

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Spring 2019

La adherencia a las recomendaciones de sueño seguro por parte de las enfermeras en Unidades de Cuidado Intensiva Neonatal (UCIN) de hospitales públicos y privados en el Gran Buenos Aires / The adherence to safe sleep recommendations by nurses in Neonatal Intensive Care Units (NICUs) of public and private hospitals in Grand Buenos Aires

Joelle M. Schauer

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the Family Medicine Commons, Latin American Languages and Societies Commons, Latin American Studies Commons, Maternal and Child Health Commons, Maternal, Child Health and Neonatal Nursing Commons, Medical Education Commons, Nursing Midwifery Commons, Obstetrics and Gynecology Commons, Pediatric Nursing Commons, Pediatrics Commons, and the Social and Cultural Anthropology Commons

La adherencia a las recomendaciones de sueño seguro por parte de
las enfermeras en Unidades de Cuidado Intensiva Neonatal (UCIN)
de hospitales públicos y privados en el Gran Buenos Aires

The adherence to safe sleep recommendations by nurses in Neonatal Intensive Care Units
(NICUs) of public and private hospitals in Grand Buenos Aires

Joelle M. Schauer

Tutor: Norma E. Rossato, M.D.

Primavera, 2019

Gran Buenos Aires, Argentina

31 de mayo de 2019

School for International Training (SIT)

Argentina: Public Health in Urban Environments

Nota del autor

Joelle M. Schauer, Departamento de Salud pública, Universidad ISALUD.

Joelle M. Schauer está ahora en el Departamento de Biología, Universidad de Villanova.

Esta investigación fue posible gracias a la ayuda de Norma E. Rossato, M.D. y la
financiación del Presidential Scholars Program Professional Development Award de la
Universidad de Villanova.

Contacto: jschauer@villanova.edu

Resumen

El Síndrome de Muerte Súbita de Lactante (SMSL) es “la muerte de un niño menor de 1 año que ocurre, aparentemente, durante el sueño y no puede ser explicada luego de una investigación exhaustiva, que incluye una autopsia completa, la investigación de las circunstancias de la muerte y la revisión de la historia clínica” (Jenik et al., 2015, p. 2). La Academia Americana de Pediatría (AAP) tiene recomendaciones sobre las prácticas del sueño seguro que pueden disminuir el riesgo de SMSL y otras Muertes Súbitas Inesperadas Infantiles (MSII).

El objetivo de esta investigación es analizar la adherencia a estas recomendaciones por parte de las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de cuatro hospitales, dos públicos y dos privados, en el área del Gran Buenos Aires para los bebés listos para el alta—específicamente el conocimiento, la práctica y la enseñanza de la enfermera a los padres sobre el sueño seguro. La estrategia sigue un abordaje cualitativo y cuantitativo y tiene un alcance descriptivo. Los métodos incluyen 47 encuestas completadas por enfermeras, 9 entrevistas con padres de bebés listos para el alta, 13 observaciones de cunas de bebés listos para el alta y otras observaciones en las UCIN relacionadas con el sueño seguro. Todos estos se realizaron con consentimiento informado, de forma anónima y con confidencialidad. Los resultados fueron analizados en comparación con el marco teórico. Este documento está estructurado de la siguiente manera: introducción, metodología, desarrollo y conclusiones. El desarrollo incluye el marco teórico y los resultados y análisis de las encuestas, entrevistas y observaciones.

Los resultados incluyen que las enfermeras pueden identificar la mayoría de las recomendaciones de sueño correctas, pero grandes porcentajes de ellas tenían creencias incorrectas sobre el sueño seguro infantil. A veces, priorizan otros factores de atención durante el período pre-alta más que las recomendaciones de sueño seguro, especialmente para la comodidad y prácticas del bebé incluidas en el posicionamiento terapéutico, como los nidos de contención. La instrucción de la enfermera a los padres sobre el sueño seguro fue principalmente verbal e incluyó la recomendación de la posición supina con la mayor frecuencia. Los padres con hijos que estaban casi listos para el alta tenían una variedad de niveles de conocimiento sobre las recomendaciones de la AAP. Lo que habían aprendido en la UCIN hasta ahora era de las enfermeras y de escuchar las conversaciones de otros padres con el médico durante el alta. Mucha de la información sobre el sueño seguro el personal médico se guarda hasta este momento del alta.

Abstract

Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) is the “cause assigned to infant deaths that cannot be explained after a thorough case investigation, including a scene investigation, autopsy, and review of the clinical history” (American Academy of Pediatrics, 2016, p. 2). The American Academy of Pediatrics (AAP) has recommendations about safe sleep practices that can decrease the risk of SIDS and other Sudden Unexpected Infant Deaths (SUID).

The goal of this investigation is to analyze the adherence to these recommendation by the nurses in the Neonatal Intensive Care Units (NICU) of four hospitals, two public and two private, within the area of Grand Buenos Aires for babies ready to be discharged—specifically the nurse’s knowledge, practice, and teaching to parents concerning safe sleep. The strategy followed a qualitative and quantitative approach and with a descriptive scope. The methods include 47 surveys completed by nurses, 9 interviews with parents of babies ready for discharge, 13 observations of cribs of babies ready for discharge, and other observations in the NICUs related to safe sleep. These were all conducted with informed consent, anonymously, and with confidentiality. The results were analyzed in comparison with the theoretical framework. This paper is structured in the following manner: introduction, methodology, development, and conclusions. The development includes the theoretical framework and the results and analysis of the surveys, interviews, and observations.

This investigation found that while the nurses were mostly able to identify the correct sleep recommendations, large percentages of them had incorrect beliefs about certain aspects of safe infant sleep. Nurses were willing to prioritize other factors of care during the pre-discharge period over safe sleep recommendations, especially for infant comfort and practices included in therapeutic positioning such as containment nests. Nurse instruction to parents about safe sleep was primarily verbal and included the recommendation of the supine position with the most frequency. Parents whose children were almost ready for discharge had a wide range of knowledge about the AAP recommendations. What they had learned in the NICU so far was from the nurses and from overhearing the discharge conversations of other parents with the doctor. Much of the information about safe sleep is saved until this moment of discharge.

Índice

Resumen.....	2
Índice	4
Agradecimientos.....	5
Introducción.....	6
Tema	6
Preguntas.....	7
Objetivos.....	7
Presentación de trabajo.....	8
Metodología	8
Métodos de recolección de datos	9
Estrategia y métodos de análisis de datos	10
Consideraciones éticas.....	11
Problemas de acceso a la información	12
Reflexiones.....	12
Desarrollo	13
Marco teórico.....	13
La MSII, el SMSL y cómo disminuir los riesgos.....	13
En las UCIN.	15
La situación en Argentina.....	18
Los conceptos claves.....	24
Encuestas para las enfermeras.....	25
El conocimiento de las enfermeras.	25
La práctica clínica de las enfermeras.	32
La enseñanza a los padres por parte de las enfermeras.	40
Entrevistas	43
Pregunta 1: ¿Cuál crees que es la forma más segura de dormir para un bebé?.....	43
Pregunta 2: ¿Cómo colocas a tu bebé para dormir acá?	46
Pregunta 3: ¿Dónde aprendiste cómo debe dormir tu bebé?.....	48
Pregunta 4 ¿Su enfermera de UTIN le ha enseñado acerca de las recomendaciones de sueño seguro?	49
Observaciones.....	51
Observaciones sobre las cunas.....	51
Observaciones generales relacionadas al sueño seguro.....	52
Conclusiones.....	57
Las implicancias de esta investigación	58
Referencias.....	59
Anexo A.....	63
Anexo B.....	66
Anexo C.....	69

Agradecimientos

Este proyecto fue posible principalmente por la gran ayuda de la Dra. Norma E. Rossato. Su conocimiento experto del tema, sus sugerencias y sus conexiones con hospitales permitieron que este proyecto fuera factible. Muchas gracias.

También me gustaría agradecer al profesor Agustín Arispe por sus ediciones, sugerencias y por ayudar enormemente a mi español. Gracias a mis profesores Valeria Lliubaroff y Hernan Manzelli por su dirección. Muchas gracias a las enfermeras, médicos y pacientes que me recibieron y participaron. Gracias a mi familia por animarme y por su apoyo.

Esta investigación está dedicada en la memoria amorosa a:

Liam Diego Schauer (21/04/2006 - 18/10/2006)

La adherencia a las recomendaciones de sueño seguro por parte de las enfermeras en Unidades de Cuidado Intensiva Neonatal (UCIN) de hospitales públicos y privados en el Gran Buenos Aires

Introducción

Tema

Esta investigación se realizó dentro del campo de la salud pública, en la locación de Gran Buenos Aires, Argentina. El foco está en el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y las recomendaciones internacionales para reducir los riesgos de su ocurrencia. El SMSL se define como “la muerte de un niño menor de 1 año que ocurre, aparentemente, durante el sueño y no puede ser explicada luego de una investigación exhaustiva, que incluye una autopsia completa, la investigación de las circunstancias de la muerte y la revisión de la historia clínica” (Jenik et al., 2015, p. 2). La Academia Americana de Pediatría (AAP) (2016) tiene recomendaciones reconocidas internacionalmente para disminuir el riesgo de SMSL.

Según el modelo de triple riesgo de SMSL, un factor es el bebé vulnerable (Trachtenberg, Hass, Kinney & Krous, 2012, p. 631). Esta investigación se realizó en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), que tiene una relación específica con SMSL porque la mayoría de los bebés que están en la UCIN son vulnerables. Por eso, estos bebés pueden tener un mayor riesgo de SMSL. Además, las prácticas de posicionamiento terapéutico de la UCIN son contradictorias a las recomendaciones de la AAP (Gelfer, Cameron, Masters & Kennedy, 2013). La forma en que las enfermeras cuidan a los bebés y lo que enseñan a los padres puede determinar en gran parte, lo que los padres practicarán en el hogar (Gelfer et al., 2013).

El SMSL es “la cuarta causa de mortalidad post-neonatal en Argentina” (Rivarola, 2017). También, según una investigación de 2019, el riesgo de SMSL está aumentando en la

providencia de Buenos Aires (Chapur, Alfaro, Bronberg & Dipierri, 2019, p. 166). También “el tabaquismo, el embarazo adolescente, el bajo nivel socioeconómico o educativo materno” son algunos factores que aumentan el riesgo de SMSL, y estas poblaciones vulnerables existen en la provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Chapur et al., 2019, p. 169). Por lo tanto, SMSL es un tema importante para estudiar tanto en las UCIN como en la zona de Gran Buenos Aires.

Preguntas

Las preguntas de esta investigación son: ¿Qué saben las enfermeras acerca de las recomendaciones para un sueño seguro? ¿Cuáles son las prácticas de sueño de la enfermera para bebés listos para el alta? ¿Cómo se encuentran durmiendo en su cuna los bebés que están por ser dados de alta? ¿Qué les enseñan las enfermeras a los padres sobre cómo debe dormir su bebé?

Objetivos

El objetivo general es evaluar la adherencia a las recomendaciones de sueño seguro para las enfermeras de los sectores pre-altas de las UCIN en hospitales públicos y privados del Gran Buenos Aires en 2019.

Los objetivos específicos son:

- Recopilar datos sobre lo que las enfermeras de las UCIN saben acerca de los protocolos de sueño seguro.
- Recopilar datos sobre qué hacen realmente las enfermeras cuando ponen a dormir a los bebés pre-altas en las UCIN.
- Recopilar datos sobre qué les enseñan las enfermeras a los padres sobre cómo deben dormir sus hijos.
- Recopilar datos sobre cómo se encuentran durmiendo los bebés pre-alta.

Presentación de trabajo

Esta investigación se presentará explicando primero la metodología de obtención de información y luego analizando los datos. Después de esto, el desarrollo incluirá el marco teórico, seguido por los resultados y análisis de las encuestas, entrevistas, y observaciones que se realizaron para lograr los objetivos. Este ensayo terminará con conclusiones e implicancias.

Metodología

Este proyecto de investigación sigue un abordaje cualitativo y cuantitativo y tiene un alcance descriptivo. Como técnicas de recolección de datos se utilizarán el análisis documental, encuestas a enfermeras de las UCIN, entrevistas con padres de recién nacidos, y observaciones.

La estrategia de esa investigación fue hacer un análisis de los estudios actuales relativos a SMSL en el Gran Buenos Aires y las prácticas en las UCIN, dar encuestas a las enfermeras de cuatro UCIN públicas y privadas en Gran Buenos Aires sobre su conocimiento, su práctica y su enseñanza a los padres sobre sueño seguro, tener entrevistas con padres de hijos en los sectores pre-altas sobre su conocimiento, su práctica y cómo fueron instruidos sobre sueño seguro, hacer observaciones sobre la disposición de las cunas en los sectores pre-alta de las UCIN y hacer observaciones generales sobre los temas relacionados al sueño seguro en los hospitales.

Los métodos de esta investigación fueron guiados por las siguientes investigaciones de los Estados Unidos:

- “NICU Nurses’ Knowledge And Discharge Teaching Related To Infant Sleep Position And Risk Of Sids” [Conocimiento y enseñanza de alta de las enfermeras de la UCIN relacionada con la posición del sueño infantil y el riesgo de SMSL] por Aris, Stevens, LeMura, Lipke, McMullen, Côté-Arsenault, & Consenstein (2006).

- “ Implementation of the American Academy of Pediatrics Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome Risk in Neonatal Intensive Care Units” [Implementación de las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría para reducir el riesgo de el Síndrome de Muerte Súbita de Lactante en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales] por Grazel, Phalen & Polomano (2010).

Métodos de recolección de datos

La revisión de estudios previos sobre el tema incluye las recomendaciones internacionales para disminuir el riesgo de el SMSL y la MSII, las recomendaciones sobre el sueño infantil dentro de la UCIN, el papel de las enfermeras en esta situación y las investigaciones similares en otros países. Esta parte es para aprender lo que las enfermeras deben saber, lo que deben practicar y lo que deben enseñar a los padres. También se podría proporcionar recomendaciones para los hospitales cuando no se cumplan estos estándares.

Para recoger datos de los cuatro hospitales, cada UCIN fue visitada dos veces en el mismo día: durante el turno de enfermeras de la mañana y durante el turno de enfermeras de la tarde. Al hacer esto, se realizaron encuestas, entrevistas, y observaciones de más enfermeras, padres y cunas.

Las encuestas fueron completadas por las enfermeras del sector pre-alta de la UCIN sobre su conocimiento, su práctica y su enseñanza a los padres sobre el protocolo de sueño seguro. Gran parte del análisis será cualitativo, sin embargo, las respuestas a las preguntas se agruparán cuantitativamente por similitud para observar las tendencias en las tres categorías de conocimiento, práctica y enseñanza del sueño seguro. Se completaron 47 encuestas. Una copia de la encuesta dada está en el Anexo A.

Las entrevistas con padres de hijos en los sectores pre-altas fueron sobre lo que saben acerca de las recomendaciones de sueño seguro, lo que practican y cómo aprendieron estas cosas. Esto proporciona una visión de qué enseñan las enfermeras a los padres. Se realizaron 5 entrevistas con padres de bebés listos para el alta en la UCIN, y 4 entrevistas con padres de recién nacidos sanos para la comparación. Una copia de las preguntas y las hojas utilizadas para escribir notas de la entrevistadora están en el Anexo B.

Las observaciones sobre la disposición de las cunas en los sectores pre-alta de las UCIN fueron sobre cómo está durmiendo el bebé, qué hay en la cuna y otros factores relacionados con un sueño seguro. Estas observaciones fueron hechas solamente si el bebé estaba en la cuna y dormido. Las observaciones se aplican exclusivamente a los niños que no tienen: dificultad respiratoria, CPAP, cánula nasal, luminoterapia, vías centrales, síndrome de abstinencia neonatal ni una enfermedad que requiera posicionamiento terapéutico. Una copia de la hoja utilizada para registrar estas observaciones que se muestra en el Anexo C. Se realizaron observaciones de 13 cunas con bebés dormidos. Esto da una idea de cómo las enfermeras están practicando un sueño seguro o no.

También, se hicieron observaciones generales sobre los temas en los hospitales relacionados al sueño seguro. Estas observaciones se refieren principalmente a las prácticas del alta y los materiales educativos.

Estrategia y métodos de análisis de datos

Para analizar los datos, se utilizó una combinación de estrategias cuantitativas y cualitativas. Los resultados se analizaron en comparación con otros estudios e información conocida sobre SMSL y MSII. Se realizaron conexiones entre los diferentes métodos de recolección de datos. Las encuestas, entrevistas y observaciones fueron numeradas para

mantener las identidades como anónimas y confidenciales. Las entrevistas 1 y 8 tenían dos entrevistados, entonces las letras A y B se diferencian entre los dos.

Los resultados se expresaron en números y porcentajes en Excel. El tamaño de la muestra era demasiado pequeño para ser estadísticamente relevante, por lo que no se realizaron pruebas estadísticas. Se hicieron gráficas para mostrar los datos.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las respuestas relevantes fueron separadas, organizadas en categorías de pregunta y se analizaron buscando patrones.

Las observaciones fueron analizadas por comparación a las recomendaciones de sueño seguro y otras investigaciones.

Consideraciones éticas

Esta investigación no comprometió a ninguna población vulnerable. Todos los participantes son profesionales de la salud o padres de niños listos para ser dados de alta. No se interactuó con ningún niño, solo se observó la disposición de las cunas en las áreas de pre-alta que son de baja complejidad. Se recibió permiso de las UCIN antes de ingresar, observar, repartir encuestas y realizar entrevistas.

Todos los participantes dieron su consentimiento informado antes de la encuesta o entrevista. El consentimiento informado incluye que el/la participante recibió información de que la participación en las encuestas o entrevistas es de carácter voluntario, completamente anónimo y confidencial, que sólo la investigadora y su asesor tendrán acceso a la información. Las encuestas y entrevistas no le ocasionaron al participante riesgos ni beneficios.

La meta de esta investigación es analizar esas prácticas para tener recomendaciones para mejorar las prácticas sobre sueño seguro y disminuir el riesgo de SMSL y otros MSII en los hospitales y en los hogares. Este análisis de la situación proporciona una base para que futuros

investigadores pueden continuar, por ejemplo, implementando programas de capacitación a las enfermeras sobre el sueño seguro.

Problemas de acceso a la información

En general, a través del permiso y el consentimiento informado, la información no fue difícil de acceder. Dos problemas evidentes fueron la terminología incorrecta en las encuestas y la falta de un termómetro.

La última pregunta en las encuestas menciona un “saco de dormir” (el Anexo A). El término correcto es “bolsa de dormir”. Esto pudo haber causado confusión en los resultados.

Además, un objetivo era observar la temperatura de las UCIN. No se llevó un termómetro, por lo que estos resultados no son objetivos.

Reflexiones

Durante el tiempo en los hospitales, se aseguró mantener una presencia con un efecto mínimo en el personal médico y los pacientes. Sin embargo, es posible que las encuestas fueran demasiado largas. La duración de la encuesta puede haber causado frustración para las enfermeras durante su turno. Adicionalmente, la entrevistadora no estaba preparada para responder a los padres que estaban mal informados sobre cómo reducir los riesgos del SMSL y la MSII. Se revisaron las recomendaciones con los padres, pero debería haber material educativo impreso para dar a los padres, como una manera de la reciprocidad.

Desarrollo

Marco teórico

La MSII, el SMSL y cómo disminuir los riesgos. La Muerte Súbita Inesperada Infantil (MSII) es un término usado para describir cualquier muerte súbita e inesperada, ya sea explicada o no explicada, que ocurre durante la infancia (American Academy of Pediatrics, 2016, p. 1-2). Junto con otras muertes infantiles mal definidas, la MSII incluye el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), que es la causa asignada a muertes infantiles que no se puede explicar después de una investigación minuciosa del caso, incluida una investigación de la escena, una autopsia y una revisión de la historia clínica (American Academy of Pediatrics, 2016, p. 2). En Argentina entre los años 1991-2014, “la MSII representó el 7 % del total de muertes infantiles” (Chapur et al., 2019, p. 166). En 2012, “la primera causa de las defunciones domiciliarias [...] corresponde a las que están registradas en el grupo ‘Mal definidas y desconocidas’, que incluye el SMSL” (Jenik et al., 2019). Específicamente, el SMSL es “la cuarta causa de mortalidad post-neonatal en Argentina” (Rivarola, 2017).

El modelo de triple riesgo para el SMSL, desarrollado en 1994, demuestra la intersección de los tres factores de riesgo: el período crítico de desarrollo, el infante vulnerable y el estresor exógeno (Trachtenberg et al., 2012, p. 631). La versión del modelo de triple riesgo para el SMSL según las “Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante” de la Sociedad Argentina de Pediatría se encuentra en *Figura 1*. Para que ocurra el SMSL, los tres componentes del modelo de triple riesgo convergen: el niño tiene entre 0 y 12 meses de edad, tiene uno o más factores de riesgo intrínseco (como la restricción en el crecimiento intrauterino o causas genéticas que afectan a los neurotransmisores), y tienen uno o más factores de riesgo extrínseco. Esta investigación se centra en bebés en las Unidades de Cuidado Intensiva Neonatales (UCIN), por

lo tanto es muy relevante para el SMSL porque la mayoría de los bebés en las UCIN cumplen la categoría del infante vulnerable y por eso tiene un riesgo alto.

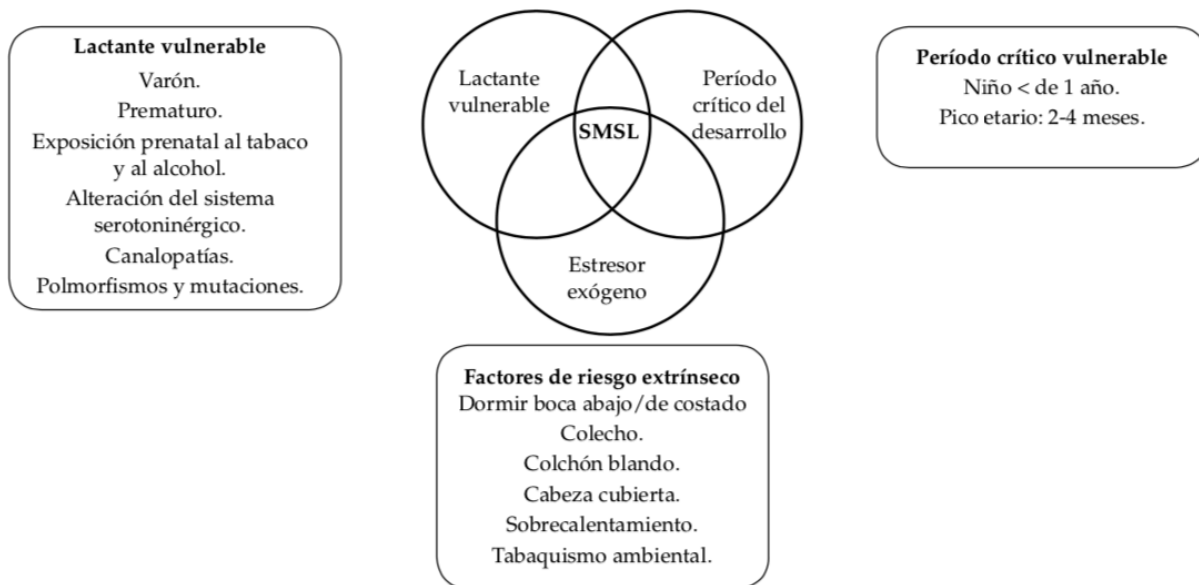


Figura 1. Hipótesis del triple riesgo. El modelo que explica la patogénesis de SMSL (Jenik et al., 2015, p. 2).

Hay recomendaciones reconocidas mundialmente sobre acciones de cuidado para disminuir el riesgo del SMSL y otras MSII. Durante el embarazo, las recomendaciones de disminución del riesgo se centran en prevenir el nacimiento de un bebé vulnerable a través de los controles y cuidado del embarazo para evitar la hipoxia crónica (National Institute of Child Health and Human Development, 2019). Después del nacimiento, los factores de riesgo extrínsecos son las variables sobre las que los cuidadores tienen mayor control, por lo tanto, la mayoría de los esfuerzos para disminuir riesgo se centran en estas. Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (2016) para un ambiente seguro para dormir incluyen poner el bebé en la posición boca arriba, usar una superficie firme para dormir, cohabitación sin colecho, usar del chupete después se ha establecido el amamantamiento, evitar la ropa de cama suelta, eliminar los objetos blandos en la cuna, evitar el sobrecalentamiento y evitar la exposición

al tabaco (p. 2). Las recomendaciones adicionales para la reducción del SMSL y otras MSII incluyen evitar el uso de alcohol y las drogas ilícitas durante y después del embarazo (para los cuidadores), el amamantamiento y la inmunización completa (AAP, p. 2).

En las UCIN. Como se dijo anteriormente, esta investigación es de mayor relevancia para el tema de SMSL porque la mayoría de los bebés de las UCIN son infantes vulnerables, parte del modelo de triple riesgo, por lo que tuvieron una complicación que requería que se quedaran en la UCIN. Los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de SMSL, y la asociación entre la posición de sueño prona y el SMSL entre los bebés con bajo peso al nacer y los bebés prematuros es igual o incluso más fuerte que la asociación entre los nacidos a término (AAP, 2016, p.3). Las UCIN son ambientes específicos al problema del SMSL y la MSII también por el posicionamiento terapéutico de UCIN y por el papel importante de las enfermeras en la instrucción de padres.

El posicionamiento terapéutico de la UCIN es la recomendación para el neurodesarrollo, para optimizar la mecánica respiratoria y por otras razones médicas (Gelfer et al., 2013). Esto incluye posiciones (boca abajo, de costado, inclinado con la cabeza elevada) y ayudas de posición (almohadas, rollos de manta, nidos de contención) (Gelfer et al., 2013, p. 1266). También, las enfermeras usan un paño o una manta para proteger los ojos del bebé, cubren la cabeza del bebé o cubren la cabecera de la cuna para reducir los estímulos ambientales ruidosos y, a veces, usan mantas, colchas o edredones adicionales para ayudar a la termorregulación cuando se destetan bebés de bajo peso al nacer desde incubadoras hasta cunas abiertas (Grazel, Phalen & Polomano, 2010, p. 334). Muchas de los componentes de posicionamiento terapéutico de la UCIN son contrarios a las recomendaciones de sueño seguro de la AAP. Por ejemplo, la AAP (2016) dice que la inclinación con la cabeza elevada es peligrosa porque elevar la cabeza de

la cuna puede hacer que el bebé se deslice hasta el pie de la cuna en una posición que pueda comprometer la respiración (p. 3). El posicionamiento terapéutico es aceptable en la UCIN porque los bebés están conectados a monitores y vigilados cuidadosamente. Sin embargo, esto podría proporcionar una falsa seguridad, especialmente porque la AAP (2016) dice que los monitores cardiorrespiratorios domésticos no pueden reducir el riesgo de SMSL y el monitoreo cardiorrespiratorio hospitalario de rutina antes del alta no puede detectar a los bebés con riesgo de SMSL (p. 7).

Según un algoritmo desarrollado por el equipo de Gelfer et al. (2013), un bebé está listo para el sueño seguro cuando tiene más de 1500 gramos, no tiene condiciones médicas (como lumenoterapia, línea intravenosa, vías centrales, síndrome de abstinencia neonatal, etc.), no tiene síntomas respiratorios (como taquipnea, retracciones, quejidos, dependencia del oxígeno, CPAP, cánula nasal, etc.) y está en una cuna abierta (p. 1267). Si un bebé no cumple con estos criterios, debe permanecer en posicionamiento terapéutico. Si el bebé no está listo para una cuna abierta, los objetos innecesarios deben ser eliminados (Gelfer et al., 2013, p. 1267).

Según la AAP (2016) los bebés prematuros deben colocarse en posición boca arriba para dormir tan pronto como sea posible, al igual que los bebés a término, y los padres de los bebés prematuros deben ser informados sobre la importancia de dormir en posición supina para disminuir el riesgo de SMSL. Los recién nacidos prematuros hospitalizados deben mantenerse predominantemente en posición boca arriba, al menos desde la edad de 32 semanas en adelante, para que se acostumbren a dormir en posición boca arriba antes del alta hospitalaria (p. 3). Debido a las diferencias entre el posicionamiento terapéutico de la UCIN y las recomendaciones de sueño seguro de la AAP, hay una barrera con la implementación de sueño seguro en las UCIN que se puede traducir a la práctica en casa también. Si las enfermeras practican posicionamiento

terapéutico por más tiempo del que es recomendado o no adaptan las practicas de sueño seguro antes del alta, podría haber una desconexión entre lo que se les dice a los padres sobre las recomendaciones de sueño seguro y lo que observan del personal de atención médica (Macklin, Gittelman, Denny, Southworth & Arnold, 2016, p. 2)

Esto nos lleva al papel importante de la enfermera de la UCIN en la práctica de sueño seguro. Los estudios han indicado que las enfermeras y otro personal médico desempeñan un papel fundamental en la educación de los padres: la forma en que los bebés se ubican en el hospital influye fuertemente en las prácticas de los padres en el hogar (Gelfer et al., 2013, p. 1265). Las prácticas de los padres con respecto a la posición de sueño del bebé están fuertemente influenciadas por su observación de la posición de sueño de su bebé en el hospital, la preferencia percibida del bebé y el consejo del profesional de atención médica (Aris et al., 2006, p. 282). Un estudio encontró que los padres que presenciaron que los cuidadores médicos ponían a sus bebés en posición boca arriba tenían más del doble de probabilidades de continuar esta práctica en casa. (Colson & Joslin, 2002). También, las enfermeras tienen un papel importante porque puede haber mucha más confianza entre los padres y las enfermeras. Con frecuencia, los bebés quedan en las UCIN por muchos meses con las enfermeras que están constantemente vigilandolos, por lo tanto los padres tienen confianza en que las enfermeras saben qué es mejor para el bebé, siempre con su mejor interés en mente, entonces los padres van a copiar a las enfermeras (Rossato, 2019).

Una de las recomendaciones de más alto nivel de la AAP (2016) es que los proveedores de atención médica, el personal de internación conjunta en las maternidades y las UCIN y los proveedores de atención infantil deben respaldar y modelar las recomendaciones de sueño seguro para la reducción de riesgos del SMSL desde el nacimiento—en las UCIN, tan pronto cómo el bebé esté médicamente estable y mucho antes de la fecha prevista del alta (p. 7). El personal de

la UCIN debe respaldar las pautas de sueño seguro con los padres de los bebés desde el momento de su admisión en la UCIN (p. 3). También, la AAP (2016) dice que todos los médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica deben recibir educación sobre el sueño infantil seguro y los hospitales deben garantizar que las políticas hospitalarias sean coherentes con las recomendaciones actualizadas de sueño seguro y que los espacios para bebés (cunas) cumplan con los estándares de sueño seguro (p. 7). Esto es muy importante porque las prácticas en el hospital se traducirían directamente a la práctica en el hogar. El personal médico tiene la oportunidad de enseñarles a los padres sobre las prácticas de sueño seguro para disminuir el riesgo del SMSL y otras MSII.

La situación en Argentina. Como se dijo anteriormente, 7 % del total de muertes infantiles entre 1991 y 2014 fueron causadas por las MSII (Chapur et al., 2019, p. 166), con el SMSL ahora liderando como la cuarta causa de mortalidad post-neonatal (Rivarola, 2017). Por lo tanto, el tema de sueño seguro para disminuir el riesgo de estas muertes es relevante e importante.

Según el artículo “Epidemiología de las muertes súbitas infantiles inesperadas en Argentina: Tendencia secular y variación espacial” (2019) con un foco entre los años de 1991 a 2014 por Chapur, Alfaro, Bronberg y Dipierri, el porcentaje de MSII disminuyó en general en el país en un 10 % (p. 166). Sin embargo, el porcentaje de MSII aumentó en las regiones de Centro y Cuyo, con Centro teniendo el riesgo de MSII más alto de 1,03, comparado con 0,86 a nivel nacional (p. 166). En la provincia de Buenos Aires, el porcentaje de MSII aumentó de 7 % a 8,2 % con un riesgo de 1,17, pero en CABA disminuyó de 2,8 % a 1,0 % con un riesgo más bajo de 0,36 (p. 166). Adicionalmente, durante este período de tiempo, el 51 % de MSII en el centro del país eran de SMSL, y el 43 % en todo el país (p. 165). Sin embargo, Chapur et al. (2019)

reconocen que “no existe certeza, especialmente en Argentina, de que aquellas asignadas a R95 [SMSL] efectivamente cumplan los requisitos establecidos para este código” relativa a la calidad de las investigaciones (p. 168).

Chapur et al. (2019) citan que “en 2010, el 59,5 % de los niños dormían en posición supina; el 37,9 %, de costado, y el 2,5 %, boca abajo” y en Buenos Aires hubo un “descenso del porcentaje de los niños que dormían boca abajo, entre 1996 y 2006, aunque la prevalencia de la posición decúbito supino era inferior al 10 %” (p. 169). Según el artículo, otros factores de riesgo de SMSL y MSII incluyen “el tabaquismo, el embarazo adolescente, el bajo nivel socioeconómico o educativo materno, la condición de madre soltera, la falta o disminución de cuidados y de controles prenatales, la ausencia de lactancia materna o la disminución de su duración” (p. 169). Estos factores son importantes porque son frecuentes en la provincia, pero también en la ciudad de Buenos Aires, incluso con el riesgo más bajo. Por ejemplo, “en maternidades de Pilar (Buenos Aires), entre 2011 y 2012, se encontró una caída significativa del cumplimiento de recomendaciones de disminuir el riesgo del SMSL, especialmente en madres jóvenes, con bajo nivel educativo, sin pareja y con necesidades básicas insatisfechas” (p. 169). Esto es preocupante porque se podría esperar que a medida que se aprendiera más sobre el síndrome y cómo prevenirlo, el uso de métodos de disminuir el riesgo aumentara. Para concluir, ellos dijeron que las causas de MSII “son, en su mayoría, fácilmente reducibles con campañas adecuadas de salud”, SMSL es la forma de MSII más predominante en “las regiones más desarrolladas” y especialmente con la heterogeneidad en el país, hay una “necesidad de implementar acciones de prevención diferenciales y capacitación para el cumplimiento del protocolo, el diagnóstico y el registro de MSII para evitar la codificación imprecisa” (p. 170).

Dadas estas estadísticas, está claro que los temas de MSII, SMSL, y sueño seguro son importantes en Argentina, específicamente en el centro del país y en el área de Gran Buenos Aires donde esta investigación actual se realizó.

Los programas educativos han demostrado aumentar la tasa de adherencia a las recomendaciones de sueño seguro. Por ejemplo, el artículo “Impacto de una intervención educativa para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante” de Rivarola et al. (2014) revisa la efectividad de la educación para disminuir el riesgo de SMSL en hospitales para aumentar el uso de prácticas preventivas entre las familias de bebés. Esta investigación tuvo lugar en Partido de Pilar en la Provincia de Buenos Aires, por ocho meses.

Antes del inicio de esta investigación, los hospitales en la investigación no tenían “una política institucional escrita sobre sueño seguro” (p. 224). Durante la investigación, el grupo de intervención recibió educación grupal e individual, el uso de una “tarjeta cuna” con recomendaciones, y otros materiales escritos (p. 224).

La investigación demostró gran éxito con la adherencia a los 60 días a los protocolos de disminución del riesgo:

En el grupo control, el 42% de los niños utilizaban la posición supina, mientras que el 77% lo hacía en el grupo intervención... Se observó que el 50% utilizaban la posición de costado en el grupo control y el 19% en el grupo intervención... Realizaron colecho el 31% en el grupo control y el 17% en el grupo intervención... en el grupo control, dormía un 15% en el cochecito- huevito y, en el grupo intervención, un 2%. Para la lactancia materna exclusiva a los 60 días, la proporción de niños en el grupo control fue de 60% y, en el grupo intervención, del 71%. (p. 225-226)

Sin embargo, no había diferencias entre la cantidad de fumadores o el uso del chupete (p. 226).

En adición a este programa educativo en hospitales en Pilar, hay otras organizaciones en Argentina que se enfocan en disminuir el riesgo de MSII. En Argentina, “se formó el primer grupo de estudio sobre el tema en 1994, en 1998 se creó la Comisión Asesora y se adhirió al denominado proyecto Vínculo” (Rossato, 2011, p. 44). Actualmente, muchas organizaciones relacionadas con la salud infantil se ocupan del tema, incluyendo al Ministerio de Salud y la Sociedad Argentina de Pediatría. La página web <https://www.sids.org.ar/>, de la Fundación para el Estudio y la Prevención de la Muerte Infantil y Perinatal (FEMIP), es un recurso importante para aprender sobre las recomendaciones y cómo se presentan. El sitio es supervisado por el Dr. Jenik, un pediatra neonatólogo del Hospital Italiano en CABA. La página tiene muchos recursos sobre SMSL, incluyendo un diagrama de “Sueño seguro” (se muestra en la *Figura 2.*) y enlaces de páginas webs a estudios científicos sobre SMSL que dan validez al contenido de la página. También, la página tiene enlaces a recursos específicos incluyendo “Información profesional”, “Información padres”, y “Libros”.



Figura 2. Sueño seguro. Recomendaciones de FEMIP para disminuir SMSL (Jenik, s.f.).

En la sección “Generalidades del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)”, https://www.sids.org.ar/m_smsl14.htm, proporcionan información general sobre SMSL y específico de Argentina. Hacen referencia a organizaciones y programas específicos, incluyendo el Grupo de Trabajo en Muerte Súbita de la Sociedad Argentina de Pediatría, la “implementación de la tarjeta para la cuna en las maternidades” (Figura 3.), Proyecto Vínculo, campaña Nacional de Prevención del SMSL y la creación de su propio sitio web (Jenik, s.f.). También hay una figura que demuestra la disminución de la tasa de SMSL en Argentina después del inicio de las acciones preventivas (Figura 4.).



Figura 3. Recomendaciones para el sueño seguro del bebé. La tarjeta implementada para la cuna en las maternidades (Jenik, s.f.).

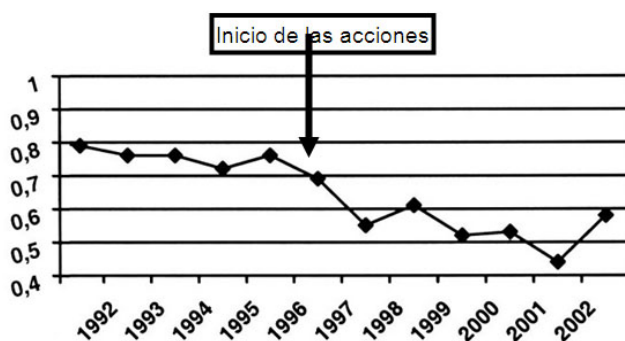


Figura 4. Incidencia del SMSL en Argentina entre 1992 y 2002. Cifras expresadas cada 1000 recién nacidos (Jenik, s.f.).

Estas organizaciones están trabajando para combatir la MSII en Argentina. Proporcionan educación y recursos a la población específica de Argentina. Estos recursos están disponibles tanto para los proveedores de atención médica como para las familias, aunque tienen que ser buscados. Es importante que Argentina tenga sus propios recursos y que no dependa únicamente de los recursos de otros países, especialmente porque las prácticas de cuidado infantil pueden tener una base muy cultural. Según Newberry (2019), un componente clave cuando están proporcionando educación sobre el sueño infantil seguro es la competencia cultural (p. 120). La competencia cultural es un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se unen como un sistema y permiten que ese sistema funcione de manera efectiva en situaciones interculturales. (Brannigan, 2008, p. 174). Como se indica en la conclusión de Chapur et al. (2019), es importante tener en cuenta estas prácticas culturales cuando se trata de poblaciones diferentes, especialmente con la heterogeneidad observada en Argentina de prácticas culturales y causas de MSII. Rivarola et al. (2014) reconocen los diferentes factores culturales e históricos que afectan a su población y a la población argentina en general. Por ejemplo, afirman que “en la población argentina, es muy común que los padres cohabiten con sus bebés” (p. 228). Trabajar en los contextos culturales de los proveedores de atención médica y de las familias permite una implementación más efectiva de las prácticas de sueño seguro.

Por esta razón, es importante que Argentina no solo tenga sus propias organizaciones, sino también sus propias recomendaciones. Las “Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante” de 2015 de Jenik et al. de la Sociedad Argentina de Pediatría proporcionan información sobre SMSL, MSII y recomendaciones para disminuir el riesgo de estos problemas. Citan fuentes de todo el mundo y también discuten la situación en el contexto de la Argentina.

Los conceptos claves. Las siguientes definiciones son las utilizadas por la Academia Americana de Pediatría (AAP) (2016, p. 2):

- Muerte súbita inesperada infantil (MSII): Una muerte repentina e inesperada, ya sea explicada o no explicada (incluyendo SMSL), que ocurre durante la infancia.
- Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL): causa asignada a las muertes infantiles que no se pueden explicar después de una investigación exhaustiva del caso, incluida una investigación de la escena, una autopsia y una revisión de la historia clínica.
- Colecho: El/los padre(s) y el bebé duermen juntos en cualquier superficie (cama, sofá, silla)
- Cohabitación: El/los padre(s) y el bebé duermen en la misma habitación en superficies separadas
- Cuidadores: A lo largo del documento, se utilizan “padres”, pero este término pretende indicar a cualquier cuidador infantil.

Encuestas para las enfermeras

Un total de 47 encuestas fueron completadas por enfermeras de las UCIN de hospitales en el área de Gran Buenos Aires: dos hospitales públicos y dos hospitales privados. Una copia de la encuesta dada está en el Anexo A. La primera página de la entrevista informó a cada entrevistado sobre la entrevistadora, sobre este proyecto, que su participación sería voluntaria, que no hay costo ni beneficio por su participación y que las encuestas serían anónimas y confidenciales. No todas las enfermeras respondieron todas las preguntas.

El conocimiento de las enfermeras. De las 47 encuestas completadas, solamente dos (el 4,26 % del total) encuestas (encuestas 35 y 41) tenían una puntuación de 100 % de corrección en la sección de conocimiento de las recomendaciones de sueño seguro y cómo disminuir el riesgo de la MSII y SMSL. Otras cuatro (encuestas 23, 28, 36 y 38), o el 8,51 % del total, alcanzaron cerca del 100 % de corrección, pero contestaron en forma incorrecta y/o no respondieron a una pregunta.

La *Figura 5* muestra el conocimiento de las enfermeras a través de sus respuestas a la pregunta “¿Cuál es la recomendación correcta para un sueño seguro para bebés de hasta un año de edad?”. La mayoría de cada categoría eligió la respuesta correcta, pero hay variación en los porcentajes. El 4,26 % de las enfermeras dijeron que boca abajo es la posición más segura mientras el 10,64 % eligieron “de costado o boca arriba”, totalizando el 14,89 % que eligieron una opción diferente de estrictamente boca arriba. El 97,87 % de enfermeras eligieron un colchón “firme”, con solamente una seleccionando la opción incorrecta de “blando”. 19,05 % de las enfermeras eligieron colchón “inclinado con la cabeza elevada” en vez de “plano”. Un colchón inclinado con la cabeza elevada es parte del posicionamiento terapéutico de la UCIN, por lo tanto no es una recomendación para sueño seguro. También, hay una idea de que elevar la

cabecera de la cuna del bebé puede reducir el reflujo gastroesofágico. La AAP (2016) dice que esto es ineficaz para esa causa y que la inclinación es peligrosa porque puede hacer que el bebé se deslice hasta el pie de la cuna en una posición que pueda comprometer la respiración (p. 3). Por lo tanto, esta idea y el posicionamiento terapéutico de la UCIN pueden explicar por qué casi el ~20 % de las enfermeras seleccionaron la opción de colchón inclinado.

El 29,17 % de las enfermeras eligieron que la ropa de cama debe estar “suelta”, y el 2,08 % eligieron que “no es importante”, totalizando 31,25 % de las enfermeras que no eligieron que la recomendación de sueño seguro es tener ropa de la cama agarrada. La ropa de cama suave es una estrategia de apoyo para el desarrollo, utilizada comúnmente en la UCIN (Aris et al, 2006, p. 283). Según la AAP, los objetos blandos, como almohadas, peluches, edredones, pieles de oveja y ropa de cama suelta, como mantas y sábanas sueltas, pueden obstruir la nariz y la boca del bebé; una vía aérea obstruida puede presentar un riesgo de asfixia, atrapamiento o SMSL (p. 5).

El 18,60 % de las enfermeras creen que los bebés menores de un año de edad deben dormir en “habitaciones separadas” mientras el 6,67 % (n=3) creen que deben hacer “colecto” con los padres. Según la AAP (2016) los bebés deben dormir en la habitación de los padres, pero en una superficie separada diseñada para bebés, porque existe evidencia de que dormir en la habitación de los padres pero en una superficie separada disminuye el riesgo del SMSL hasta en un 50 % (p. 4).

Un tercio de las enfermeras creen que el ambiente donde duerme el bebé debe tener una “temperatura cálida (27 °C o más)” en vez de una “temperatura moderada (20 °C a 26 °C), mientras, como algo aparentemente contradictorio, 100 % de las enfermeras eligieron que el bebé debería estar vestido con “no más de 1 capa más de lo que un adulto usaría para estar cómodo en ese ambiente” en vez de “muy abrigado”. En la UCIN, muchos de los bebé están

desarrollando sus capacidades de termorregulación, y por eso podría ser posible que las enfermeras creen que el ambiente debería ser cálido. Según la AAP (2016), los estudios han demostrado un mayor riesgo del SMSL con sobrecalentamiento y, por lo tanto, se debe evitar el sobreabrigo y la cobertura de la cara y la cabeza (p. 6).

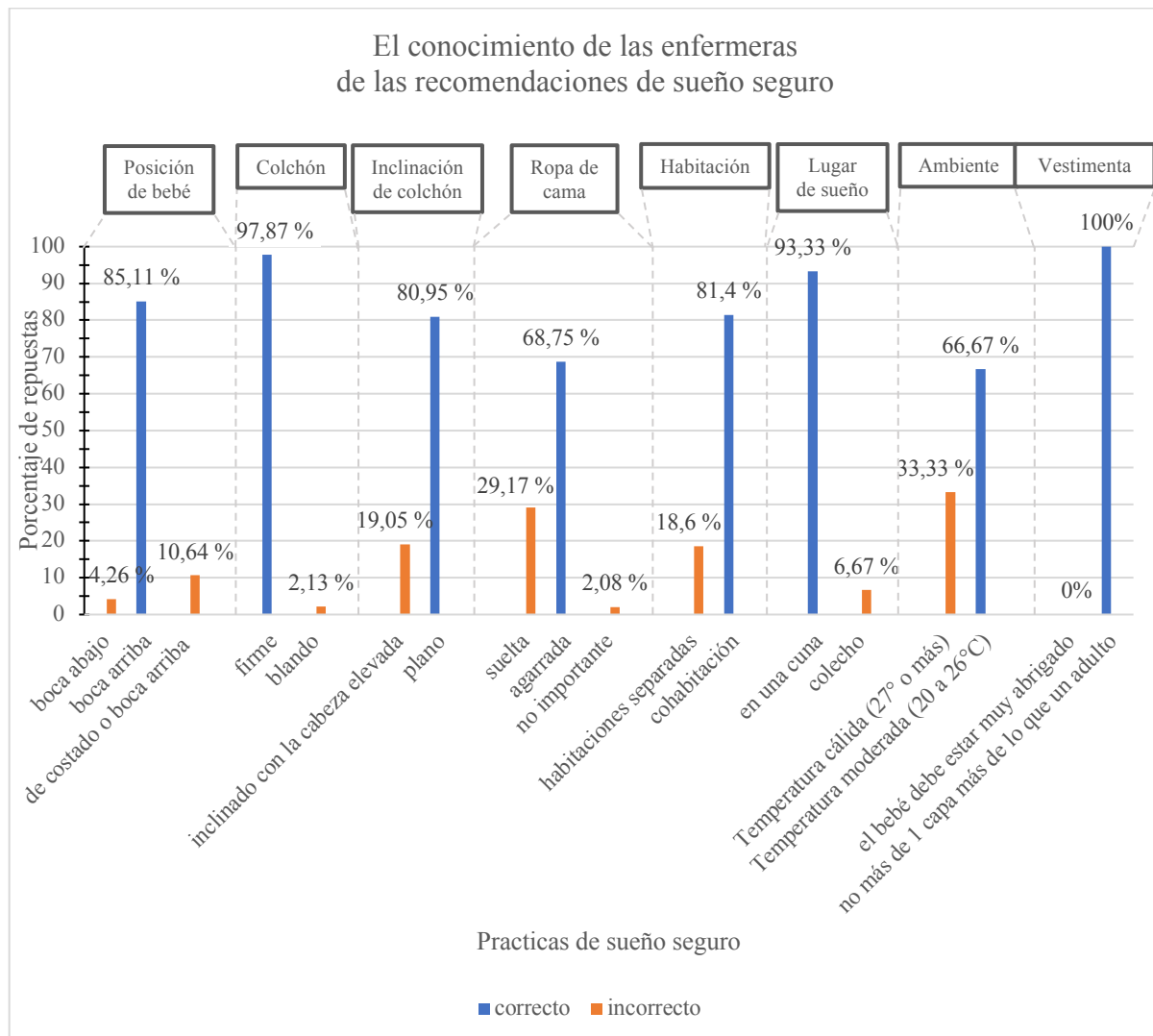


Figura 5. El conocimiento de las enfermeras de las recomendaciones de sueño seguro. Esta figura demuestra los porcentajes de las respuestas de las enfermeras a la pregunta: “¿Cuál es la recomendación correcta para un sueño seguro para bebés de hasta un año de edad?”.

La *Figura 6* muestra las respuestas a la pregunta “¿Qué objeto no tiene riesgo para tener en la cuna? (Circule todo lo que corresponda)”. El 40,43 % de las enfermeras eligieron que tener “nada” en la cuna no tiene riesgo, y eso está de acuerdo con la recomendación de la AAP (2016) para mantener los objetos blandos y la ropa de cama suelta alejados del área donde duerme el bebé (p. 5). El 59,57 % de las enfermeras eligieron uno o más objetos que “no tienen riesgo para tener en la cuna”.

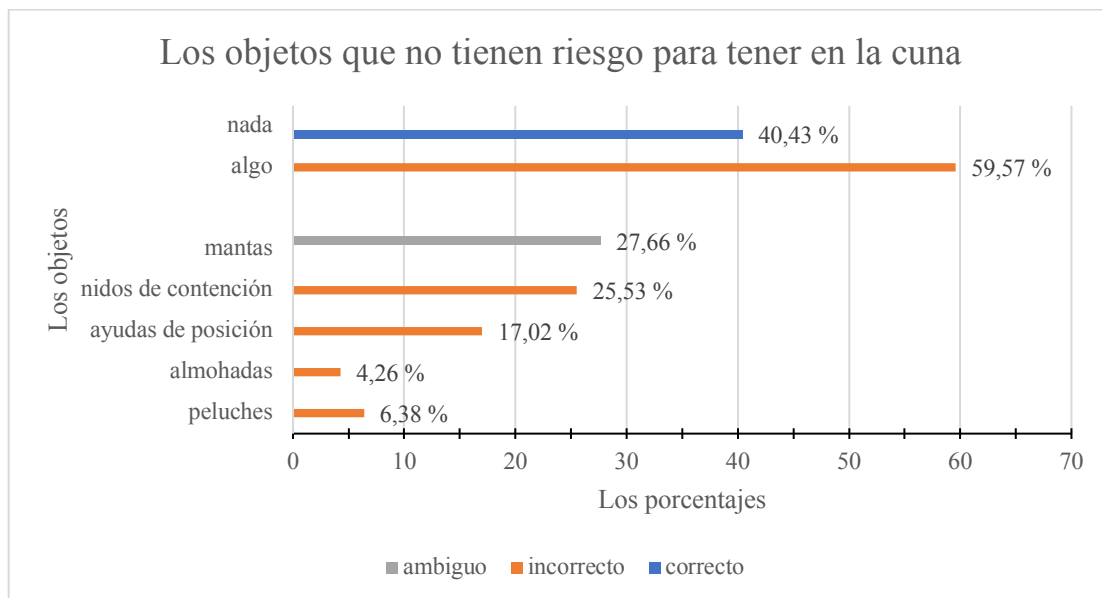


Figura 6. Los objetos que no tiene riesgo para tener en la cuna. Esta figura demuestra los porcentajes de las repuestas de las enfermeras a la pregunta: “¿Qué objeto no tiene riesgo para tener en la cuna? (Circule todo lo que corresponda)”.

El 27,66 % de las enfermeras creen que las mantas no tienen riesgo para tener en la cuna. Según la AAP (2016), la ropa para dormir de los bebés, como una manta portátil o bolsa de dormir, es preferible a las mantas y otras coberturas para mantener al bebé abrigado mientras que reduce la posibilidad de que la cabeza se cubra o quede atrapada por el uso de la manta (p. 5). La AAP dice que no hay evidencia para recomendar que el bebé sea envuelto como una estrategia para reducir el riesgo de SMSL, pero si un bebé está envuelto, siempre debe colocarse boca

arriba (p. 7). Entonces, una manta en la cuna es de resultado ambiguo. Una manta suelta o una manta apretada que un bebé puede empujarla y soltarla tiene riesgo de obstruir la vía aérea. Sin embargo, una manta agarrada o usada para envolver al bebé no tiene el mismo riesgo.

El segundo objeto más común que las enfermeras creen que no tiene riesgo para tener en la cuna es el nido de contención (el 27,66 %), seguido por ayudas de posición (17,66 %). Sin embargo según las recomendaciones de la AAP (2016) , la cuna debe estar sin objetos blandos y almohadas. La AAP (2016) alienta a los cuidadores a tener precaución con las cuñas, los posicionadores y colchones que podrían crear un bolsillo o muesca y aumentar la posibilidad de reinspirar o asfixiarse si el bebé se coloca o se desplaza a la posición prona. Adicionalmente, un reporte de 2013 de Rossato señaló que con el uso de nidos de contención, posicionadores y almohadillas laterales, hay un aumento en las muertes por sofocación, asfixia o atrapamiento de la cabeza. Estos objetos tienen un uso en el UCIN durante el periodo de posicionamiento terapéutico para el desarrollo del bebé, pero son peligrosos cuando se usan en el hogar.

La *Figura 7* muestra las respuestas a la pregunta “¿Las siguientes prácticas aumentan, disminuyen o no cambian el riesgo de muerte súbita y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño?”. Las categorías son el uso del chupete (después de que se establece el amamantamiento), la exposición al humo en el aire, la vacunación de rutina, el uso de monitores cardiorrespiratorios en el domicilio, los controles regulares durante embarazo y la educación a otros cuidadores sobre sueño seguro. La mayoría de cada categoría eligió la respuesta correcta, pero hay variación en los porcentajes.

Según la AAP (2016), el uso de chupete después de que se establece el amamantamiento tiene un efecto protector contra el SMSL (p. 6). El 76,09 % de las enfermeras eligieron correctamente que el uso de chupete puede disminuir el riesgo de SMSL, mientras el 23,92 %

creen que el uso de chupete aumenta o no cambia el riesgo. El 95,74 % de las enfermeras eligieron correctamente que la exposición al humo en el aire aumenta el riesgo de muerte súbita y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño. También, el 95,74 % de las enfermeras eligieron correctamente que la educación a otros cuidadores sobre sueño seguro disminuye los riesgos.

Solamente el 57,78 % de las enfermeras creen que la vacunación de rutina disminuye el riesgo del SMSL y la MSII. El 40 % creen que no hay cambio en el riesgo, y el 2,22 % (n=1) creen que la vacunación de rutina aumenta el riesgo. Según la AAP (2016), no hay evidencia de que exista una relación causal entre las inmunizaciones y el SMSL, sin embargo, existe evidencia de que la vacunación puede tener un efecto protector contra el SMSL (p. 6). Una razón por la cual el 42,22 % de las enfermeras no eligieron que la vacunación de rutina disminuye el riesgo podría ser que no entienden la conexión entre el sobrecalentamiento y la fisiopatología del SMSL. El sobrecalentamiento es un factor de riesgo de SMSL, este podría ser sobrecalentamiento del ambiente o corporal. Las vacunas pueden prevenir enfermedades que causan fiebre y por lo tanto sobrecalentamiento corporal; entonces la vacunación de rutina disminuye el riesgo del SMSL (Essery et al., 1999, p. 191).

El 44,68 % de las enfermeras seleccionaron incorrectamente que el uso de monitores cardiorrespiratorios domicilio puede disminuir el riesgo de SMSL y MSII. Es posible que el uso de monitores cardiorrespiratorios en la UCIN les proporcione una sensación de seguridad y tengan confianza en los monitores. Además, estos dispositivos a veces se recetan para su uso en el hogar para detectar apnea o bradicardia y, cuando se usa la oximetría de pulso, disminuye la saturación de oxihemoglobina para los bebés con riesgo de estas condiciones (AAP, 2016, p. 7). Sin embargo, según la AAP (2016) el uso de monitores cardiorrespiratorios no ha sido

documentado para disminuir la incidencia de SMSL (p. 6-7), entonces la opción correcta es que no cambia el riesgo, que fue elegida por el 55,32 % de las enfermeras.

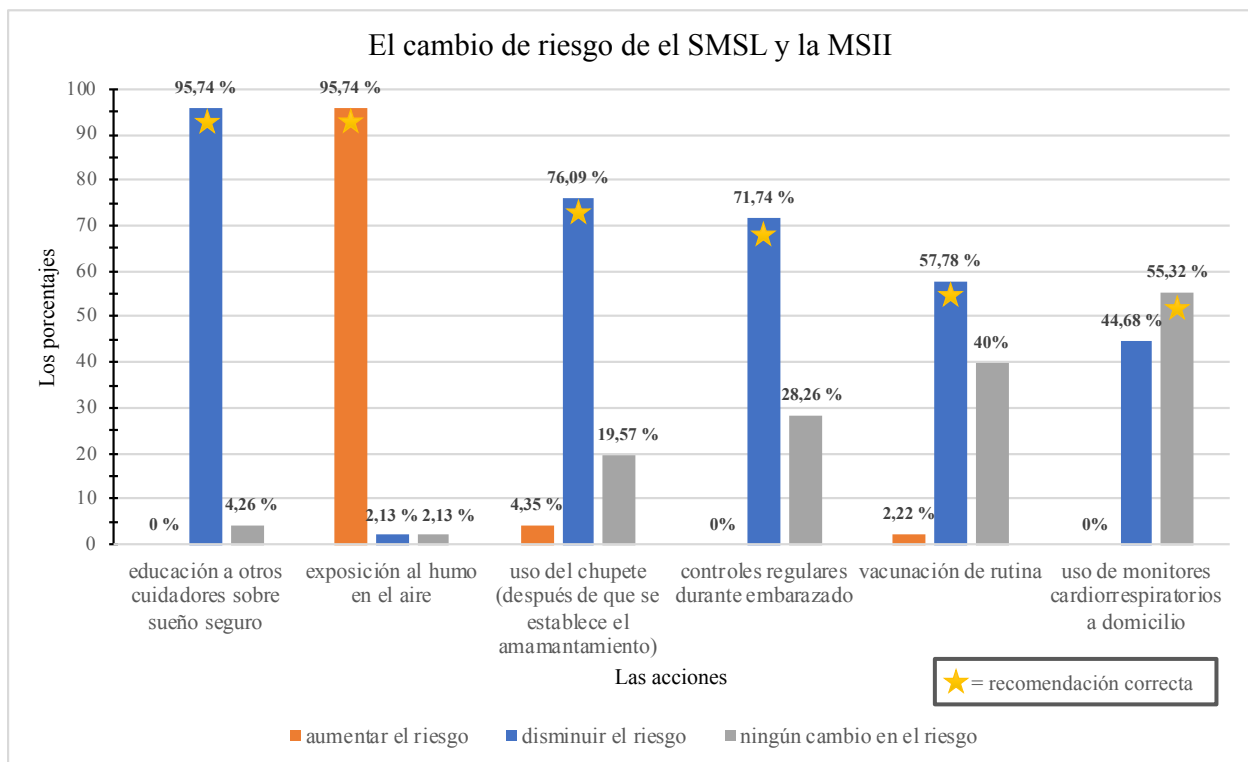


Figura 7. El cambio de riesgo del SMSL y la MSII. Esta figura muestra los porcentajes de las respuestas de las enfermeras a la pregunta: “¿Las siguientes prácticas aumentan, disminuyen o no cambian el riesgo de muerte súbita y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño?”.

El 71,74 % de las enfermeras eligieron que los controles regulares durante el embarazo pueden disminuir el riesgo del SMSL y la MSII, mientras el 28,26 % creen que no cambian el riesgo. Según la AAP, existe evidencia epidemiológica sustancial que vincula un menor riesgo de SMSL para los bebés cuyas madres obtienen atención prenatal regular (p. 6). Una razón por la cual el 28,26 % de las enfermeras no eligieron que los controles regulares durante embarazo disminuyen el riesgo podría ser que no entienden la fisiopatología de SMSL representada en el modelo de triple riesgo (*Figura 1*) y el factor de riesgo del infante vulnerable. Los controles y cuidado del embarazo para evitar la hipoxia crónica pueden disminuir el riesgo de SMSL porque

impiden el nacimiento de un bebé vulnerable que tiene un riesgo más alto de SMSL (National Institute of Child Health and Human Development, 2019).

La práctica clínica de las enfermeras. Mientras las enfermeras demostraron, en su mayoría, conocimiento acerca de las recomendaciones, en algunos casos, existe una desconexión entre su familiaridad con las recomendaciones y su práctica clínica. Podría ser posible que no entiendan la justificación de las recomendaciones o creen que otras prioridades del cuidado infantil son más importantes que las recomendaciones.

En respuesta a la pregunta “¿Su UTIN tiene un protocolo sobre sueño seguro para los bebés listos para el alta?”, 10 enfermeras no respondieron, 9 respondieron “sí” y 28 respondieron “no”. En cada hospital, las enfermeras dijeron que sí y no. Esto hace que esta pregunta sea difícil de interpretar. Si hay protocolos, muchas de las enfermeras no están conscientes.

La *Figura 8* muestra las repuestas de las enfermeras a la pregunta: “¿Cuándo coloca a los bebés prematuros sanos en posición boca arriba para dormir?”. Las respuestas representadas incluyen: cuando están en una cuna abierta, cuando tienen 34 semanas o más, antes de las 34 semanas, otro momento, algunos días antes del alta y nunca. “Una semana antes de alta” y “1-2 días antes de alta” habían opciones potenciales pero no fueron elegidas por ninguna de las enfermeras y, por lo tanto, no está incluido en la *Figura 8*. El momento más común es cuando el bebé está en una cuna abierta, seguido por cuando el bebé tiene 34 semanas o más. Cuatro enfermeras listaron los otros momentos de “siempre” (encuestas 5, 17, 36 y 44). Una enfermera escribió “cuando ellos están cómodos” (encuesta 9) y una escribió “lo antes que el bebé se adapte” (encuesta 10). Dos enfermeras escribieron que el momento para poner el bebé boca arriba es “cuando tiene reflujo”(encuestas 33 y 34). La pregunta especifica que este es un bebé prematuro y saludable, por lo tanto debe estar en una cuna abierta en la posición boca arriba. Las

otras momentos muestran indecisión o falta de conocimientos claros sobre la importancia de la posición boca arriba.

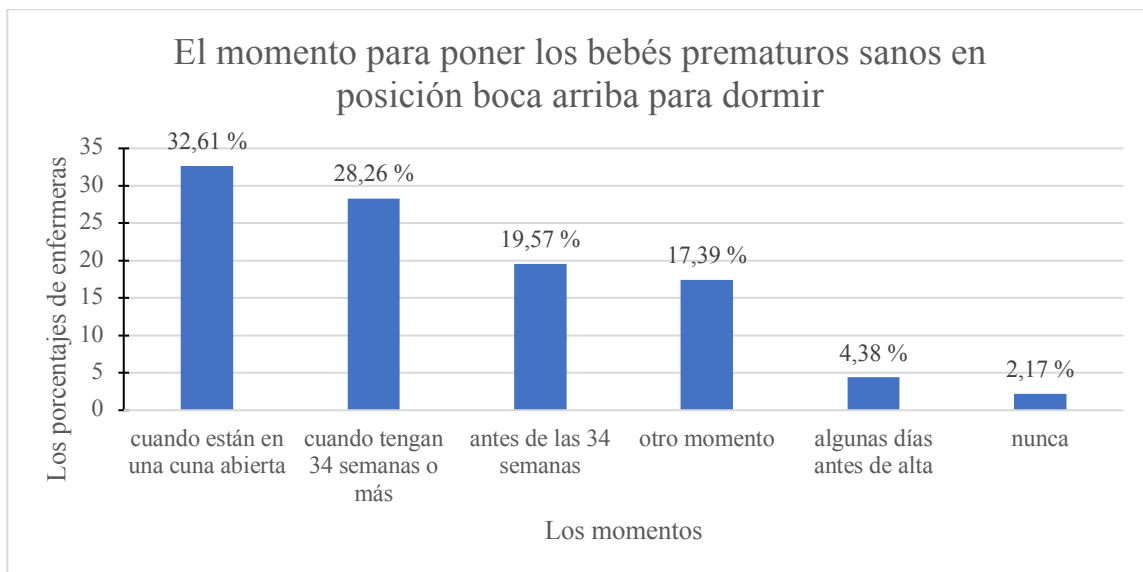


Figura 8. El momento para poner los bebés prematuros sanos en posición boca arriba para dormir. Esta figura demuestra los porcentajes de las repuestas de las enfermeras a la pregunta: “¿Cuándo coloca a los bebés prematuros sanos en posición boca arriba para dormir?”.

La *Figura 9* muestra las repuestas de las enfermeras a las siguientes preguntas: “¿Cómo pone a dormir a los bebés prematuros que están listos para el alta en su UTIN [Unidad de Terapia Intensivos Neonatales]?” y “¿Cómo pone a dormir a los bebés de término que están listos para el alta en su UTIN?”. La mayoría de enfermeras colocan bebés prematuros y de término que están listos para el alta en la posición boca arriba. Esto es bueno porque establece un ejemplo para que los padres lo sigan cuando regresen a casa. En general, las enfermeras colocan bebés prematuros en una posición que no sea estrictamente boca arriba más que los bebés de término—el 17,01% de los bebés prematuros en comparación al 10,87 % de los bebés de término. El 8,51% de las enfermeras colocan los bebés prematuros listos para el alta en la posición boca arriba o de costado, mientras el 4,35% hacen esto para los bebés de término listos para el alta. Casi el ~ 4 %

(n=2) de las enfermeras colocan los bebés listos para el alta prematuros y los de término en la posición de boca abajo y el ~ 4 % (n=2) colocan los bebés prematuros listos para el alta en la posición de costado, mientras el ~ 2 % (n=1) colocan los bebés listos para el alta de término de costado.

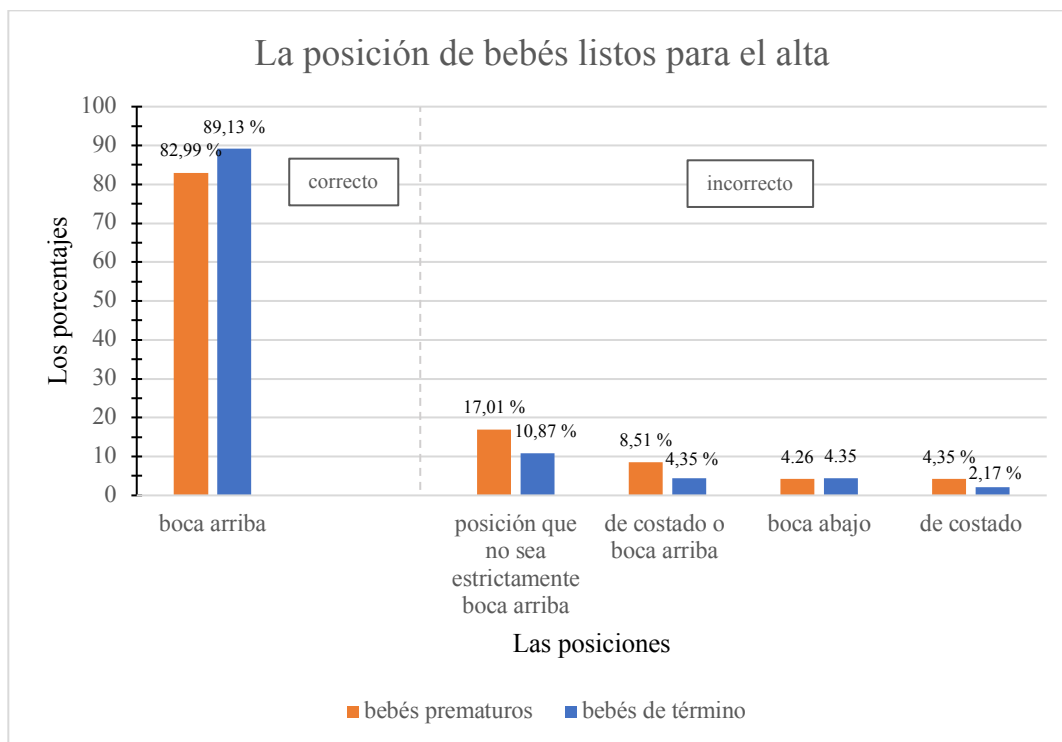


Figura 9. La posición de bebés listos para el alta. Esta figura demuestra los porcentajes de las repuestas de las enfermeras a las siguientes preguntas: “¿Cómo pone a dormir a los bebés prematuros que están listos para el alta en su UTIN [Unidad de Terapia Intensivos Neonatales]?” y “¿Cómo pone a dormir a los bebés de término que están listos para el alta en su UTIN?”.

La *Figura 10* muestra los porcentajes de las repuestas de las enfermeras a las siguientes preguntas: “Si pone a un bebé prematuro listo para el alta a dormir ‘boca abajo’ o ‘de su costado’, ¿por qué?” y “Si pone a un bebé de término listo para el altar a dormir ‘boca abajo’ o ‘de costado’, ¿por qué?”. Las opciones habían miedo a la aspiración, comodidad infantil, seguridad infantil, desarrollo adecuado, indicaciones médicas, es la práctica tradicional,

preferencia familiar o otra razón. Mientras “preferencia familiar” había una opción potencial, no fue elegida por ninguna de las enfermeras y, por lo tanto, no está incluido en la *Figura 10*.

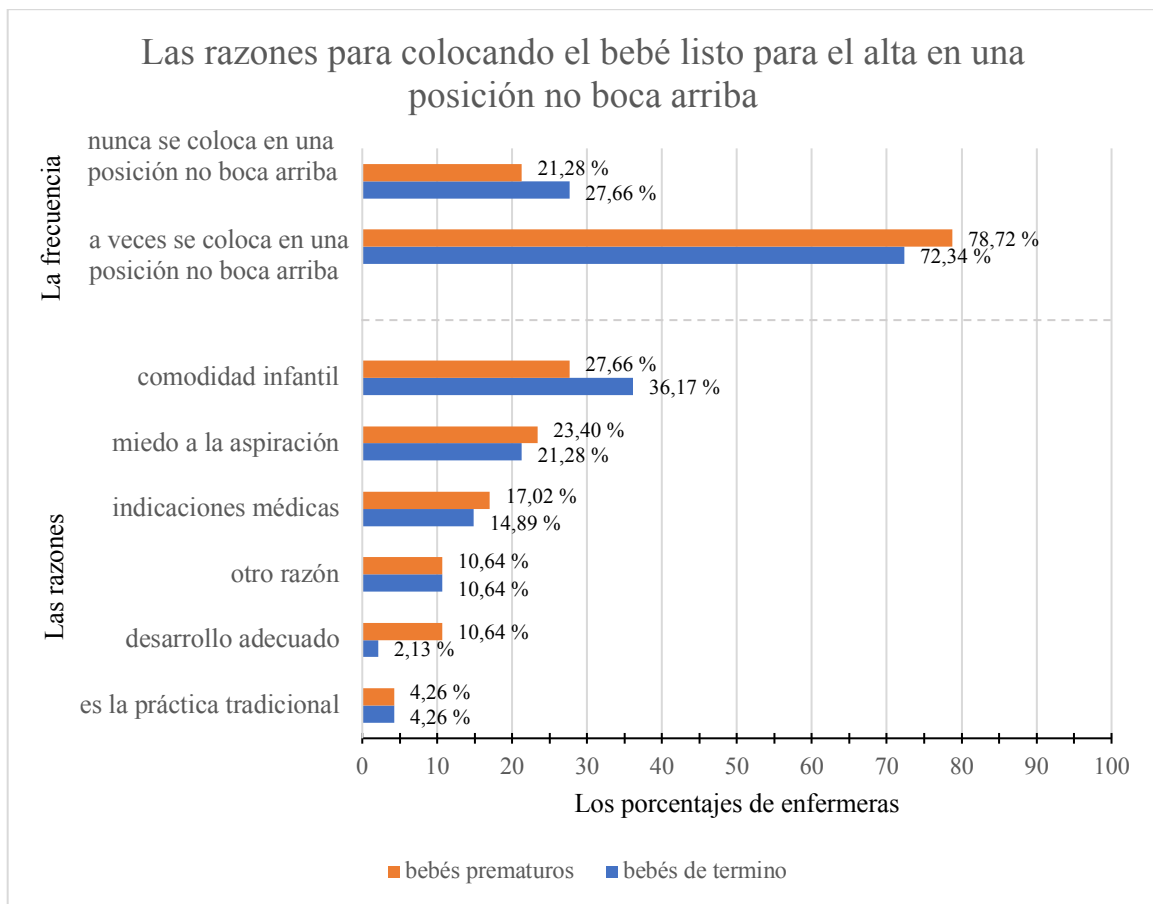


Figura 10. Las razones para colocar al bebé listo para el alta en una posición no boca arriba. Esta figura demuestra los porcentajes de las repuestas de las enfermeras a las siguientes preguntas: “Si pone a un bebé prematuro listo para el alta a dormir ‘boca abajo’ o ‘de su costado’, ¿por qué?” y “Si pone a un bebé de término listo para el altar a dormir ‘boca abajo’ o ‘de costado’, ¿por qué?”.

Para los bebés prematuros listos para el alta, el 21,28 % de las enfermeras habían indicado previamente que ponen a los bebés prematuros en la posición de boca arriba y no eligieron una razón para poner a los bebés en una posición no boca arriba. Lo mismo es verdad para el 27,66 % de las enfermeras con los bebés de término listos para el alta. Muchas de estas enfermeras escribieron comentarios sobre que siempre colocan los bebés listos para el alta en la

posición boca arriba. El 78,72 % de las enfermeras tenían una razón para colocar un bebé prematuro listo para el alta en una posición no boca arriba, y el 72,34 % para los bebés de término listos para el alta. Estos porcentajes son mucho mayores que las respuestas demostradas en *Figura 9* que indicaron que solamente el 17,01% de enfermeras con bebés prematuros y el 10,87 % para los bebés de término colocan los listos para el alta en una posición que no sea estrictamente boca arriba. A partir de esto, se puede deducir que el 82,99 % de las enfermeras para los bebés prematuros y el 89,13 % (*Figura 9*) de las enfermeras para los bebés de término generalmente colocan los bebés listos para el alta en la posición boca arriba, mientras solamente el 21,28 % de las enfermeras para los bebés prematuros y el 27,66 % (*Figura 10*) de las enfermeras para los bebés de término no indican ninguna razón para ellas para colocar los bebés listos para el alta en una posición no boca arriba.

La razón más común porque las enfermeras colocan un bebé listo para el alta en una posición no boca arriba es la comodidad infantil, seleccionado por el 36,17 % para los bebés de término y 27,66 % para los bebés prematuros (*Figura 10*). La justificación detrás de esta razón es correcta, porque los bebés duermen más profundo en la posición boca abajo que la posición boca arriba (Skadberg & Markestad, 1997). Sin embargo, la posición boca abajo aumenta el riesgo de SMSL, en parte debido a este sueño más profundo (Jenik et al., 2015, p. 8).

La segunda razón más común es el miedo de la aspiración, seleccionado por el 21,28 % para los bebés de término y 23,40 % para los bebés prematuros (*Figura 10*). Según la AAP (2016), la posición boca arriba para el sueño no aumenta el riesgo de asfixia y aspiración en los bebés, incluso en aquellos con reflujo gastroesofágico, porque los bebés tienen anatomía de las vías respiratorias y mecanismos que protegen contra la aspiración (p. 3). Esto demuestra que

estas enfermeras no tienen suficiente educación sobre esta parte de la anatomía y la fisiología o que no creen en la investigación que demuestra estos mecanismos.

El 4,26 % de las enfermeras eligieron “es la práctica tradicional” en la razón para colocar ambos los bebés de término prematuros y listos para el alta boca abajo o de costado. Esto podría demostrar una falta de razonamiento científico detrás de sus decisiones y también podría demostrar el cambio en las recomendaciones a lo largo de los años y la dificultad para que el personal médico esté al tanto de la evidencia actual.

El 10,64 % de las enfermeras eligieron “otra razón” para colocar ambos los bebés de término prematuros y listos para el alta boca abajo o de costado. La “contención” fue indicada por tres de las enfermeras (encuestas 25, 36 y 38), la “rotación” por dos enfermeras (encuestas 33 y 34) y la “irritabilidad” por una enfermera (encuesta 36). “Posicionará línea media” (encuesta 25) y “cuando cambio de posición” (encuesta 34) también fueron mencionados.

El 17,02 % de las enfermeras seleccionaron indicaciones médicas como la razón para poner un bebé prematuro listo para el alta en una posición no boca arriba y el 14,89 % para los bebés de término. También, el 10,64 % seleccionaron la razón de desarrollo adecuado para los bebés prematuros listos para el alta, con el 2,13% para los bebés de término. La *Figura 11* muestra las repuestas de las enfermeras a las siguientes preguntas: “¿Ha colocado a un bebé prematuro o a término listo para el alta en la posición boca abajo por una razón no médica?” y “Si ‘sí’, ¿por qué?”. El 73,33 % de las enfermeras seleccionaron que han colocado a un bebé listo para el alta en la posición boca abajo por una razón no médica. El 55,55 % hicieron esto por la comodidad infantil que, como se mencionó anteriormente, es válido pero aumenta el riesgo de SMSL. El 13,33 % de las enfermeras hicieron esto porque el bebé estaba llorando y el 8,89 % por las razones “comodidad de la enfermera”, “es demandante” y “tiene regurgitaciones”. Una

enfermera (el 2,22 %) seleccionó la razón “tose/se ahoga”. El 6,67% de las enfermeras seleccionaron “otra razón”. Dos de estas enfermeras escribieron “cólicos” y una enfermera mencionó “cólicos” junto con “comodidad infantil” también. Otras razones incluyen gases, contención, irritabilidad. Dos enfermeras destacaron que cuando el bebé está puesto boca abajo es monitoreado siempre.

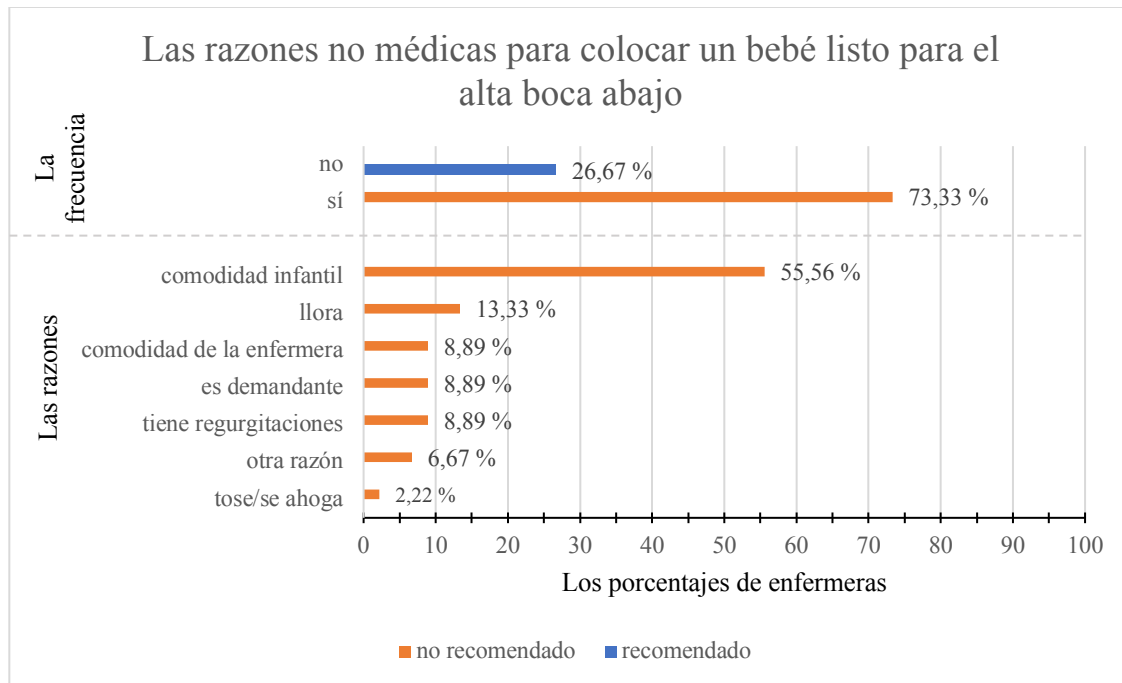


Figura 11. Las razones no médicas para colocar un bebé listo para el alta boca abajo. Esta figura demuestra los porcentajes de las repuestas de las enfermeras a las siguientes preguntas: “¿Ha colocado a un bebé prematuro o a término listo para el alta en la posición boca abajo por una razón no médica?” y “Si ‘sí’, ¿por qué?”.

La *Figura 12* muestra las respuestas a: “¿Coloca los siguientes artículos en las cunas de bebés de término listos para el alta?” Las opciones incluyen “cubre la cabeza de la cuna con una frazada u otra cubierta para bloquear el ruido y la luz para estimular el sueño durante el día”, “nidos de contención”, “juguetes de peluche” y “ayudas de posicionamiento / rollos”. La práctica

recomendada más seguida es no colocar los juguetes de peluche—el 93,49 % de las enfermeras nunca los coloca en las cunas.

El 68,09 % de las enfermeras nunca cubren la cabeza de la cuna de un bebé listo para el alta con una frazada u otra cubierta para bloquear el ruido y la luz para estimular el sueño durante el día. Sin embargo, el 12,77% siempre cubren la cabeza de la cuna y el 31,92 % lo hace al menos a veces.

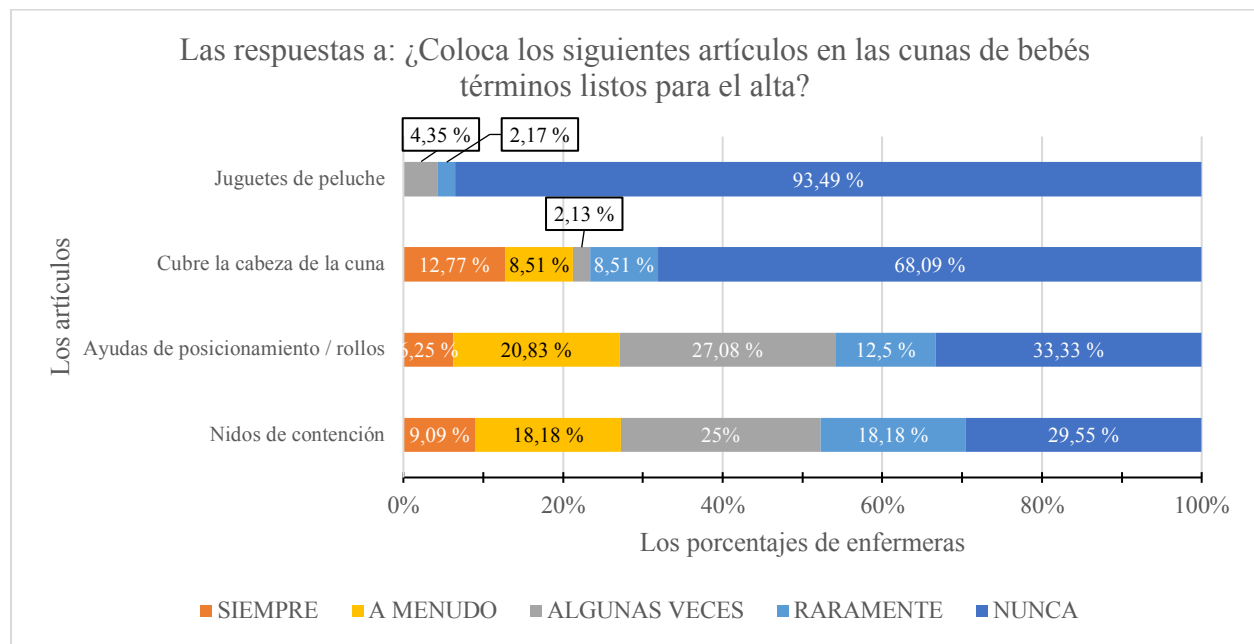


Figura 12. Las respuestas a: “¿Coloca los siguientes artículos en las cunas de bebés términos listos para el alta?” Las opciones incluyen “cubre la cabeza de la cuna con una frazada u otra cubierta para bloquear el ruido y la luz para estimular el sueño durante el día”.

El 70,45 % de las enfermeras al menos a veces colocan nidos de contención en las cunas de bebés listos para el alta y el 66,66 % de las enfermeras al menos a veces colocan ayudas de posicionamientos o rollos en las cunas de bebés listos para el alta. Esta práctica podría verse influida por el posicionamiento terapéutico de la UCIN, pero establece un ejemplo incorrecto para los padres directamente antes del alta para regresar a casa.

La *Figura 13* muestra las respuestas a la pregunta: ¿Qué elementos son parte de su práctica clínica al preparar a un bebé para el alta? La práctica más común siempre seguida es retirar los peluches y almohadas de la cuna (el 84,44 %) y la segunda es hacer la transición del bebé al sueño boca arriba (el 77,78 %). El 76,09 % de enfermeras siempre retirar las mantas sueltas de las cunas de bebés listos para el alta y el 73,91 % siempre asegurar que la ropa de la cuna esté sujeta. Solamente el 32,61 % de las enfermeras siempre retirar las ayudas de posicionamiento y nidos de contención de las cunas de bebés listos para el alta.

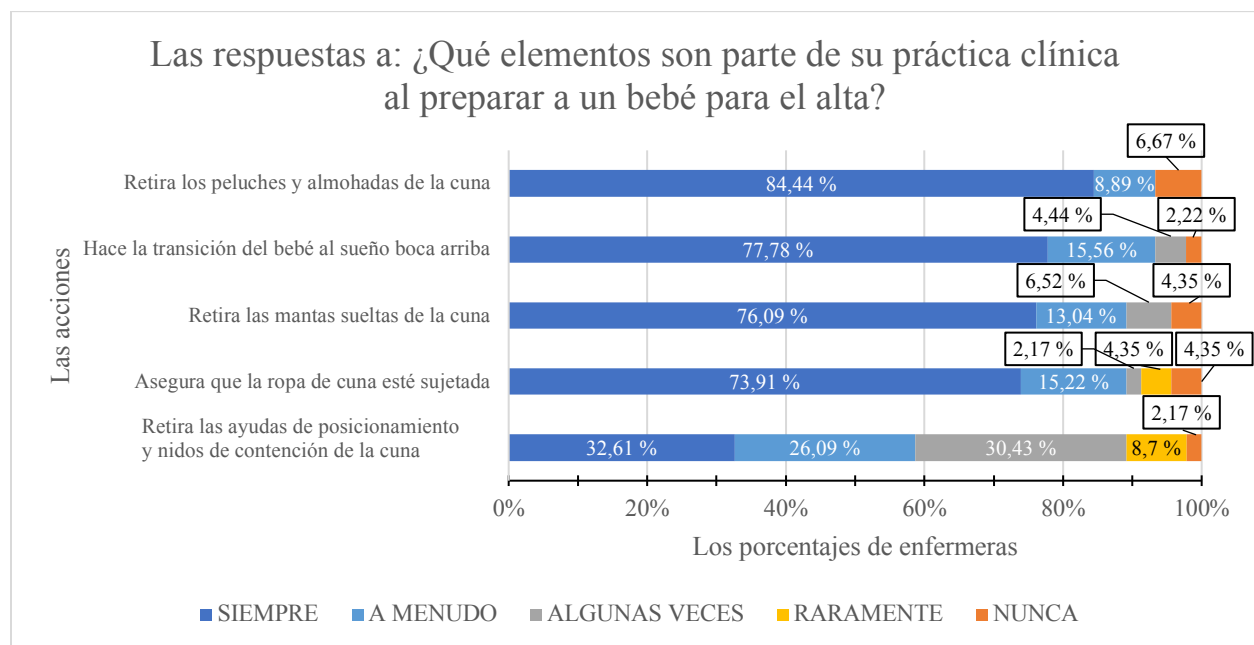


Figura 13. Las respuestas a: ¿Qué elementos son parte de su práctica clínica al preparar a un bebé para el alta?

La enseñanza a los padres por parte de las enfermeras. Teniendo en cuenta la confianza construida entre las enfermeras de las UCIN y los padres de los bebés en las UCIN, lo que las enfermeras enseñan a los padres es muy importante. Como se mencionó anteriormente, el ejemplo y la enseñanza del personal médico en la UCIN tiene un gran papel en como los padres van a cuidar por su hijo en casa.

La *Figura 14* muestra el tipo de enseñanza dada por las enfermeras. Todas las enfermeras dan una forma de enseñanza a los padres al menos a veces. La forma más común de educación es verbal, dada siempre por el 88,89 % de las enfermeras. Sin embargo, el 69,05 % de las enfermeras nunca dan educación por escrito, el 59,52 % nunca dan educación audiovisual y el 54,76 % nunca dan educación en la forma de material impreso. Esto genera inquietudes acerca de la efectividad de esta educación, considerando que una combinación de instrucciones escritas y verbales es más efectiva que solamente las instrucciones verbales del alta (Johnson & Sandford, 2004). De las conversaciones con personal médico, se conoció que con frecuencia un médico conversa con la familia de los pacientes durante el alta. Se entregan a los padres diversas formas de instrucciones escritas o impresas, que se discuten en la sección de “Observaciones”.

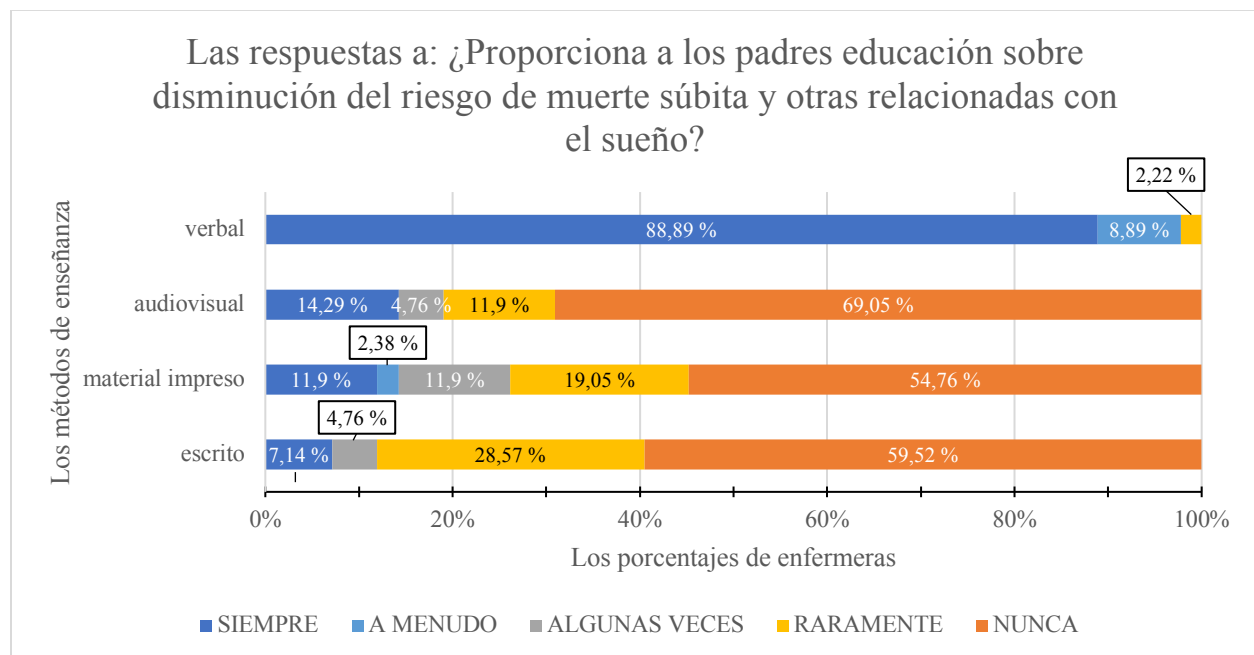


Figura 14. Las respuestas a: ¿Proporciona a los padres educación sobre disminución del riesgo de muerte súbita y otras relacionadas con el sueño?

La *Figura 15* muestra los temas de educación a los padres por las respuestas a la pregunta: ¿Habla rutinariamente de estos temas durante la enseñanza de alta con padres o

cuidadores? Los temas incluyen cosas en la cuna (juguetes, mantas), prevención del sobrecalentamiento, sueño boca arriba, área de dormir separada para el bebé, efectos del humo de segunda mano, lecho apropiado, uso de chupete y uso de saco de dormir. El tema más discutido siempre es el sueño boca arriba, con el 84,78% de las enfermeras que eligieron que siempre hablan sobre ese tema. Sin embargo, algunas enfermeras informaron que nunca hablan de sueño boca arriba (el 2,17%), cosas en la cuna (el 4,35 %) o un área de dormir separada para el bebé (el 8,51 %). Los temas del uso de chupete (70,83%) y el área de dormir separada para el bebé (61,7%) son los temas hablados siempre con las frecuencias más bajas.

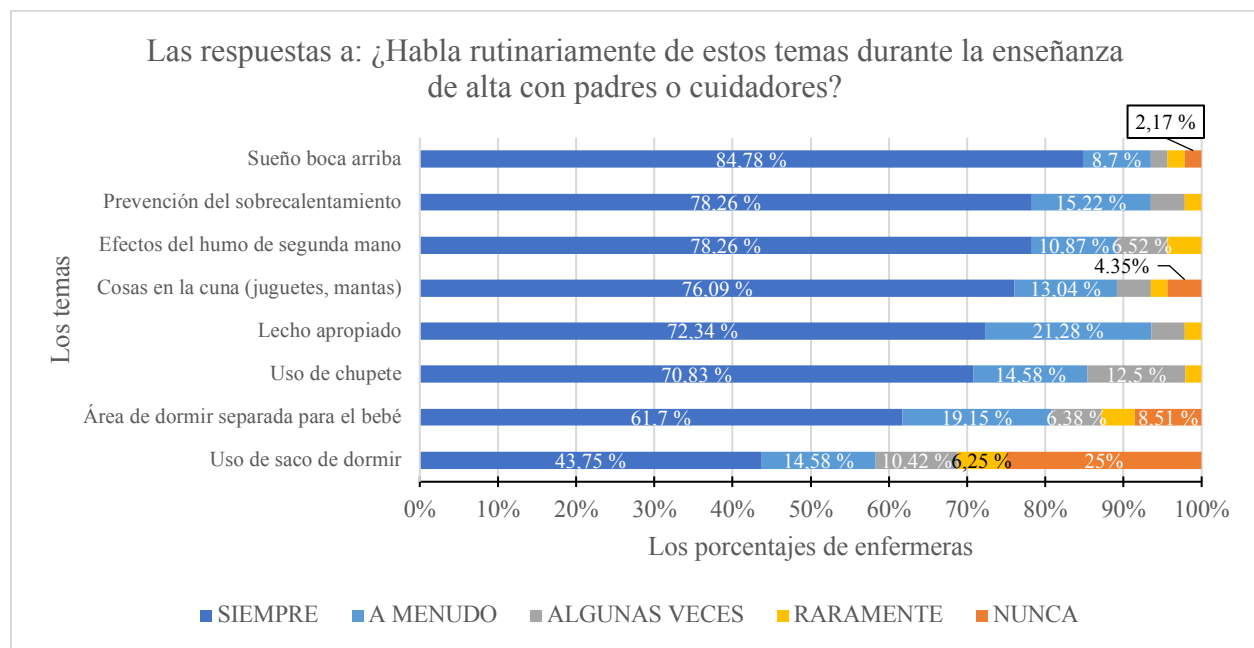


Figura 15. Las respuestas a: ¿Habla rutinariamente de estos temas durante la enseñanza de alta con padres o cuidadores? Las partes sin etiquetas de datos fueron todas menos del 5% y se excluyeron por claridad.

La opción de “uso de saco de dormir” tenía problemas porque el término correcto es “bolsa de dormir” y es posible que esto confundiera a las enfermeras. El 43,75% de las

enfermeras informaron que siempre hablan sobre el saco de dormir, mientras el 25 % informaron que nunca hablan sobre el saco de dormir.

Entrevistas

Se realizaron 9 entrevistas en total con padres de recién nacidos casi listos para el alta sobre el tema de sueño seguro. Las entrevistas número 1-4 se realizaron en la UCIN de un hospital privado y la entrevista número 9 en la UCIN de un hospital público. Las entrevistas número 5-8 se realizaron con padres de recién nacidos sanos y listos para el alta, por lo tanto están en una categoría diferente a las UCIN, pero pueden proporcionar información sobre el conocimiento y la educación de los padres por parte de las enfermeras. Una copia de las preguntas y las hojas utilizadas para escribir notas de la entrevistadora están en el Anexo B. La primera página de la entrevista informó a cada entrevistado sobre la entrevistadora, sobre este proyecto, que su participación sería voluntaria, que no hay costo ni beneficio por su participación, que las entrevistas serían anónimas y confidenciales y se solicitó permiso para grabar la entrevista.

Pregunta 1: ¿Cuál crees que es la forma más segura de dormir para un bebé? Con frecuencia, los padres proporcionaban una característica sobre el ambiente de sueño, diciendo “boca arriba”, y necesitaban que se les pidiera que proporcionaran más detalles. Las respuestas relevantes se muestran en la Tabla 1.

Tres padres en las UCIN mencionaron principalmente que el bebé necesita estar boca arriba (entrevistas 1A, 2 y 9). En las entrevistas 1A, 2 y 9 también mencionaron inicialmente que la cuna debe estar libre de cosas. Estos dos temas también fueron mencionados por la entrevistada 5 de un bebé sano y listo para el alta. En la entrevista 1B se mencionó la cohabitación durante el primer año, y después habitaciones separadas.

Tabla 1		
<i>¿Cuál crees que es la forma más segura de dormir para un bebé?</i>		
Los padres de bebés en la UCIN		
Entrevistado	Respuesta	
1A	“Siempre lo tengo que tener boca arriba y contenerlo siempre en la parte de abajo sin nada arriba. Ni juguetes, ni peluches, ni mantas: nada. Como ella es muy chica, agarra una manta.”	correctas
1B	“Va a dormir con nosotros en una parte que es una cuna... con nosotros, y después con el hermano en un año más o menos en su habitación.”	
2	“Boca arriba... Que no tienen que tener chiches ni juguetes... nada sobre la cabecita y en lo posible que las manos estén por afuera.”	
9	“No la puedo poner boca abajo, pero la dejo boca arriba... Sin nada... más arriba de los hombros, con las manos libres.” “Tener su cuna despejada, sin cosas.”	
2	“En mi casa tengo... un nidito de contención y una canastita... Después, cuando sea más grande, la pasó a una cuna más grande pero siempre con su nidito, con su contención.”	con problemas
3	“En brazos, porque yo lo escucho mucho respirar y estoy tranquila... En mi cama y sobre mi pecho. Ella es chiquita tiene cuatro días, por eso. Después, cuando sea más grande, sí, en su camita y boca arriba.”	
4	“Boca abajo... me parece que es la forma más segura.” “Nosotros, de la cuna, le pusimos una chichonera... Que cubre toda la cuna y después almohadones... Un nidito le dicen.” “ [Los gemelos] van a dormir en la misma cuna juntos. Cada uno con su nidito, pero en la misma cuna... Antes [hasta de un año], van a estar juntos mientras son chicos y después sí los separamos.”	
Los padres de recién nacidos sanos		
Entrevistado	Respuesta	
5	“Boca arriba... Sí, no se le pone nada de muñecos.”	correcta
8A	“Con ropa cómoda no muchas frazadas.”	
6	“Yo para mí lo ponía de costado con la almohadita, apenas un poquito inclinado y le ponía la almohadita en la espalda.”	con problemas
7	“De costado o boca abajo con la cabeza para el costado.” “Trato cuando está de costado envolverlo bien para que se sienta seguro.” “El gorro de la cabeza.”	
8A	“Poniéndolo de costado. Si vomita o algo... de costado.”	
8B	“Por ahora, queda más con la mamá; puede ser que un poquito más grande, en la cuna.”	

Otro tema común mencionado por las entrevistadas 2 y 9 es que las manos deben estar libres. Según la AAP (2016), no hay evidencia con respecto al riesgo de SMSL relacionado con los brazos envueltos o retirados, por lo tanto, las decisiones sobre este aspecto deben tomarse de

manera individual, dependiendo de las necesidades fisiológicas del bebé (p. 7). Sin embargo, los brazos libres podría ser un modo de mantener la manta alejada de la cara.

Sin embargo, muchas ideas de los padres en la UCIN sobre el sueño seguro eran incorrectas. Estas incluyen colecho con los padres (entrevistada 3), la posición boca abajo (entrevistada 4), el uso de almohadas (entrevistada 4), el uso de nidos de contención (entrevistadas 2 y 4) y colecho con otro bebé/los gemelos (entrevista 4). Algunas de estas ideas incorrectas fueron compartidas por los padres de bebés sanos, con la adopción de la posición de costado (entrevistadas 6, 7 y 8A) y el sobreabrigo (entrevistada 7).

Estas ideas falsas pueden ser difíciles de combatir, especialmente el colecho con los padres. Una diferencia entre la UCIN y los bebés sanos es que una tendencia normal es que los bebés sanos hagan colecho en sus primeros días mientras que los bebés que necesitaron la atención médica estaban en la UCIN en sus primeros días y por lo tanto saltaron esta etapa de colecho (Rossato, 2019). La respuesta de la entrevistada 3 es preocupante porque su bebé está en la UCIN. Ella mencionó que el lugar más seguro es en sus brazos porque “yo lo escucho mucho respirar y estoy tranquila”. Esto se ha observado en otras investigaciones, donde colecho se racionaliza con la creencia que los bebés estaban más seguros en la cama con sus madres porque ellas detectarían los problemas si los bebés estuvieran cerca (Herman, Adkins, & Moon, 2014, p. 14).

Otro aspecto difícil con el colecho es la relación entre colecho y la mayor frecuencia del amamantamiento (Blair, Heron & Fleming, 2010). El amamantamiento es una recomendación de la AAP (2016) y se ha comprobado que reduce el riesgo del SMSL (p. 4). El colecho es una práctica cultural y es una experiencia de vinculación. Por lo tanto, es difícil desaconsejarla. Sin embargo, hay evidencia de que el colecho aumenta el riesgo de SMSL. El entrevistado 8B, el

padre de un bebé sano, mencionó que su plan era colecho aunque “nosotros tenemos una vecina gordita que tenía un bebé y se durmió y aplastó y mató a la niña”. Los riesgos de colecho son conocidos, sin embargo se practica. Según la AAP (2016), es prudente proporcionar superficies separadas para dormir y evitar el colecho para gemelos y múltiples de orden superior en el hospital y en el hogar (p. 5).

Otro aspecto cultural, y por lo tanto a combatir, es el sobreabrigo. Según conversaciones con médicos, esta es una práctica común para los bebés. También se observó el miedo al frío en el 33,33 % de las enfermeras que creen que el bebé debe dormir en una habitación cálida (*Figura 5*). La entrevistada 7 cree que el gorro es bueno porque “le mantiene la temperatura”. Sin embargo, el sobreabrigo eleva los riesgos de sobrecalentamiento y bloqueo de la vía aérea, factores que aumentan el riesgo de SMSL.

Pregunta 2: ¿Cómo colocas a tu bebé para dormir acá? Las respuestas relevantes se muestran en la Tabla 2.

En UCIN, hay una variación de posiciones. Como se discutió anteriormente, esto se debe al posicionamiento terapéutico y al uso de monitores. Mientras estos bebés están casi listos para el alta, algunas de estas prácticas de sueño como boca abajo o las ayudas de posición todavía se están utilizando, especialmente por las razones reportadas por las enfermeras en las *Figuras 10 y 11*.

Hubo variación entre las prácticas que los padres van a usar en casa y sus prácticas en el hospital. Algunas indicaron que eso era por el posicionamiento terapéutico y la monitorización (entrevistadas 1A, 2 y 9), sin embargo, algunas tienen justificación incorrecta. Por ejemplo, entrevistada 4 dijo “durante el día [sus bebés duermen] boca arriba cuando uno de ellos están mirando. Más que nada por la aspiración [de vómito]”. Esto demuestra que ella no entiende por

qué las enfermeras los colocan en la posición boca arriba o que la posición boca arriba no tiene riesgo de aspiración. La madre de un bebé sano tampoco entiende por qué su bebé no hace colecho; dijo “no puede dormir conmigo acá. Le daba la teta y la ponía en la cuna por miedo a que estoy cansada y la cama es chica también” (entrevistada 8A). Para ella los riesgos de fatiga y colecho son peligrosos en el hospital, pero no en casa, cuando en realidad el colecho es siempre arriesgado.

Tabla 2		
<i>¿Cómo colocas a tu bebé para dormir acá?</i>		
Los padres de bebés en la UCIN		
Entrevistado	Respuesta	
1A	“Todavía está conectado y con sondas... hacemos en esta cuna... Boca arriba y teniendo lo que son las piernas flexionadas y también agarrarlo bien fuerte con la manta para que no se mueva ni se gire mucho.”	justificación aceptable
2	“Para dormir ahora está siempre boca arriba y cuando los ponen boca abajo siempre hay una persona que está vigilando, por las dudas. Porque a veces a ella la ponen boca abajo después de comer. ... [Para] ayudar a su digestión... Pero siempre hay alguien que está mirando.” “Asfixiarme sí porque si allá de repente si yo pongo este... [cosas cerca de su cara] Como muy cerquita a ella... Que no tenga los... los juguetes tan cerca de su cara.” “Como ella es muy chiquitita, [las ayudas de posición] para ayudarla a que descanse mejor.”	
9	“Acá sí duerme boca abajo, boca arriba o de costado porque está monitoreaba. Todo el tiempo [las enfermeras] están mirando.”	
3	“Siempre boca arriba y si... empieza a llorar mucho para que no se ahogue lo pongo de costado. Muy poquito.”	justificación incorrecta
4	“Durante el día, boca arriba cuando uno de ellos están mirando. Más que nada por la aspiración [de vómito].”	
Los padres de recién nacidos sanos		
Entrevistado	Respuesta	
5	“Boca arriba... [vistiendo] con mantas.”	justificación aceptable
6	“Boca arriba con la cabeza de costado.” “Las mantas nada más [en la cuna con el bebé]... Mantas y con los bracitos para afuera... Pues siempre trato de ponérselas, para que lo arropen digamos [no sueltas].”	
8A	“Para dormir acá, en la cuna y de costadito... No puede dormir conmigo acá. Le daba la teta y la ponía en la cuna por miedo a que estoy cansada y la cama es chica también.”	justificación incorrecta

Pregunta 3: ¿Dónde aprendiste cómo debe dormir tu bebé? Las respuestas relevantes se muestran en la Tabla 3.

Los padres en la UCIN informan tres fuentes de educación sobre el sueño para los bebés: de investigación personal (entrevistado 1B), del hospital (entrevistadas 1A, 9 y 2) o de la familia (entrevistadas 2, 3 y 4). Los padres de bebés sanos informaron de investigación personal (entrevistada 5) y del hospital (entrevistados 6, 7, 8A y 8B). La gente que hizo investigación personal (entrevistados 1A&B y 5) reportaron el más alto conocimiento sobre sueño seguro; los entrevistados 1A, 1B y 5 tuvieron respuestas apropiadas (Tablas 1 y 2). Las entrevistadas (1A, 2 y 9) que aprendieron de su tiempo en la UCIN también reportaron respuestas apropiadas (Tablas 1 y 2), con la excepción de la entrevistada 2 que planea usar un nido de contención en casa. Ella dijo, “me habían comentado por mi sobrina o por otras experiencias de mamá pero nunca la información del ‘por qué’ específicamente. Más del boca a boca... La información que corre. Nunca nada formal—formal fue acá, con las enfermeras” (entrevistada 2). La influencia de recomendaciones de la familia parece tener un impacto negativo en sus ideas sobre sueño seguro; las entrevistadas 2, 3 y 4 tuvieron respuestas inapropiadas (Tablas 1 y 2). Con las entrevistadas 3 y 4, la influencia de la familia parece que alentó una forma de colecho—con los padres (3) o con el gemelo (4). Esto sigue el patrón de que el colecho es algo cultural.

De los padres de recién nacidos saludables que aprendieron cómo deben dormir a sus bebés por los hospitales en los sectores de bebés saludables, cada uno tenía respuestas inapropiadas en relación a sueño seguro (Tablas 1 y 2, entrevistados 6, 7, 8A y 8B). Solamente la madre que hizo investigación personal (entrevistada 5) fue informada adecuadamente sobre sueño seguro.

Tabla 3		
<i>¿Dónde aprendiste cómo debe dormir tu bebé?</i>		
Los padres de bebés en la UCIN		
Entrevistado	Respuesta	
1B	“Libros con su hermano que es más grande. Leer varios libros... cuatro o cinco libros. Aparte también es enfermera porque son como rachas. Hace diez años decían que dormir de costado, [después] que necesita dormir boca abajo, y ahora por la muerte súbita dicen que deben dormir boca arriba. Entonces, al final las palabras de las enfermeras... Acá preguntamos y dice no, boca arriba y listo. Que y sí, hemos investigado... de boca o se sorprende al ver algo así como un vómito, de costado que se puede tapar con la mano.”	investigación personal
1A	“Entonces ahora la preguntamos de las enfermeras y a las doctoras”	del hospital
9	“Acá con las enfermeras.”	
2	“Me habían comentado por mi sobrina o por otras experiencias de mamá pero nunca la información del ‘por qué’ específicamente. Más del boca a boca... La información que corre. Nunca nada formal—formal fue acá, con las enfermeras.”	de la familia
3	“En realidad, tengo muchos sobrinos y entre las chicas las enfermeras del hospital nos aconsejaron eso.”	
4	“De mi mamá, de mi abuela, de la familia. Costumbres de la familia.”	
Los padres de recién nacidos sanos		
Entrevistado	Respuesta	
5	“Internet.”	investigación personal
6	“Preguntando. Acá las chicas y ya tengo otro [hijo] así que, más o menos algunas cosas me quedan.” “A las enfermeras, primero, y las chicas de NEO [neonatología] se pregunta qué era lo mejor.”	del hospital
7	“Me dijeron acá, tengo un hijo más grande, me dijeron acá una vez ya me quedó. Me siento más seguro al partir... En el hospital antes que te den el alta dicen.”	
8A	“Con mis otros dos hijos también... [para el primer bebé aprendimos] acá en el hospital.”	
8B	“De las enfermeras, los doctores.”	

Pregunta 4 ¿Su enfermera de UTIN le ha enseñado acerca de las recomendaciones de sueño seguro? La última pregunta hecha durante las entrevistas era: “¿Su enfermera de UTIN le/la ha enseñado acerca de las recomendaciones de sueño seguro y otros cuidados para disminuir el riesgo de muerte súbita y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño? Si sí... ¿Qué le mencionaron? ¿Cómo [enseñaron]?” Las respuestas relevantes se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4		
<i>¿Su enfermera de UTIN le ha enseñado acerca de las recomendaciones de sueño seguro</i>		
Los padres de bebés en la UCIN		
Entrevistado	Respuesta	
1A	“Solamente lo de prestar atención al boca arriba.”	sí
1B	“No, por ahora la conversación. Cuando tiene el alta... tiene una conversación. Nosotros ya acá hace un mes que estamos acá. Entonces, somos como amigos [con los otros padres y enfermeras] y escuchamos lo que dicen a otros, lo que preguntan...”	
2	“No, por ahora solo tuve que dormir en boca arriba hasta cuando estaba chiquitita. Es preferible que tenga una contención por todos los puntos de contacto. Como para que ella se sienta más segura, más comfortable como si estuviese en la pancita. El tema de las frazadas para que no tenga, no sé aún el estilo. Pero no, no otra información para evitar ese accidente.” “Enseña mientras están enseñando a dar el pecho... Me enseñaron a cambiarle el pañal. Me van a enseñar a bañarla. Todo. Para mí que era mi primer bebé, ella.”	
9	“Acá la podemos poner boca abajo cuando te vayas a tu casa, no. Más que nada eso.” “Escucho cuando viene el médico a dar de alta algún bebé sí le da indicaciones para la casa. Sí pero de forma oral. Ahí también te dicen de dejar la cuna despejada, de no tener como osos de peluche, ni que la manta la cubra mucho, ni almohada.”	no
3	“No sobre dormir... más de cuidado [en general].”	
4	“En realidad acá lo que te enseñan es más que nada el cuidado diario, y de cómo dormir no sé si te mencionan. ‘Ponerlo así porque va a tener muerte súbita’ o algo así eso no lo mencionan.”	
Los padres de recién nacidos sanos		
Entrevistado	Respuesta	
6	“Que me lo pusiera con los bracitos para afuera, nunca con la mantita sobre los brazos, nunca que no hacía falta ponerlo de costado porque yo lo ponía así porque se me dijo que lo ponga boca arriba y con la cabecita acomodada para el costado.”	sí
5	“No”	no
7	“Hasta ahora no me dijeron nada. Pero. Ellos te recomiendan si toma la leche... y después acostarlo.” “Bueno ahí el gorro sí porque eso le mantiene la temperatura.”	
8A	“De la muerte súbita no mucho.”	

En la UCIN, el tema más común de sueño seguro es el tema de boca arriba (entrevistadas 1A, 2 y 9). Algunas partes de la información la aprendieron escuchando las conversaciones entre otros padres y los médicos (entrevistados 1B y 9). Los padres pasan mucho tiempo en las UCIN, entonces hacen amigos con el personal y los otros padres y pueden escuchar mucho.

También, un patrón es la enseñanza por las enfermeras de cuidado general más que de sobre sueño seguro. Había un patrón en la UCIN y en los sectores de bebés saludables (entrevistadas 3, 4 y 7). Toda la información dada era verbal, con nada por escrito o impreso.

Observaciones

Además de las entrevistas con padres y las encuestas completadas por enfermeras en los cuatro hospitales, se hicieron observaciones específicas sobre la disposición de las cunas en los sectores pre-alta de las UCIN y también observaciones generales sobre aspectos de los hospitales relacionados al tema de sueño seguro.

Observaciones sobre las cunas. Se hicieron observaciones sobre la disposición de las cunas en los sectores pre-alta de las UCIN con bebés durmiendo adentro. Se tomaron en cuenta algunos factores: posición de bebé (boca abajo, boca arriba, de costado), colchón (firme o blando, plano o inclinado), cosas en la cuna, vestimenta, presencia de un chupete, calor ambiental y conexión a un monitor. Una copia de la hoja utilizada para registrar estas observaciones se muestra en el Anexo C.

En total entre los cuatro hospitales, se hicieron 13 hojas de observaciones sobre las cunas de bebés listos para el alta. Todos los bebés estaban en la posición boca arriba. Esto coincide con la mayoría (el 82,99 % para bebés prematuros y el 89,13 % para bebés de término) de las enfermeras que indicaron que usan la posición boca arriba para los bebés listos para el alta (*Figura 9*); 7 de los bebés tenían un chupete en su cuna lo cual es apropiado. La recomendación es introducir el chupete después del establecimiento del amamantamiento, entonces no se puede hacer un comentario sobre los otros 6 bebés sin chupetes sin esta información.

Sin embargo, otros aspectos restantes de posicionamiento terapéutico de la UCIN se vieron anuqué los bebés estaban casi listo para el alta. Por ejemplo, algunos de los colchones

eran blandos, estaban con capas de mantas en la parte superior pero debajo del bebé, 5 de las cunas estaban inclinadas con la cabeza elevada. Nidos de contención había en 8 de las cunas, y ayudas de posición en 1; 2 bebés tenían una manta cubriendo la cabecera de la cuna para reducir los estímulos ambientales ruidosos.

Hubo otros aspectos concernientes sobre la disposición de las cunas, no relacionados a posicionamiento terapéutico. Por ejemplo, una cuna tenía un peluche, 12 de las cunas tenían mantas, 7 de las cuales estaban sueltas o se acercaban mucho a la cara o boca del bebé. Esto es muy arriesgado, y no hay una explicación para esta práctica en posicionamiento terapéutico, y da un mal ejemplo a los padres.

Además, en un hospital, los bebés en el sector pre-alta no estaban conectados a monitores. No solo esto, sino que también tenían otros aspectos peligrosos sobre su entorno de sueño: uno dormía en un cochecito, los colchones estaban inclinados, las superficies para dormir eran blandas, había nidos de contención y habían mantas sueltas y cercanas a las caras.

El tema de temperatura fue difícil de analizar porque no se tenía un termómetro. Todos los ambientes parecían agradables, sin embargo esta es una observación subjetiva. Dos bebés tenían gorros, que tienen los riesgos de sobrecalentamiento y bloqueo de la vía aérea. Cada bebé, además de uno, tenía múltiples capas: un enterito con una o más mantas. Se observó que las enfermeras controlaron algunas temperaturas, lo que indica que algunos bebés estaban siendo controlados por termorregulación. Esto es una práctica habitual de control de temperatura en todos los turnos de enfermería.

Observaciones generales relacionadas al sueño seguro. Además de las observaciones sobre las cunas, se hicieron observaciones generales sobre los temas en los hospitales relacionados al sueño seguro.

Una de las cosas más importantes a mencionar es que la práctica general es que el médico tenga una charla con los padres durante el alta sobre aspectos de cuidado que incluyen sueño seguro. Sin embargo, en “programas de intervención temprana”, los padres reciben información contra las recomendaciones de la AAP según las necesidades del bebé particular. Una charla en el momento del alta podría explicar por qué los padres (Tabla 4) dijeron que las enfermeras no mencionaron información sobre sueño seguro—es posible que las enfermeras no sientan la necesidad de enseñar sobre eso porque será mencionado en el momento del alta. Sin embargo, considerando la pérdida de tiempo grande que las familias dejan en las UCIN y la importancia del tema de disminución del riesgo del SMSL y la MSII, debería mencionarse antes del momento del alta, en que se mencionan muchas otras cosas. Una madre dijo durante su entrevista: “A la doctora le pedimos una recomendación para leer un libro sobre prematuros... Pero, dicen que tampoco nos... Queramos buscar tanta, tanta... bajemos un poco... el estrés” (entrevistada 1A). La cantidad de información proporcionada a los padres durante el alta puede ser abrumadora. La educación más temprana puede disminuir el estrés durante el alta y la charla durante el alta puede ser más que una charla, un recordatorio. También, se observó que las enfermeras pasan mucho más tiempo con los bebés y padres que los médicos; esto contribuye a la confianza entre las enfermeras y padres mencionada anteriormente. Por lo tanto, las enfermeras deberían dar más educación sobre sueño seguro considerando sus relaciones con los padres.

Se hicieron otras observaciones sobre el material impreso entregado a los padres. Una combinación de educación verbal y en papel durante el alta es más efectivo que solamente la educación verbal (Johnson & Sandford, 2004). Había una variedad de materiales proporcionados a los padres. Un hospital proporciona libretas por cada bebé con información sobre el cuidado desde el nacimiento hasta la infancia. Esta libreta también tiene lugares para registrar

información de salud, como controles y vacunas. Contiene mucha información y es bastante larga (más de 30 páginas). Sin embargo, había solamente un párrafo con información sobre sueño seguro (se muestra en *Figura 16*). Esta información solo incluye las recomendaciones de posición boca arriba, la ausencia de humo y el consejo de no hacer colecho. Faltan otras recomendaciones de la AAP (2016) para disminuir el riesgo del SMSL y la MSII, como el uso de un colchón firme y no poner objetos blandos en la cuna. También, la foto en la página muestra un bebé con un gorro y una manta suelta—ambos riesgos del SMSL.

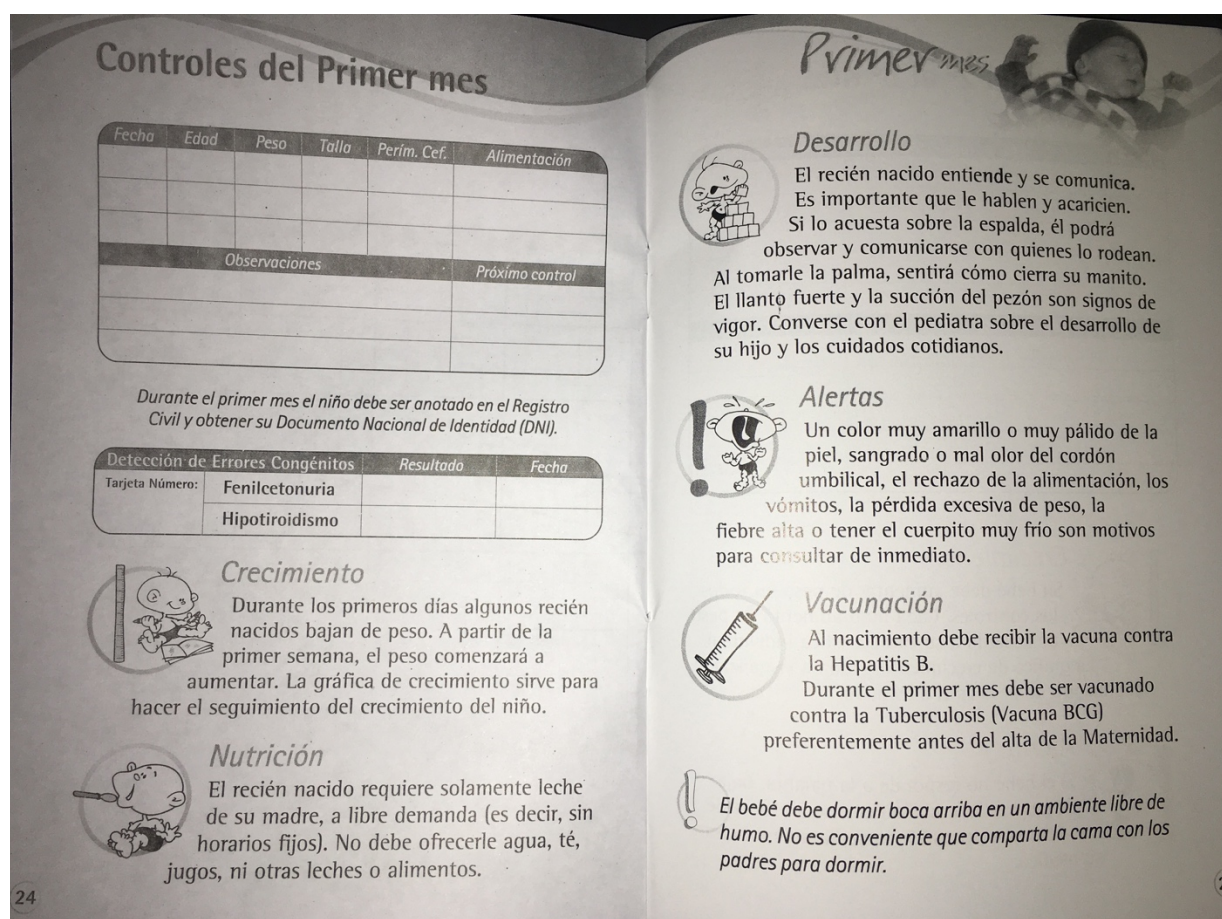


Figura 16. La libreta de un hospital público proporcionada a cada bebé. La única información sobre sueño seguro está en el párrafo inferior en el lado derecho.

Otro hospital también tiene libretas similares para dar a los padres, con ~30 páginas, espacio para escribir información médica y es solo sobre recién nacidos. Proporciona mucha

información sobre el sueño infantil seguro, como se muestra en la *Figura 17*. En la libreta se hacen algunas excepciones para los primeros días de vida (como el uso de gorro, la posición de costado y el colecho), pero aconseja contra estas prácticas. Desafortunadamente, este hospital no tiene suficientes recursos económicos para proporcionar una libreta para cada bebé. En su lugar, los padres reciben una hoja impresa en el momento del alta con un resumen de los datos del bebé y una sección final con recomendaciones, que incluye algunas viñetas sobre sueño seguro.

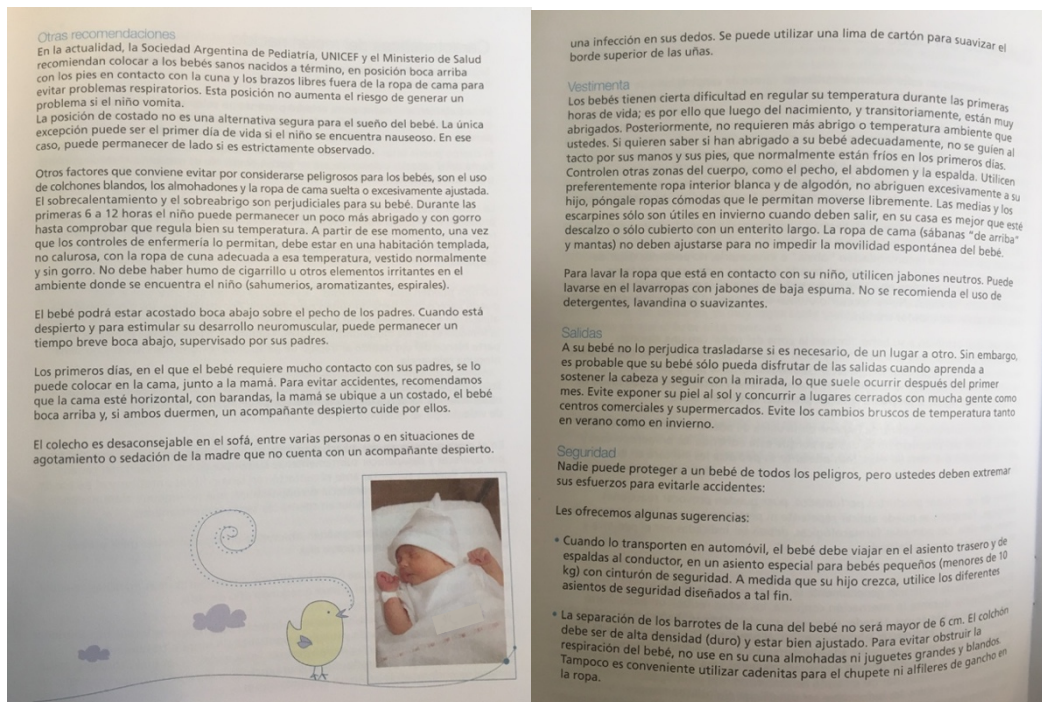


Figura 17. La libreta de un hospital privado proporcionada a algunas familias de bebés. Estas dos páginas proveen mucha información sobre sueño seguro.

Un hospital tiene un cartel en la pared del sector pre-alta con información sobre el sueño seguro (se muestra en la *Figura 18*). Este cartel tiene recomendaciones de lavarse las manos, lecho apropiado (en cuna y solo), posición boca arriba, cohabitación y uso de chupete. Como la libreta en la *Figura 16*, este cartel faltan algunas recomendaciones importantes de la AAP (2016)

como el uso de un colchón firme y no poner objetos blandos en la cuna. Sin embargo, el dibujo parece muestra segura.



Figura 18. El cartel en la pared del sector pre-alta de un hospital público. Incluye las recomendaciones de lavarse las manos, lecho apropiado (cuna y solo), la posición boca arriba, cohabitación y uso de chupete.

Además de esa información, los hospitales privados proveen clases de RCP para los padres cada dos semanas que estimulan a los padres a asistir, especialmente a los padres de bebés con problemas cardiovasculares. Este curso dura dos horas, podría ayudar a salvar la vida de los bebés si algo sucede e incluye información sobre el SMSL.

Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue evaluar la adherencia a las recomendaciones de sueño seguro por parte de las enfermeras de los sectores pre-altas de las UCIN en hospitales públicos y privados del Gran Buenos Aires en 2019. La mayoría de los bebés en las UCIN son vulnerables, poniéndolos en un mayor riesgo para el SMSL, y las otras prioridades de las UCIN pueden dificultar la implementación y la enseñanza de las recomendaciones del sueño seguro.

Las preguntas que fueron la inspiración de esta investigación eran ¿Qué saben las enfermeras acerca de las recomendaciones para un sueño seguro? ¿Cuáles son las prácticas de sueño de la enfermera para bebés listos para el alta? ¿Cómo se encuentran durmiendo en su cuna los bebés que están por ser dados de alta? ¿Qué les enseñan las enfermeras a los padres sobre cómo debe dormir su bebé?

Con los resultados de las encuestas mostraron que las enfermeras tienen conocimiento de las recomendaciones para disminuir el riesgo del SMSL y la MSII, pero hubo algunas respuestas incorrectas alarmantes como el ambiente caluroso y ropa de cama suelta. También, las fallas para identificar ideas centrales a las recomendaciones, como el papel de las vacunas para disminuir el riesgo del SMSL y la idea falsa de que los monitores en casa pueden disminuir el riesgo del SMSL, indicaron que hay una falta de comprensión acerca de la fisiopatología del SMSL y las justificaciones de cómo disminuir sus riesgos.

Las encuestas y observaciones revelaron que se siguen algunas recomendaciones de sueño seguro para los bebés listos para el alta, como la posición boca arriba, pero hay efectos persistentes de posicionamiento terapéutico de la UCIN y una dependencia en la monitorización que no se eliminan antes del alta. Además, otras prioridades, como la comodidad del bebé, a

menudo anulan las recomendaciones de sueño seguro en la toma de decisiones de las enfermeras sobre cómo colocar la cuna.

Los resultados de las encuestas, entrevistas y observaciones revelaron que hay una falta de educación suficiente sobre cómo disminuir los riesgos del SMSL y la MSII antes del alta. La educación se guarda para el último minuto y sus recursos educativos son limitados.

Los resultados de esta investigación son similares a los resultados de otras investigaciones. Esta investigación llega a las mismas conclusiones de la investigación similar en los Estados Unidos de Grazel et al. (2010) de que generalmente las enfermeras de UCIN identificaron correctamente la mayoría de las recomendaciones de sueño seguro de la AAP, aunque había faltas en conocimiento también, y que hay inconsistencias en la implementación de estrategias de sueño seguro en la práctica clínica de la UCIN e inclusión de educación sobre el riesgo del SMSL para los padres en el momento del alta.

Las implicancias de esta investigación

Esta investigación demuestra una necesidad de eliminar la diferencia entre el conocimiento de las enfermeras de las UCIN de hospitales públicos y privados del Gran Buenos Aires sobre cómo disminuir el riesgo del SMSL y la MSII y su práctica clínica. La investigación de Rivarola et al. (2016) demuestra que programas de educación en hospitales sobre el sueño seguro pueden aumentar considerablemente el conocimiento de las recomendaciones de sueño seguro por parte del personal médico y las familias de recién nacidos. Esta investigación demuestra que más programas como esos son necesarios para aumentar la adherencia a sueño seguro. Los resultados de esta investigación pueden ser usados para detectar los campos de acción para implementar capacitación de los equipos de enfermería sobre el tema, la elaboración de un protocolo para la UCIN o hacer material para las familias de alta.

Referencias

- American Academy of Pediatrics. (2016). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*, *138*(5), 1-14. doi:10.1542/peds.2016-2938
- Aris, C., Stevens, T. P., LeMura, C., Lipke, B., McMullen, S., Côté-Arsenault, D., & Consenstein, L. (2006). NICU Nurses' Knowledge And Discharge Teaching Related To Infant Sleep Position And Risk Of Sids. *Advances in Neonatal Care*, *6*(5), 281-294. doi:10.1016/j.adnc.2006.06.009
- Blair, P., Heron, J., & Fleming, P. (2010). Relationship Between Bed Sharing and Breastfeeding: Longitudinal, Population-Based Analysis [Resumen]. *Pediatrics*, *127*(2). doi:10.1542/peds.2010-1277d
- Brannigan, M. C. (2008). Connecting the Dots in Cultural Competency: Institutional Strategies and Conceptual Caveats. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *17*(02), 173-184. doi:10.1017/s0963180108080201
- Chapur, V. F., Alfaro, E. L., Bronberg, R., & Dipierri, J. E. (2019). Epidemiología de las muertes súbitas infantiles inesperadas en Argentina: Tendencia secular y variación espacial. *Archivos Argentinos De Pediatría*, *117*(3), 164-171. doi:10.5546/aap.2019.164
- Colson, E. R., & Joslin, S. C. (2002). Changing Nursery Practice Gets Inner-city Infants in the Supine Position for Sleep. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(7), 717. doi:10.1001/archpedi.156.7.717
- Essery, S. D., Raza, M. W., Zorgani, A., MacKenzie, D. A., James, V. S., Weir, D. M., . . .

- Blackwell, C. (1999). The protective effect of immunisation against diphtheria, pertussis and tetanus (DPT) in relation to sudden infant death syndrome. *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 25(1-2), 183-192. doi:10.1016/s0928-8244(99)00087-5
- Gelfer, P., Cameron, R., Masters, K., & Kennedy, K. A. (2013). Integrating "Back to Sleep" Recommendations Into Neonatal ICU Practice. *Pediatrics*, 131(4), 1264-1270. doi:10.1542/peds.2012-1857
- Grazel, R., Phalen, A. G., & Polomano, R. C. (2010). Implementation of the American Academy of Pediatrics Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome Risk in Neonatal Intensive Care Units. *Advances in Neonatal Care*, 10(6), 332-342. doi:10.1097/anc.0b013e3181f36ea0
- Herman, S., Adkins, M., & Moon, R. Y. (2014). Knowledge and Beliefs of African-American and American Indian Parents and Supporters About Infant Safe Sleep. *Journal of Community Health*, 40(1), 12-19. doi:10.1007/s10900-014-9886-y
- Jenik, A. (s.f.) FEMIP: Fundación para el Estudio y la Prevención de la Muerte Infantil y Perinatal. Recuperado abril 25, 2019, de <https://www.sids.org.ar/>
- Jenik, A., Grad, E., Orazi, V., Sapoznicoff, L., Fasola, L., Rivarola, M. R., . . . Rossato, N. (2015). 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*, 1-19. Recuperado mayo 26, 2019, de <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-iacuttea.pdf>
- Johnson, A., & Sandford, J. (2004). Written and verbal information versus verbal information

- only for patients being discharged from acute hospital settings to home: Systematic review. *Health Education Research*, 20(4), 423-429. doi:10.1093/her/cyg141
- Macklin, J. R., Gittelman, M. A., Denny, S. A., Southworth, H., & Arnold, M. W. (2016). The EASE Quality Improvement Project: Improving Safe Sleep Practices in Ohio Childrens Hospitals. *Pediatrics*, 138(4). doi:10.1542/peds.2015-4267
- National Institute of Child Health and Human Development. (2019, enero 9). How can I reduce the risk of SIDS? Recuperado mayo 8, 2019, de <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/sids/conditioninfo/reduce>
- Newberry, J. A. (2019). Creating a Safe Sleep Environment for the Infant: What the Pediatric Nurse Needs to Know. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, 119-122. doi:10.1016/j.pedn.2018.12.001
- Rivarola, M. R., Reyes, P., Henson, C., Bosch, J., Atchabahian, P., Franzosi, R., . . . Giglio, N. (2016). Impacto de una intervención educativa para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 114(3), 223-231. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.223>
- Rivarola, M. R. (2017, enero 3). Todavía no se cumplen adecuadamente las medidas de sueño seguro para los lactantes. Recuperado abril 26, 2019, de <http://www.telam.com.ar/notas/201703/181089-todavia-no-se-cumplen-adecuadamente-las-medidas-de-sueno-seguro-para-los-lactantes.html>
- Rossato, N. E. (2011). Síndrome de muerte súbita del lactante. De la teoría a la práctica diaria. *Clínicas Pediátricas del Sur*, 1-18. Recuperado de <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2011/08/Síndrome-de-muerte-súbita-del-lactante-De-la-teoría-a-la-práctica-diaria.pdf>

- Rossato, N. (2013). Nidos de contención para recién nacidos y riesgo de muerte súbita del lactante. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(1), 62-68. doi:10.5546/aap.2013.62
- Rossato, N. (2019, abril 30). SMSL: El Síndrome, Contexto en Argentina, y Problemas Actuales [Entrevista personal].
- Skadberg, B. T., & Markestad, T. (1997). Behaviour and physiological responses during prone and supine sleep in early infancy. *Archives of Disease in Childhood*, 76(4), 320-324. doi:10.1136/adc.76.4.320
- Trachtenberg, F. L., Hass, E. A., Kinney, H. C., & Krous, H. F. (2012). Risk Factor Changes for Sudden Infant Death Syndrome After Initiation of Back-to-Sleep Campaign. *American Academy of Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2011-1419

Anexo A

Encuesta dada a las enfermeras de las UCIN

Abajo hay una copia de la encuesta dada a las enfermeras de las UCIN sobre su conocimiento, sus prácticas clínicas y su enseñanza a padres de bebés en la UCIN.

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor se aplique. Para completar el espacio en blanco, escriba su respuesta en el espacio provisto.

<p>¿Cuál es la recomendación correcta para un sueño seguro para bebés hasta un año de edad?</p> <ol style="list-style-type: none"> Posición de bebé: <ol style="list-style-type: none"> boca abajo boca arriba de costado o boca arriba de costado todas las posiciones boca abajo o de costado Colchón: <ol style="list-style-type: none"> firme blando Inclinación de colchón: <ol style="list-style-type: none"> inclinado con la cabeza elevada plano Ropa de cuna <ol style="list-style-type: none"> suelta agarrada no importante Habitación <ol style="list-style-type: none"> habitaciones separadas cohabitación Lugar de sueño <ol style="list-style-type: none"> en una cuna colecho ¿Qué objeto no tiene riesgo para tener en la cuna? (Circule todo lo que corresponda) <ol style="list-style-type: none"> almohadas ayudas de posición mantas peluches nidos de contención nada Ambiente <ol style="list-style-type: none"> Temperatura cálida (27° o más) Temperatura moderada (20 a 26°C) 	<ol style="list-style-type: none"> Vestimenta <ol style="list-style-type: none"> el bebé debe estar muy abrigado no más de 1 capa más de lo que un adulto usaría para estar cómodo en ese ambiente <p>¿Las siguientes prácticas aumentan, disminuyen o no cambian el riesgo de muerte súbita y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño?</p> <ol style="list-style-type: none"> Uso del chupete (después de que se establece el amamantamiento) <ol style="list-style-type: none"> aumentar el riesgo disminuir el riesgo ningún cambio en el riesgo Exposición al humo en el aire <ol style="list-style-type: none"> aumentar el riesgo disminuir el riesgo ningún cambio en el riesgo Vacunación de rutina <ol style="list-style-type: none"> aumentar el riesgo disminuir el riesgo ningún cambio en el riesgo Uso de monitores cardiorrespiratorios a domicilio <ol style="list-style-type: none"> aumentar el riesgo disminuir el riesgo ningún cambio en el riesgo Controles regulares durante embarazo <ol style="list-style-type: none"> aumentar el riesgo disminuir el riesgo ningún cambio en el riesgo Educación a otros cuidadores sobre sueño seguro <ol style="list-style-type: none"> aumentar el riesgo disminuir el riesgo ningún cambio en el riesgo
---	--

Seleccione todas las repuestas que correspondan:

<p>1. ¿Cómo pone a dormir los bebés prematuro que están listos para el alta en su UTIN?</p> <p>a. boca abajo b. boca arriba c. de costado</p> <p>2. Si pone a un bebé prematuro listo para el alta a dormir “boca abajo” o “de su costado”, ¿por qué?</p> <p>a. miedo a la aspiración b. comodidad infantil c. seguridad infantil d. desarrollo adecuado e. indicaciones médicas f. es la práctica tradicional g. preferencia familiar h. otro razón: _____</p> <p>3. ¿Cuándo coloca a los bebés prematuros sanos en posición boca arriba para dormir?</p> <p>a. antes de las 34 semanas b. cuando tengan 34 semanas o más c. una semana antes de alta d. algunas días antes de alta e. 1-2 días antes de alta f. cuando están en una cuna abierta g. nunca h. otro momento: _____</p> <p>_____</p>	<p>4. ¿Cómo pone a dormir a los bebés de término que están listos para el alta en su UTIN?</p> <p>a. boca abajo b. boca arriba c. de costado</p> <p>5. Si pone a un bebé de término listo para el altar a dormir “boca abajo” o “de costado”, ¿por qué?</p> <p>a. miedo a la aspiración b. comodidad infantil c. seguridad infantil d. desarrollo adecuado e. indicaciones médicas f. es la practica tradicional g. preferencia familiar h. otra razón: _____</p> <p>6. ¿Ha colocado a un bebé prematuro o a término listo para el alta en la posición boca abajo por una razón no médica?</p> <p>a. sí b. no</p> <p>7. Si “sí”, ¿por qué?</p> <p>a. tiene regurgitaciones b. tose / se ahoga c. es demandante d. comodidad infantil e. llora f. comodidad de la enfermera g. preferencia familiar h. otra razón: _____</p>
---	--

8. ¿Su UTIN tiene un protocolo sobre sueño seguro para los bebés listos para el alta?

9. ¿Coloca los siguientes artículos en las cunas de **bebés términos** listos para el alta?

	SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
Ayudas de posicionamiento / rollos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muñecos de peluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nidos de contención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cubre la cabeza de la cuna con una frazada u otra cubierta para bloquear el ruido y la luz para estimular el sueño durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Qué elementos son parte de su *práctica clínica* al preparar a un bebé para el alta?

	SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
Asegura que la ropa de cuna esté sujeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retira los peluches y almohadas de la cuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace la transición del bebé al sueño boca arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retira las ayudas de posicionamiento y nidos de contención de la cuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retira las mantas sueltas de la cuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Proporciona a los padres *educación* sobre disminución del riesgo de muerte súbita y otras relacionadas con el sueño?

	SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
material impreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
audiovisual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Habla rutinariamente de estos temas durante la enseñanza de alta con padres o cuidadores?

	SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
Cosas en la cuna (peluches, mantas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención del sobrecalentamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño boca arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de dormir separada para el bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos del humo de segunda mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecho apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de chupete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de saco de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo B

Entrevista se realizada con los padres de los recién nacidos en hospitales

Abajo hay una copia de las preguntas y la hojas utilizadas para escribir notas por la entrevistadora de las entrevistas con los padres sobre su conocimiento de sueño seguro y su educación sobre como cuidar para un bebé.

1. ¿Cuál crees que es la forma más segura de dormir para un bebé?

Mencionado						
<input type="checkbox"/>	Posición:	boca abajo	boca arriba		de costado	
<input type="checkbox"/>	Colchón:	firme	blando	plano	inclinado (con la cabeza elevada)	
<input type="checkbox"/>	Compartir:	cohabitación	habitaciones separadas	colecho	superficie separada para el bebé	
<input type="checkbox"/>	En la cuna:	almohadas	mantas sueltas		muñecos	
		nidos de contención		ayudas de posición		
<input type="checkbox"/>	Vistiendo:	mantas	envuelto	saco de dormir	gorro	otro
<input type="checkbox"/>	Chupete:	sí			no	
<input type="checkbox"/>	Calor:	temperatura agradable		ambiente ligeramente caluroso		
<input type="checkbox"/>	Humo en el aire:	no tiene importancia			es riesgoso	

Otras cosas mencionadas:

--

2. ¿Cómo colocas a su bebé para dormir acá?

Mencionado						
<input type="checkbox"/>	Posición:	boca abajo	boca arriba		de costado	
<input type="checkbox"/>	Colchón:	plano			inclinado (con la cabeza elevada)	
<input type="checkbox"/>	En la cuna:	almohadas	mantas sueltas		muñecos	
		nidos de contención			ayudas de posición	
<input type="checkbox"/>	Vistiendo:	mantas	envuelto	saco de dormir	gorro	otro
<input type="checkbox"/>	Chupete:	sí			no	
<input type="checkbox"/>	Calor	no tiene importancia			es riesgoso	

Otras cosas mencionadas:

--

3. ¿Dónde aprendiste cómo debe dormir tu bebé?

Investigación personal (online, libros)	
Miembro de su familia	
Enfermera	
Una clase	
Otro	

Otras cosas mencionadas:

--

4. ¿Su enfermera de UTIN le/la ha enseñado acerca de las recomendaciones de sueño seguro y otros cuidados para disminuir el riesgo de muerte súbita y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño?

a. no b. sí

Si sí... ¿Qué le mencionaron?

Mencionado						
<input type="checkbox"/>	Posición:	boca abajo	boca arriba	de su lado		
<input type="checkbox"/>	Colchón:	firme	blando	plano	inclinado (con la cabeza elevada)	
<input type="checkbox"/>	Compartir:	cohabitación	habitaciones separadas	colecho	superficie separada diseñada para bebés	
<input type="checkbox"/>	En la cuna:	almohadas	mantas sueltas	muñecos		
		nidos de contención		ayudas de posición		
<input type="checkbox"/>	Vistiendo:	mantas	envuelto	saco de dormir	gorro	otro
<input type="checkbox"/>	Chupete:	sí			no	
<input type="checkbox"/>	Calor:	temperatura agradable		ambiente ligeramente caluroso		
<input type="checkbox"/>	El fumar:	está bien			no es seguro	
<input type="checkbox"/>	Amamantamiento:	ayuda a disminuir el riesgo			no es importante para esto	
<input type="checkbox"/>	Vacunas:	ayuda a disminuir el riesgo			no es importante para esto	
<input type="checkbox"/>	Tiempo boca abajo mientras está despierto:	ayuda a disminuir el riesgo			no es importante para esto	

¿Cómo?

Me dijeron	
Me lo demostraron	
Me lo escribieron	
Me dieron material impreso	
Me mostraron un sitio web	
Otro	

Anexo C

Hoja utilizada para hacer observaciones sobre la disposición
de las cunas en los sectores pre-alta de las UCIN

Abajo hay una copia la hoja utilizada para escribir notas sobre la disposición
de las cunas en los sectores pre-alta de las UCIN.

Arreglo de la cuna:

Posición:	boca abajo		boca arriba		de costado	
Colchón:	firme	blando	plano	inclinado (con la cabeza elevada)		
En la cuna:	almohadas		mantas		muñecos	
	nidos de contención			ayudas de posición		
Vistiendo:	mantas	envuelto	saco de dormir	gorro	otro	
Chupete:	sí			no		
Calor:	temperatura agradable			ambiente ligeramente caluroso		
Adjunto a un monitor?	sí			no		

Otras observaciones: