensibilización se han llevado a cabo con unos resultados muy favorables, pero se trata de un problema multifactorial y por ello, se deben abarcar todos aquellos factores susceptibles de intervención, con apoyo y beneficio de los factores protectores conocidos.

En nuestro país, se han llevado a cabo diversos estudios sobre este problema: una antigua intervención aconsejando el decúbito supino para el descanso del bebé en Navarra durante los años 1992-1994 comprobó que, tras su desarrollo, los lactantes menores de un año que dormían en esta posición pasaron de ser del 5,6% al 46%. La variación de los bebés que descansaban en decúbito lateral fue del 3,5% al 9%, disminuyéndose de manera más notable aquellos que dormían en decúbito prono, del 86,5% al 38,3%.³⁴ En comparación, los resultados obtenidos en el estudio realizado en León son más adecuados, posiblemente por la gran diferencia temporal. Otro estudio efectuado en 2007 en Murcia mostró que el 77,1% de su muestra tenía riesgo de sufrir SMSL debido a factores de riesgo modificables, aunque solo el 2,3% de los recién nacidos dormía en decúbito prono, dando especial importancia a aquellos bebés acomodados en decúbito lateral para dormir (39,8%) y al de mujeres que habían fumado durante la gestación (25,7%).³⁵ En 2019 se desarrolló un estudio a nivel nacional obteniendo que el 51,4% de su muestra dormían en una postura no recomendada (35,2% en decúbito lateral y el 16,2% en prono), discutiendo que

solo el 6,4% de la muestra cumplían las cinco recomendaciones evaluadas (postura supina, lugar aconsejado, lactancia materna, uso de chupete y madre no fumadora), siendo también más deseable el resultado de la muestra de León en comparación con ambos estudios.² A pesar de ello, el porcentaje de bebés que descansan en una posición insegura computado en esta investigación es elevado (30,6%). Dicha circunstancia puede explicarse por el miedo que ocasiona el riesgo de aspiración o asfixia en caso de vómito si el bebé está en decúbito supino. De todos modos, la evidencia confirma que, aunque se trate de un lactante con reflujo gastroesofágico, no existe mayor incidencia de estos trastornos.^{3, 4, 9}

Puede ser que los progenitores desconozcan las advertencias o hablar de ello les cause desasosiego, muchas madres no participaron en el estudio expresando inquietud, inclinándose por ignorar el contenido, posiblemente por la ausencia de información que da lugar al desconocimiento de las recomendaciones y ocasiona miedo. También puede jugar un papel importante la influencia generada por conocidos, familiares e incluso personal sanitario con conocimientos obsoletos. De hecho, entre 2012 y 2013 se realizó en Cataluña una investigación en la cual solo el 57,6% de los pediatras encuestados admitía la posición supina como la más segura y, aunque generalmente evaluaron adecuadamente el impacto de cada factor (cada facultativo contestó de manera adecuada en torno al 75% de las opciones), excluyendo el de compartir habitación, donde mayoritariamente (56,2%) admitieron que no se correspondía ni con factor de riesgo ni protector, únicamente el 2,5% contestó todos los apartados adecuadamente. No obstante, el 93,7% se valoraba como suficientemente competente para asesorar sobre el SMSL.⁵

En cuanto a la **alimentación**, el 63,3% de bebés se alimentaban o habían sido alimentados con lactancia materna exclusiva. Muchas de las madres que estaban iniciando la lactancia materna apuntaron interés en mantenerla hasta los 6 meses (recomendación de la OMS). Pese a sus diversos y significativos beneficios, esta cifra recalca la necesidad de ayudar y apoyar a las madres para conservarla e instaurarla con pautas correctas.²⁴

En relación al **consumo de tabaco**, según el instituto de Salud Carlos III, el porcentaje de madres que fumaron durante la gestación en España durante el 2016 era del 20,4%, siendo superior el consumo en mujeres menores de treinta años. La incidencia de este problema se ha visto incrementada con el paso de los años, por ello, se puede justificar la obligación de los profesionales de desaconsejar el tabaco incluso antes de que comience el embarazo.^{4, 11, 18}

Analizando las preguntas apoyadas en la escala Likert para medir los **conocimientos** sobre el síndrome se obtiene una media de respuestas correctas del 68,6%. El 83,7% de las madres lograron el 50% o más de respuestas acertadas y únicamente dos madres (4,1%) contestaron todas las preguntas adecuadamente. Estos resultados, sumados a la observación de prácticas inseguras en la población estudiada, evidencian una carencia de conocimientos maternos sobre prevención del SMSL. Puede derivarse de que, inexplicablemente alrededor de una cuarta parte de la muestra no había recibido información o instrucciones previas sobre el síndrome, aunque se contempla la prevención de la muerte súbita infantil en los servicios de atención a la infancia dentro de la Cartera de servicios comunes de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. De las 15 madres que acomodaban a su hijo en una postura no recomendada, 7 de ellas sí había recibido información anterior. Lo mismo ocurre con la ubicación del niño para dormir, la suma de los bebés que descansan en una habitación individual o en la misma cama de sus padres asciende a 12, donde 9 madres de estos 12 niños habían recibido consejos previos.

Como **limitaciones** de esta investigación hay que indicar que la muestra de población puede no ser representativa de la provincia por ser solo una pequeña proporción del total de madres leonesas con hijos menores de 1 año y porque casi la mitad de las mujeres encuestadas habían cursado estudios universitarios, y, debido a que otros estudios han demostrado que a mayor nivel educativo mayor será el conocimiento sobre el SMSL,^{2, 36} este estudio sobreestima su representación. Además, el perfil de madres jóvenes está infrarrepresentado, pues únicamente ha completado el cuestionario una menor de 20 años.

6. CONCLUSIONES

1. Los conocimientos más consolidados que poseen las madres con respecto al SMSL son el consumo de alcohol, drogas y/o tabaco en la gestación y tras el parto como factores de riesgo, al contrario que ocurre para la práctica de compartir cama, puesto que solo una minoría lo ha considerado como factor de riesgo. Como medida preventiva destaca el empleo de una superficie firme para el descanso del bebé.
2. Más de la mitad de madres escogieron la posición supina para el descanso de su bebé, alimentaban o habían alimentado a su hijo con lactancia materna exclusiva y señalaban la ubicación de sueño más segura (cuna independiente situada en la habitación de los padres) aun así, el porcentaje restante de bebés que no se aprovechan de estos factores protectores es significativo.
3. El centro de salud es el lugar que más madres referenciaron como ubicación donde recibieron información sobre el síndrome, siendo transmitida fundamentalmente por matronas.
4. Siendo la educación para la salud una de las estrategias más significativas de enfermería y, en concordancia con los datos obtenidos en este estudio, se justifica la obligación de emprender excelentes campañas educativas con el propósito de concienciar a toda la población de la presencia de este problema en la sociedad, la probabilidad de que suceda y la posibilidad de intervención con medidas que no suponen ningún importe económico añadido, informando durante la gestación y en posteriores consultas pediátricas con indicaciones equivalentes por parte del conjunto de profesionales sanitarios implicados. Asimismo, para una posible prevención en el futuro, resulta fundamental insistir en la investigación de los mecanismos etiológicos y de los factores de riesgo, llevando a cabo los estudios epidemiológicos pertinentes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Ruiz-Cabello, FJ. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [Internet]. Actualizado enero de 2016. [consultado 2 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante#biblio>
2. Ruiz Botia I, Cassanello Peñarroya P, Díez izquierdo A, Martínez Sánchez JM, Balaguer Santamaria A. Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones? An. Pediatr. [Internet] 2019. [consultado 11 de enero de 2020]. 92(4):222-228 Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-muerte-subita-del-lactante-avance-S1695403319302516>
3. Martín Díaz MJ. Episodio aparentemente letal y muerte súbita. Pediatr Integral [Internet] 2019 [consultado 11 de enero de 2020]. XXIII (1): 37 – 45. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-01/episodio-aparentemente-letal-y-muerte-subita/>
4. Quirós González G, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. Muerte Súbita del Lactante. Med. leg. Costa Rica [Internet] 2016 [consultado 2 de diciembre de 2019] 33(1):44-56. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100044&lng=en
5. De Luca F, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Paediatricians' Practice About Sudden Infant Death Syndrome in Catalonia, Spain. *Matern Child Health J.* [Internet]. 2017 [consultado 2 de diciembre de 2019] 21(6):1267–1276. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5443848/#Abs1title>
6. De La Iglesia DH, De Paz JF, Villarrubia González G, Barriuso AL, Bajo J. A Context-Aware Indoor Air Quality System for Sudden Infant Death Syndrome Prevention. *Sensors.* [Internet]. 2018; [consultado 18 de diciembre de 2019]. 18(3). pii: E757. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29498653>
7. Lavista Ferres JM, Anderson TM, Johnston R, Ramirez JM and Mitchell EA. Distinct Populations of Sudden Unexpected Infant Death Based on Age.

- Pediatrics. [Internet]. 2020 [consultado 20 de febrero de 2020]. 145 (1) e20191637; Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/1/e20191637>
8. Mage DT, Latorre ML, Jenik AG and Donner EM. An Acute Respiratory Infection of a Physiologically Anemic Infant is a More Likely Cause of SIDS than Neurological Prematurity. *Front. Neurol.* [Internet]. 2016 [consultado 18 de diciembre de 2019]. 7:129. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2016.00129/full>
 9. Naugler MR, DiCarlo K. Barriers to and Interventions that Increase Nurses' and Parents' Compliance With Safe Sleep Recommendations for Preterm Infants. *Nursing for Women's Health* [Internet] 2018 [consultado 2 de diciembre de 2019]. 22 (1) 24 – 39. Disponible en: [https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(17\)30339-2/fulltext](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(17)30339-2/fulltext)
 10. Aguilera Tapia B, Alcalde Martín C, Álvarez Jiménez P, Arnau Vives MA, Bermejo Pérez M, Brezmes Raposo M, et al. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. 3ª ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2013.
 11. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern. Child Nutr* [Internet] 2018. [consultado 2 de diciembre de 2019]. 15 (1): e12652. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12652>
 12. Cinta Palomo IM, de los Reyes M, Rodríguez L, Márquez Carrasco AM. Muerte súbita del lactante. Prevención primaria. *Revista Enfermería Docente* [Internet] 2018 [consultado 11 de enero de 2020]. (110): 64-72 ISSN 2386-8678. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/110064ed>
 13. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad. Muerte súbita infantil. [consultado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-tabla>
 14. Goldstein RD, Blair PS, Sens MA, Shapiro-Mendoza CK, Krous HF, Rognum TO et al. Inconsistent classification of unexplained sudden deaths in infants and children hinders surveillance, prevention and research: recommendations

- from The 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death. *Forensic Sci Med Pathol.* [Internet] 2019 [consultado 20 de enero de 2020]. 15(4):622-628. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31502215>
15. Duncan JR, Byard RW. Sudden Infant Death Syndrome: An Overview. En: Duncan JR, Byard RW, editores. *SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future.* Adelaide (AU): University of Adelaide Press; 2018 [consultado 18 de enero de 2020]. Chapter 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513399/>
 16. Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model. *Biol Neonate.* [Internet] 1994 [consultado 18 de enero de 2020]. 65 (3-4): 194-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8038282>
 17. Spinelli J, Collins-Praino L, Van Den Heuvel C, Byard RW. Evolution and significance of the triple risk model in sudden infant death síndrome. *J. Paediatr. Child Health* [Internet] 2016 [consultado 25 de enero de 2020]. 53 (2) 112-115 Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpc.13429>
 18. Moon RY, Darnall RA, Feldman-Winter L, Goodstein MH, Hauck FR, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* [Internet] 2016 [consultado 11 de enero de 2020]. 138 (5) e20162940. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162940>
 19. G. Guntheroth W, MD, S. Spiers P, PhD. The Triple Risk Hypotheses in Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics* [Internet] 2002 [consultado 25 de enero de 2020]. 110 (5) e64 Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/110/5/e64.full.pdf>
 20. Siren PMA. SIDS–CDF Hypothesis Revisited: Cause vs. Contributing Factors. *Front. Neurol.* [Internet] 2017 [consultado 18 de diciembre de 2019]. 7:244. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2016.00244/full>

21. Latorre-Castro ML, Fernández-Deaza GP, Ucrós-Rodríguez S. Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución. Rev. Fac. Med. [Internet] 2014 [consultado 18 de diciembre de 2019] 62 (2): 247-254. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a11.pdf>
22. Konstat-Korzenny E, Cohen-Welch A, Fonseca-Portilla R, et Dan Morgenstern-Kaplan Sudden Unexpected Infant Death: Review and Analysis of Adherence to Recommendations. Cureus [Internet] 2019 [consultado 2 de diciembre de 2019]. 11(11): e6076. doi:10.7759/cureus.6076 Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/23945-sudden-unexpected-infant-death-review-and-analysis-of-adherence-to-recommendations>
23. Alm B, Wennergren G, Möllborg P, Lagercrantz H. Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome. Acta Pædiatr. [Internet] 2016 [consultado 20 de febrero de 2020]. 105 (1) :31–38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5049485/>
24. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet] 2020 [consultado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
25. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [consultado 20 de febrero de 2020]. 88 (1): 7-14. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es
26. Carvajal, A; CaroPaton, T; deDiego, IM; Arias, LHM; Requejo, AA; Lobato, A. La vacuna DTP y el síndrome de muerte súbita infantil. Metaanálisis. Med clin [Internet] 1996 [consultado 18 de enero de 2020]. 106 (17): 649-652. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66644/>
27. Müller-Nordhorn J, Hettler-Chen CM, Keil T, Muckelbauer R. Association between sudden infant death syndrome and diphtheria-tetanus-pertussis immunisation: an ecological study. BMC Pediatr. [Internet] 2015 [consultado 11 de enero de 2020]. 15:1 pmid:25626628 Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0318-7>

28. Colvin JD, Collie-Akers V, Schunn C, Moon RY. Sleep environment risks for younger and older infants. *Pediatrics*. [Internet] 2014 [consultado 18 de diciembre de 2019]. 134(2) e406-e412. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/134/2/e406.full>
29. M Anderson T, Lavista Ferres JM, You Ren S, Moon R, D.Goldstein R, Ramirez JM et al. Maternal Smoking Before and During Pregnancy and the Risk of Sudden Unexpected Infant Death. *Pediatrics* [Internet] 2019 [consultado 11 de enero de 2020]. 143(4):e20183325. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331662693_Maternal_Smoking_Before_and_During_Pregnancy_and_the_Risk_of_Sudden_Unexpected_Infant_Death
30. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open*. [Internet] 2013; [consultado 18 de diciembre de 2019]. 3(5):e002299 Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002299?ijkey=753321191b60dfe1b53496381cff3acf9a8ce4f8&keytype2=tf_ipsecsha
31. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One*. [Internet] 2014 [consultado 18 de diciembre de 2019]. 9(9):e107799 . Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169572/>
32. Batra EK, Midgett JD, Moon RY. Hazards associated with sitting and carrying devices for children two years and younger. *J Pediatr*. [Internet] 2015 [consultado 17 de enero de 2020]. 167(1):183–187. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347615003455>
33. Zafra Anta MA, Alonso de la Hoz J, Fernández Manso B, Nieto Gabucio N. Reciente modificación de la Academia Americana de Pediatría del concepto episodio aparentemente letal (ALTE) por el actual evento breve resuelto inexplicado (BRUE). Comentarios a propósito de una experiencia de cinco años en monitorización cardiorrespiratoria domiciliaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2017 [consultado 7 de febrero de 2020] 19 (73):23-28.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000100004&lng=es.

34. Olivera Olmedo, JE; Sánchez Valverde, F; Zabalza Pérez-Nievas, A; Berrade Zubiri, S; Olivera Urdiroz, A; Viguria Campistegui, D et al. Cambio de postura y disminución de la tasa de mortalidad por muerte súbita infantil en Navarra. An Esp Pediatr [Internet] 1996 [consultado 3 de marzo de 2020] 45 (2) 6-161 Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/bb6a/8b8f2d9c1d3510a602943f3817e818bd04cf.pdf>
35. Roldán-Chicano, MT; García-López, MM; Blanco-Soto, MV; Vera-Pérez, JA; García-Ros, JM; Cebrián-López, R. Prevalencia de factores de riesgo modificables en el diagnóstico de enfermedad: riesgo del síndrome de la muerte súbita del lactante. Enferm Clin. [Internet] 2009 [consultado 3 de marzo de 2020] 19 (3) 107-114. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-prevalencia-factores-riesgo-modificables-el-S1130862109000473>
36. Latorre-Castro M, Zambrano-Pérez C, Carrascal-Gordillo C. Síndrome infantil de muerte súbita: el riesgo que afrontan los lactantes en Bogotá, D.C., Colombia. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2016 [consultado 10 de marzo de 2020] 64(4):665-70. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00665.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: TABLA DE BIBLIOGRAFÍA

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	NIVEL DE EVIDENCIA	REVISTA	Q	FACTOR DE IMPACTO
Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones?	Irene Ruiz Botia, Pía Cassanello Peñarroya, Ana Díez Izquierdo, José M. Martínez Sánchez y Albert Balaguer Santamaria	2019	3	Anales de pediatría	Q3	0.23
Episodio aparentemente letal y muerte súbita	M.J. Martín Díaz	2019	1-	Pediatría Integral	Q3	0.18
Muerte Súbita del Lactante	Gabriela Quirós González, Mariela, Bolívar Porras y Natalia Solano Tenorio	2016	3	Medicina legal de costa rica		
Paediatricians' Practice About Sudden Infant Death Syndrome in Catalonia, Spain	Federico de Luca, Esperanza L. Gómez-Durán y Josep Arimany-Manso	2017	3	Matern and child health journal	Q1	1.17
A Context-Aware Indoor Air Quality System for Sudden Infant Death Syndrome Prevention.	Daniel H. De La Iglesia, Juan F. De Paz, Gabriel Villarrubia González, Alberto L. Barriuso y Javier Bajo	2018	3	Sensors	Q2	0.59
Distinct Populations of Sudden Unexpected Infant Death Based on Age	Juan M. Lavista Ferres, Tatiana M. Anderson, Richard Johnston, Jan-Marino Ramirez y Edwin A. Mitchell	2020	2++	Pediatrics	Q1	3
An Acute Respiratory Infection of a Physiologically Anemic Infant is a More Likely Cause of SIDS than Neurological Prematurity	David T.Mage, Maria Luisa Latorre, Alejandro G. Jenik y E. Maria Donner	2016	2++	Frontiers in neurology	Q2	1.19
Barriers to and Interventions that Increase Nurses' and Parents' Compliance With Safe Sleep Recommendations for Preterm Infants	Mary Rose Naugler y Kristine DiCarlo	2018	2++	Nursing for women's health	Q3	0.21

Sudden infant death and social justice: A syndemics approach	Melissa Bartick y Cecilia Tomori	2018	2++	Maternal and child nutrition	Q1	1.33
Muerte Súbita del lactante. Prevención primaria	Isabel María Cinta palomo, M ^a de los reyes Leo Rodríguez y Ángeles María Márquez Carrasco	2018	2+	Enfermería docente		
The inconsistent classification of unexplained sudden deaths in infants and 2children makes surveillance, prevention and investigation difficult: recommendations of the 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death	Richard D. Goldstein, Peter S. Blair, Mary Ann Sens, Carrie K. Shapiro Mendoza, Henry F. Krous, Torleiv O. Rognum, Rachel Y. Moon y Tercer congreso internacional de Muerte Súbita Infantil.	2019	4	Forensic Science, Medicine and Pathology	Q2	0.55
Evolution and significance of the triple risk model in sudden infant death síndrome	Jade Spinelli, Lyndsey Collins-Praino, Corinna Van Den Heuvel y Roger W Byard	2016	2+	Journal of Paediatrics and Child Health	Q2	0.67
SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment	Rachel Y. Moon y Task Force de la AAP.	2016	2++	Pediatrics	Q1	3
The triple risk hypotheses in sudden infant death síndrome	Guntheroth, WG y Spiers, PS	2002	2++	Paediatrics	Q1	3
SIDS–CDF Hypothesis Revisited: Cause vs. Contributing Factors	Pontus M. A. Siren	2017	2++	Frontiers in neurology	Q2	1.19
Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución	María Luisa Latorre-Castro, Ginna Paola Fernández-Deaza y Santiago Ucrós-Rodríguez	2014	2++	Revista de la Facultad de medicina	Q4	0.12
Sudden Unexpected Infant Death: Review and Analysis of Adherence to Recommendations	Enrique Konstat-Korzenny, Ariel Cohen-Welch, Rodrigo Fonseca-Portilla y Dan Morgenstern-Kaplan	2019	3	Cureus		
Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death síndrome	Bernt Alm, Göran Wennergren, Per Möllborg y Hugo Lagercrantz	2016	2++	Acta paediatrica	Q1	1.03

Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar	Paulina Brahm y Verónica Valdés	2017	1+	Revista chilena de pediatría	Q3	0.2
Association between sudden infant death syndrome and diphtheria-tetanus-pertussis immunisation: an ecological study	Jacqueline Müller-Nordhorn, Chih-Mei Hettler-Chen, Thomas Keil y Rebecca Muckelbauer	2015	2+	BMC Pediatrics	Q1	1.12
Sleep Environment Risks for Younger and Older Infants	Jeffrey D. Colvin, Vicki Collie-Akers, Christy Schunn y Rachel Y. Moon	2014	3	Pediatrics	Q1	3
Maternal Smoking Before and During Pregnancy and the Risk of Sudden Unexpected Infant Death	Tatiana M. Anderson, Juan M. Lavista Ferres, Shirley You Ren, Rachel Moon, Richard D. Goldstein, Jan-Marino Ramirez y Edwin A. Mitchell	2019	2+	Pediatrics	Q1	3
Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies	Robert Carpenter, Cliona McGarvey, Edwin A Mitchell, David M Tappin, Mechtild M Vennemann, Melanie Smuk y James R Carpenter	2013	2++	BMJ Open	Q1	1.32
Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK	Peter S. Blair, Peter Sidebotham, Anna Pease, y Peter J. Fleming	2014	2+	Plos one	Q1	1.1
Hazards Associated with Sitting and Carrying Devices for Children Two Years and Younger	Erich K.Batra, Jonathan D.Midgett y Rachel Y.Moon	2015	3	Journal of pediatrics	Q1	1.22
Reciente modificación de la Academia Americana de Pediatría del concepto episodio aparentemente letal (ALTE) por el actual evento breve resuelto inexplicado (BRUE). Comentarios a propósito de una experiencia de cinco años en monitorización cardiorrespiratoria domiciliaria	MA Zafra Anta, J Alonso de la Hoz, B Fernández Manso y N Nieto Gabucio	2017	3	Pediatría de atención primaria	Q4	0.11
Cambio de postura y disminución de la tasa de mortalidad por muerte súbita infantil en Navarra	J.E. Olivera Olmedo, F. Sánchez Valverde Visus, A Zabalza Pérez-Nievas, S Berrade Zubiri, A. Olivera Urdiroz, D. Viguria Campistegui y G. Guillén Grimá	1996	1-	Anales españoles de pediatría	Q3	0.23

Prevalencia de factores de riesgo modificables en el diagnóstico de enfermería: riesgo del síndrome de la muerte súbita del lactante	Ma. Teresa Roldán-Chicano, Ma. Mar García-López, Ma. Vicenta Blanco-Soto, J.A. José Antonio Vera-Pérez, Juana Ma. García-Ros y Raquel Cebrián-López	2009	3	Enfermería clínica	Q3	0.16
Síndrome infantil de muerte súbita: el riesgo que afrontan los lactantes en Bogotá, Colombia	María Luisa Latorre-Castro, Carolina Zambrano-Pérez y Carlos Fernando Carrascal-Gordillo	2016	3	Revista Facultad de medicina	Q4	0.12

ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SMSL

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: "SMSL: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE LAS RECOMENDACIONES"

Investigador principal: Marta Díez González

Servicio: Hospital Universitario de León

Tras diversos estudios siguen sin conocerse las causas del Síndrome de muerte súbita del lactante. Por tal incertidumbre, al ver que el número de casos se ha estancado y no conlleva una disminución y que se considera que en el 95% de los casos están involucrados dos o más factores de riesgo, el enfoque para este síndrome se desplaza hacia la prevención, resultando necesario prevenir aquellos factores de riesgo modificables asociados a la muerte súbita.

De esta manera, es preciso valorar el nivel de conocimientos maternos sobre el SMSL para poder integrar actividades de Educación Para la Salud, dirigidas a mujeres puérperas o gestantes, con el propósito de impedir nuevos casos.

Se solicita su participación en este estudio, que ha sido evaluado y aprobado por el Comité Ético de la Investigación con medicamentos de las Áreas de Salud de León y del Bierzo, ya que usted acude al Hospital seleccionado (Hospital Universitario de León).

El objetivo de este estudio es valorar el nivel de conocimientos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante en madres con hijos de 0 a 1 año de edad.

Para poder participar, deberá rellenar un cuestionario de recogida de datos. En ningún momento se utilizarán sus datos personales, ya que los datos se codificarán de forma numérica y en ningún caso se podrán relacionar, incluso ni por el propio investigador. Se le solicita permiso para utilizar con fines científicos los resultados obtenidos tras el cuestionario.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y en el caso de que decida no participar, esto no supondrá ningún perjuicio o cambio en la asistencia para usted.

Es posible que los resultados obtenidos en esta investigación tengan poco valor predictivo para usted, pero podrán ayudar a futuras madres.

Esta investigación está exenta de cualquier beneficio económico ni para el investigador ni para los participantes.

Es importante que comente con cualquiera de los investigadores de este proyecto los pormenores o dudas que surjan antes de firmar el consentimiento para su participación.

Todos sus datos, así como toda la información relacionada con sus resultados será tratada con absoluta confidencialidad por parte del equipo investigador. Tal y como contempla la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal del estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: SMSL: Evaluación del nivel de conocimientos maternos sobre las recomendaciones

Investigador principal: Marta Díez González

Servicio: Hospital Universitario de León

Yo, _____ he sido informado por Marta Díez González, investigador principal del citado proyecto de investigación, y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Con esto doy mi conformidad para participar en este estudio,

El DNI y la fecha deben ser escritos a mano por el voluntario, junto con la firma

DNI del paciente:

Fecha:

Firma:

Fecha:

Firma del investigador:

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado, con fecha _____

Firma _____

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE:

El siguiente cuestionario forma parte de la investigación explicada.

Algunas de las preguntas se valorarán del 1 al 5:

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

Por favor, indique su fecha de nacimiento	
Por favor, indique la fecha de nacimiento del recién nacido	
Por favor, indique la localidad en la que reside	
PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA
1. Por favor, indique su nivel de estudios	<p>Sin estudios Estudios primarios o equivalentes Enseñanza secundaria ESO Bachillerato Enseñanza profesional superior Estudios universitarios o equivalentes</p>
2. Orden de este hijo entre los hermanos. En caso de tener hermanos, ¿estos tienen algún antecedente de interés? Escríbalo.	<p>Es el mayor Es el intermedio Es el menor Es hijo único</p> <p>Antecedentes:</p>
3. Para prevenir el SMSL, ¿cree que es importante la posición en la que el niño duerme?: En su caso, ¿cuál es la posición más frecuente en la que duerme el niño en casa?	<p>• 1 – 2 – 3 – 4 – 5</p> <p>Boca arriba Boca abajo De lado</p>
4. Para prevenir el SMSL, ¿Cree que es importante la superficie en la que duerme el niño? Si su respuesta es de 4 o 5, es decir, considera importante la superficie en la que duerme el niño como método de prevención del síndrome, ¿qué tipo utilizarías?	<p>• 1 – 2 – 3 – 4 – 5</p> <p>Blanda Firme</p>

<p>5. ¿Cree que la lactancia materna previene del SMSL?</p> <p>En su caso, ¿ha alimentado a su bebé con lactancia materna exclusiva?</p> <p>¿Durante cuánto tiempo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 <p>SI / NO</p> <p>Tiempo:</p>
<p>6. ¿Considera que las siguientes circunstancias aumentan el riesgo de SMSL?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de juguetes y/u objetos dentro de la cuna del bebe mientras este duerme. • No recibir cuidados adecuados durante el embarazo. • Consumir tabaco durante y después del embarazo. • Consumir alcohol y/o drogas durante y después del embarazo. • Tapar demasiado al niño para dormir • Uso de chupete durante el sueño. • Compartir cama con los padres <p>En su caso, su hijo duerme:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • 1 – 2 – 3 – 4 – 5 <p>Habitación individual Compartida con hermanos. Compartida con los padres (en la misma cama) Compartida con los padres (en la cuna)</p>
<p>7. ¿Cree que las vacunas protegen del SMSL?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 2 – 3 – 4 – 5
<p>8. ¿Has recibido anteriormente informaciones e instrucciones sobre el Síndrome de muerte súbita del lactante?</p> <p>¿Dónde? ¿Hospital / Centro de salud / Guardería, ...?</p> <p>¿Qué profesional? ¿enfermera / médico / matrona / personal no sanitario (amigos, familia), ...?</p>	<p>SI / NO</p> <p>¿Dónde?</p> <p>¿Qué profesional?</p>

ANEXO III: CERTIFICADO CEIC



Complejo Asistencial
Universitario de León
C/ Altos de Nava, s/n - 24080 León
ceicleon@saludcastillayleon.es



Dr. Armando Pérez de Prado, Presidente del Comité Ético de la Investigación con medicamentos de las Áreas de Salud de León y del Bierzo,

CERTIFICA:

Que en la reunión del CEIm de fecha 17-12-2019 se evaluó el TFG: 19183.- Síndrome de muerte súbita del lactante: evaluación del nivel de conocimientos maternos sobre las recomendaciones actuales. Investigador Principal: Marta Díez González Alumna enfermería ULE; Tutor: Zaida Rodríguez Puente, Matrona Partos CAULE.

Que se acordó por unanimidad, al considerar correctos los aspectos metodológicos y éticos del estudio, la aprobación de dicho Proyecto.

Y para que conste se expide el presente Certificado en León, a diecisiete de diciembre de dos mil diecinueve.

Firmado digitalmente
por PEREZ DE PRADO
ARMANDO -
09757415X
Fecha: 2019.12.19
19:51:36 +01'00'

Fdo.- Dr. Armando Pérez de Prado
PRESIDENTE DEL CEIm de las Áreas de Salud de León y del Bierzo

