

Impacto de una intervención educativa para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante

Impact of an educational intervention to improve adherence to the recommendations on safe infant sleep

Dr. Manuel Rocca Rivarola^a, Dr. Pablo Reyes^a, Dra. Caterina Henson^a,
Dr. Juan Bosch^a, Dr. Pablo Atchabahian^b, Dr. Ricardo Franzosi^c, Dra. Carla Di Pietro^d,
Dra. Constanza Balboni^d y Dr. Norberto Giglio^d

RESUMEN

Introducción. Las campañas públicas en países desarrollados con recomendaciones para el sueño seguro del lactante lograron aumentar la adherencia a la posición supina para dormir a más del 70% y generaron, simultáneamente, una reducción del 53% en la incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante.

Objetivo. Valorar el impacto a los 60 días de vida de una intervención educativa realizada en las maternidades para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante.
Población, material y métodos. Estudio de intervención con control histórico entre el 1/2 y el 30/9 de 2014, realizado en la Maternidad Meisner y el Hospital Universitario Austral. Dicha intervención se denominó "tarjeta cuna" y consistió en capacitar al equipo de salud y brindar información a las familias sobre sueño seguro a través de clases, adhesivos en las cunas y material escrito.

Resultados. Fueron incluidos 550 recién nacidos. Se observó un incremento del 35% en la posición supina al dormir tras la intervención ($p < 0,0001$); la lactancia materna exclusiva se incrementó un 11% ($p = 0,01$); se redujo el colecho de un 31% a un 18% ($p < 0,0005$). No se encontraron diferencias en la cohabitación, entre convivientes fumadores ni en la utilización del chupete a los 60 días.

Conclusiones. La intervención educativa resultó útil para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro a los 60 días de vida: se evidenció una mejora en la posición supina, la lactancia materna y la reducción del colecho. No existieron cambios en la proporción de convivientes fumadores, la cohabitación y el uso del chupete.

Palabras clave: síndrome de muerte súbita del lactante, SMSL, educación, muerte en la cuna.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.223>

- Departamento Materno Infantil, Hospital Universitario Austral, Argentina.
- Secretaría de Salud del Partido de Pilar, Argentina.
- Hospital Municipal Comodoro Meisner, Argentina.
- Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Argentina.

Correspondencia:
Dr. Manuel Rocca Rivarola, mrrivarola@cas.austral.edu.ar

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 25-8-2015
Aceptado: 9-12-2015

INTRODUCCIÓN

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) representa una de las principales causas de mortalidad posneonatal en muchos países, entre los que se incluye Argentina.^{1,2}

Se define como la muerte de un niño menor de un 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.²

A principios de la década de los noventa, numerosos países implementaron programas educativos con el fin de informar y concientizar a la población sobre los factores de riesgo y los hábitos de crianza asociados al SMSL, centrados, inicialmente, en la posición prona al dormir y el consumo de cigarrillo pre y posnatal, a los que se agregaron luego las ventajas de la lactancia materna, entre otros. Como resultado, se logró una reducción promedio del 53% en la incidencia del SMSL, situación que generó un impacto de reducción del 39% de la mortalidad posneonatal.^{3,4}

En Argentina, según la encuesta realizada por el Ministerio de Salud del año 2010, el 59,5% de los egresos de las maternidades tenían como hábito la posición supina al dormir.^{5,6} En el mismo sentido, los resultados fueron similares en el Partido de Pilar, con valores de 61,2% al momento del alta, pero se observó una reducción en la adherencia a partir de los 4 meses, con valores de posición supina de 21,2%.⁷

Teniendo en cuenta la importancia de los programas educativos en la disminución del riesgo de SMSL y los resultados en la adherencia a los hábitos de crianza saludables observados en el estudio previo realizado en el Partido de Pilar,⁷ se

desarrolló, en dicha localidad, una intervención educativa con el objetivo de mejorar la adherencia a las principales recomendaciones para la reducción de los casos de SMSL.

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto a los 60 días de vida de una intervención educativa realizada en las maternidades para mejorar la adherencia a las recomendaciones sobre sueño seguro del lactante, en términos de hábito de posición supina al dormir, lactancia materna exclusiva, tabaquismo, colecho, cohabitación, lugar para dormir (cuna o cochecito-huevito) y uso del chupete.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de la investigación consistió en un estudio de intervención con control histórico. Dicho estudio se realizó en el Hospital Municipal Comodoro Meisner y en el Hospital Universitario Austral (HUA). Estas instituciones atienden el 95% de los nacimientos en el Partido de Pilar, con 4100 partos anuales en el Hospital Municipal Comodoro Meisner y 2100 en el HUA. Se realizó una encuesta en la maternidad y a los 60 días de vida (*Anexo*). El criterio de inclusión se aplicó para todos los niños nacidos vivos > 36 semanas de gestación en el Hospital Municipal Comodoro Meisner y en el HUA con domicilio materno en el Partido de Pilar. Debido a que presentaban características especiales de cuidados, fueron excluidos del estudio los niños con malformaciones congénitas mayores y/o aquellos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por más de 10 días.

El estudio se desarrolló en tres fases: Fase 1. Observación del estado basal; Fase 2. Intervención educativa; Fase 3. Observación del estado posintervención, entre el 1/2/2014 y el 30/9/2014.

Fase 1. Mediante la técnica de encuesta, se evaluaron los hábitos de prevención de SMSL, del 1/2 al 30/4. Al momento del alta de la maternidad, se recolectaron los datos de características demográficas y clínicas de las madres y los bebés, y, a los 60 días del alta, se obtuvieron, de manera telefónica, los datos definitivos de la encuesta sobre hábitos preventivos. Dado que no existía, en ninguno de los dos centros, una política institucional escrita sobre sueño seguro, dicho grupo recibió las recomendaciones verbales habituales según el criterio de cada profesional y se lo definió como control.

Fase 2. La intervención educativa se realizó del 1/5/2014 al 30/9/2014. Dicha intervención consistió en brindar información a las madres y

familias de los recién nacidos sobre la importancia de adherir a los hábitos de prevención de SMSL. Se realizaron clases grupales e individuales como requisito del alta, desarrolladas por profesionales entrenados para dicho fin. Además, se utilizó información visible, que consistió en la colocación de la denominada "tarjeta cuna" y de pósteres con información visible en los pasillos de internación y las salas de espera.⁸ Adicionalmente, a las familias participantes se les entregó material escrito, con la información brindada en el póster, sobre las pautas de sueño seguro y se dejó material gráfico para un año, según el número de partos estimado (*Figuras 1 y 2*).

Para que el proceso de formación de los profesionales encargados de transmitir la información a las familias resultara homogéneo, se realizó, inicialmente, el mismo entrenamiento para todo el personal de salud. Este fue llevado a cabo por los médicos pediatras, autores y colaboradores del trabajo siguiendo los lineamientos de las recomendaciones sobre prevención del SMSL de la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Argentina de Pediatría.⁷

FIGURA 1. Póster de sueño seguro y material impreso



Entre los profesionales encargados de transmitir la información a las familias de los recién nacidos se encontraban médicos (pediatras, neonatólogos, obstetras, residentes), licenciadas obstétricas, enfermeras y puericultoras. El entrenamiento se realizó mediante clases y talleres, que abarcaban los distintos turnos de trabajo de los profesionales.

Fase 3. Se llevó a cabo con la misma metodología de la fase 1, mediante prueba de encuesta personal en la maternidad y, posteriormente, a los 60 días, de manera telefónica entre el 1/7/2014 y el 30/9/2014. Dado que este grupo recibió la intervención educativa, se definió como grupo con intervención.

Tanto para el grupo control como intervención, la medida de resultado principal fue la posición supina al dormir del recién nacido a los 60 días de alta de la maternidad. Se evaluaron, además, los hábitos preventivos descritos para el objetivo principal y, al momento del alta de la maternidad, las características demográficas y clínicas de las madres y los bebés.

El cuestionario utilizado se basó en el modelo de encuesta adaptado y validado del *International Child Care Practices Study*.^{9,10} (Véase el Anexo). En ambos grupos, a aquellas familias que, luego de la encuesta a los 60 días, informaban no estar cumpliendo las pautas de sueño seguro se les recordaba su importancia y la de consultar con su médico pediatra.

Asumiendo un aumento del 15% en la posición supina al dormir y basándonos en el 21% a los 4 meses de nacido previamente publicado,⁷ se estimó que el incluir a 196 pacientes en cada grupo (control e intervención) permitiría detectar una diferencia de 10% o más entre ambos grupos con potencia de 80% y significancia del 5%.

FIGURA 2. Material adhesivo en cada cuna



Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y de prevención para ambos grupos: control e intervención.

Para la comparación de las variables categóricas en ambos grupos, se aplicó la prueba de chi cuadrado. Para la comparación de las variables continuas, se aplicaron la prueba de Mann-Whitney o de t según el cumplimiento del supuesto de normalidad, verificado por la prueba de Shapiro-Wilks. En todos los casos, se consideró un nivel de significación del 5%.

Aspectos éticos

Tanto la información visible como los cuestionarios y el protocolo de trabajo fueron aprobados por el Comité Institucional de Evaluación de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral. Además, todas las madres, padres o tutores que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado respectivo.

RESULTADOS

Durante el período del estudio, fueron incluidos 550 recién nacidos, de los cuales 283 participaron en el grupo control y 267 niños en el grupo intervención. Se pudo recabar información a los 60 días en 499 niños, que representa una pérdida del 9,2% (Figura 3). Dicha pérdida se produjo por diversas dificultades en el contacto telefónico y, de acuerdo con los sistemas de registro municipales, no se informaron fallecimientos durante el período en que se desarrolló el estudio en nuestra población.

En la Tabla 1, se describen las características demográficas y clínicas de las madres y los bebés para ambos grupos y los resultados sobre la posición al dormir, lactancia exclusiva y uso del chupete al momento del alta de la maternidad.

En relación con la posición al dormir a los 60 días de vida, se observó, en el grupo control, que el 42% de los niños utilizaban la posición supina, mientras que el 77% lo hacía en el grupo intervención ($p < 0,0001$) (Tabla 2).

Se observó que el 50% utilizaban la posición de costado en el grupo control y el 19% en el grupo intervención ($p < 0,04$). El 93% de los bebés cohabitaban con sus padres en ambos grupos, control e intervención. Realizaron colecho el 31% en el grupo control y el 17% en el grupo intervención ($p = 0,0005$) (Tabla 2). En relación con el lugar donde dormían, se observó que, 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% ($p = 0,01$) (Tabla 2).

En relación con el hábito de fumar, no se encontraron diferencias entre los convivientes fumadores: la proporción a los 60 días fue de 27% en ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias en el uso del chupete a los 60 días, comparando el grupo control con el grupo intervención.

DISCUSIÓN

Si bien el SMSL se atribuye a una multiplicidad de causas, la teoría más difundida es la "hipótesis del triple riesgo". En esta, intervendría un lactante vulnerable definido por una serie de condiciones: varón, prematuro, con exposición prenatal al tabaco y al alcohol, a lo que se podrían sumar alteraciones del sistema serotoninérgico, canalopatías y polimorfismos o mutaciones,

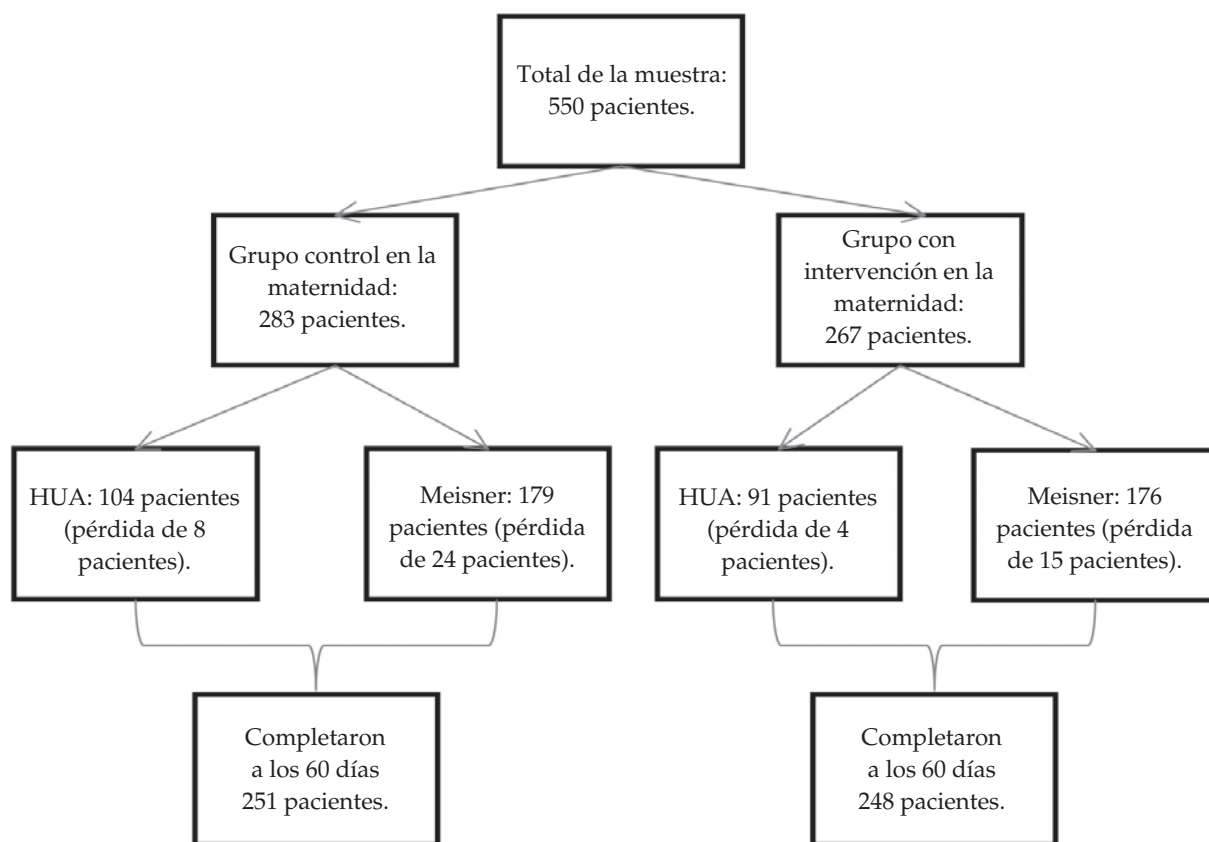
asociados a un período crítico del desarrollo (edad de los 2 a los 6 meses) y factores extrínsecos, como dormir boca abajo/de costado, colecho, sobrecalentamiento, tabaquismo ambiental.

La convergencia de estos factores conduciría a la falla de la respuesta protectora normal ante eventos de hipoxemia.¹¹

Numerosos países del mundo han desarrollado diferentes programas, tales como EE. UU., Noruega, Nueva Zelanda, Canadá y el Reino Unido, donde la prevalencia de la posición supina al dormir es mayor del 70% a los 4 meses de vida.¹²⁻¹⁵

Merece un comentario el hábito de dormir de costado, que también se redujo de manera significativa en el grupo intervención a los 60 días de edad. Si bien la posición de costado fue sugerida para dormir en las primeras campañas de prevención de SMSL, Scragg y Mitchell en 1998 y Gilbert en 2005 demostraron que dicha posición tenía una asociación significativa con el SMSL.^{13,16}

FIGURA 3. Diagrama de distribución muestral; total y por centro



La posición al dormir continúa, a la fecha, siendo un hábito difícil de modificar, debido a que subsisten temores respecto a que la posición en decúbito supino sea insegura, que aumente la posibilidad de aspiraciones¹⁷ o que genere un mayor número de despertares.¹⁸

Sobre la base de estos supuestos, algunos investigadores han descrito que la resistencia a adoptar la posición supina al dormir se observa, con mayor frecuencia, en la población joven de origen hispano y con niveles socioeconómicos bajos.^{10,12,19}

En esta oportunidad, decidimos incorporar a nuestro trabajo la "tarjeta cuna", propuesta por S. Cowan de Nueva Zelanda en el Proyecto Vínculo

realizado en Argentina, avalado por el Ministerio de Salud, la Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF,⁶ cuyo mensaje principal es: "Tu bebé necesita dormir boca arriba, tomar el pecho y respirar aire puro". Dicha intervención es de bajo costo y promueve el diálogo entre el equipo de salud y las familias.

Sobre la base de la secuencia de este mensaje, además de observar un cambio favorable en los hábitos de dormir, también hemos encontrado un incremento de niños amamantados exclusivamente y no hemos podido evidenciar cambios en el hábito de fumar de los convivientes.

Están establecidos con claridad los efectos del

TABLA 1. Características basales en ambos grupos

		Control (n = 283)	Intervención (n = 267)	p
Edad materna	(Media/DE)	26,59 (6,43)	26,98 (6,14)	NS
Estado civil	Casada (n/%)	41 (16%)	31 (12,5%)	NS
	En pareja (n/%)	186 (73%)	191 (77%)	NS
	Soltera (n/%)	29 (11%)	26 (10,5%)	NS
Nivel de instrucción	Primario completo (n/%)	59 (23,5%)	43 (17%)	0,028
	Secundario incompleto (n/%)	84 (33,5%)	91 (37%)	NS
	Sec. comp./terc./univ. (n/%)	108 (43%)	114 (46%)	NS
Embarazos previos	(Media/DE)	2,41 (1,38)	2,57 (1,57)	NS
Números de hijos	(Media/DE)	2,31 (1,38)	2,44 (1,52)	NS
Sexo femenino del recién nacido	(n/%)	115 (46,4%)	127 (49,2%)	NS
Cesárea	(n/%)	76 (31%)	81 (31,4%)	NS
Peso de nacimiento (g)	(Media/DE)	3353 (592)	3377 (546)	NS
Cantidad de convivientes	(Media/DE)	5 (2,03)	4,95 (1,92)	NS
5 o más controles durante el embarazo	(n/%)	180 (72%)	205 (80%)	NS
Fumó durante el embarazo	(n/%)	21 (8,5%)	13 (5%)	NS
Uso del chupete en la maternidad	(n/%)	66 (27%)	47 (18%)	0,0234
Lactancia exclusiva	(n/%)	238 (96%)	244 (95%)	NS
Posición supina al dormir	(n/%)	187 (76%)	210 (82%)	NS

DE: desvío estándar; NS: no significativa.

TABLA 2. Características a los 60 días en ambos grupos

		Control (n = 251)	Intervención (n = 248)	p
Comparte la habitación	(n/%)	230 (91,6%)	224 (90,3%)	NS
Práctica de colecho	(n/%)	78 (31%)	42 (17%)	< 0,0005
Posición para dormir	Supina (n/%)	105 (42%)	191 (77%)	< 0,0001
	De costado (n/%)	125 (50%)	47 (19%)	< 0,04
	Prona (n/%)	21 (8%)	10 (4%)	NS
Lugar para dormir	Cuna (n/%)	137 (54%)	190 (76%)	0,0003
	Huevito/cochecito (n/%)	38 (15%)	6 (2%)	
Modo de alimentación	Leche materna exclusiva (n/%)	150 (60%)	174 (71%)	< 0,01
	Alimentación mixta (n/%)	82 (33%)	63 (25%)	NS
	Alimentación artificial (n/%)	19 (7%)	11 (4%)	NS
Utiliza el chupete	(n/%)	130 (51,8%)	139 (56%)	NS
Presencia de un fumador conviviente	(n/%)	68 (27,1%)	67 (27%)	NS

NS: no significativa.

tabaquismo sobre la salud perinatal y posnatal, que incluyen el bajo peso al nacer, el parto pretérmino y un riesgo aumentado de SMSL.²⁰ El riesgo de muerte súbita aumenta 4 veces en hijos de madres fumadoras y 2 veces cuando la madre se expone de manera pasiva al humo del cigarrillo, lo cual también destaca la afectación en el fumador pasivo.²¹⁻²⁴ Dichos datos evidencian un serio problema de salud materna y perinatal, que es aún más preocupante al considerar las cifras de exposición ambiental al tabaco (1 de cada 4 mujeres convive con fumadores), similar a los resultados publicados dos años antes.⁷ Las condiciones de la complejidad física, psicológica y social que implica el cese de una adicción²¹⁻²³ podrían explicar el fracaso de la intervención en este sentido.

En relación con el chupete, encontramos un descenso significativo en el grupo intervención en la maternidad, circunstancia que podría deberse a una explicación más clara sobre el momento adecuado para comenzar su utilización. Pero no se han podido establecer, entre ambos grupos, diferencias sobre el uso del chupete a los 60 días, situación que implica reevaluar este mensaje. La información brindada, a pesar de ser correcta, debería contener, para futuras campañas, mensajes positivos y no prohibitivos. Los mensajes dentro de los primeros días de vida deberían fomentar el apego y la lactancia exclusiva, además de promover el uso del chupete una vez que se haya establecido adecuadamente la lactancia materna.^{4,25,26}

Al igual que se observa en nuestros resultados, en la población argentina, es muy común que los padres cohabiten con sus bebés por apego, por la falta de espacio o por el propio miedo al SMSL, lo que podría explicar el alto porcentaje de cohabitación observado en ambos grupos.

Finalmente, la proporción de lactantes que realizaban colecho en el grupo intervención fue menor al grupo control, a pesar de no estar incluido específicamente en la "tarjeta cuna" y en el material escrito. Los riesgos que genera dicho hábito fueron informados verbalmente a las diferentes familias en la maternidad.

Existe evidencia de que la práctica del colecho es de elevado riesgo en ciertas circunstancias: cuando se practica en sillones, sofás o colchones muy suaves, participan niños pequeños menores de 3 meses, niños prematuros, con madres o padres fumadores o que hayan consumido alcohol, drogas o sedantes.^{27,28}

En nuestro país, la recomendación de la Sociedad Argentina de Pediatría, del año 2000,²⁹ no lo incorporaba de manera concluyente, pero, en las consideraciones de sueño seguro del año 2015, se sugiere que, debido a la evidencia disponible, el equipo de salud recomiende en forma unánime la cohabitación sin colecho para un sueño seguro de los lactantes y los prematuros.⁵

Si bien ambas poblaciones resultan bastante similares en sus características (*Figura 2*), condición que permite que sean comparables los resultados obtenidos, nuestro trabajo no está libre de sesgos inherentes a que se trata de una estrategia educativa abierta en la que resulta muy complejo cegar la evaluación de resultados. Además, resulta posible que, en cierta medida, los resultados favorables en el grupo intervención tengan que ver, en parte, con la diferencia entre la proporción de madres con primario completo en este grupo.

Debido a características que tienen que ver con la difusión normal de los mensajes que se brindan en un hospital a través del intercambio social entre las diferentes familias hospitalizadas, resultó extremadamente difícil desarrollar, en el mismo tiempo, la intervención en un grupo y generar, además, un grupo control.

Es por ello por lo que ambos grupos fueron evaluados de manera secuencial, estrategia que presenta algún grado de sesgo.

De todos modos, la asociación temporal entre la intervención y los resultados, los contenidos utilizados para comunicar el mensaje y la presencia de un grupo control, aun con alguna debilidad, refuerzan la hipótesis de que esta estrategia educativa ha sido efectiva.

CONCLUSIONES

La intervención educativa realizada en las maternidades resultó una herramienta útil para mejorar la adherencia a las recomendaciones a los 60 días de vida: se evidenció una mejora significativa de la posición supina para dormir, en la lactancia materna y en la reducción del colecho.

No se evidenciaron cambios significativos relacionados con el conviviente fumador, la cohabitación y el uso del chupete a los 60 días. ■

Agradecimientos

Al doctor Gabriel Musante y a la licenciada Magdalena Caballero.

REFERENCIAS

1. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004;114(1):234-8.
2. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Análisis de la Mortalidad Materna e Infantil. República Argentina 2003-2012. [Acceso: 10 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf.
3. American Academy of Pediatrics AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS: Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992;89(6 Pt 1):1120-6.
4. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128(5):e1341-67.
5. Jenik A, Grad E, Orazi V, Sapoznicoff L, et al. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2015. [Acceso: 10 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consideracionesSueno.pdf>.
6. Información para la comunidad: tarjeta cuna [Internet]. Fundación para el Estudio y la Prevención de la Muerte Infantil y Perinatal. [Acceso: 10 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.sids.org.ar/gdp51.htm>.
7. Rocca RM, Bosch FJ, Henson DC, Reyes HP, et al. Evaluación de la adherencia a las recomendaciones para disminuir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del lactante. *Rev Chil Pediatr* 2014;85(4):462-9.
8. Cowan S, Pease A, Bennett S. Usage and impact of an online education tool for preventing sudden unexpected death in infancy. *J Paediatr Child Health* 2013;49(3):228-32.
9. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128(5):1030-9.
10. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006;367(9507):314-9.
11. Kinney HC. Brainstem mechanisms underlying the sudden infant death syndrome: evidence from human pathologic studies. *Dev Psychobiol* 2009;51(3):223-33.
12. Pickett KE, Luo Y, Lauderdale DS. Widening social inequalities in risk for sudden infant death syndrome. *Am J Public Health* 2005;95(11):1976-81.
13. Scragg RK, Mitchell EA. Side sleeping position and bed sharing in the sudden infant death syndrome. *Ann Med* 1998;30(4):345-9.
14. Mitchell EA, Tonkin S. Publicity and infants' sleeping position. *BMJ* 1993;306(6881):858.
15. Hiley CM, Morley CJ. Evaluation of government's campaign to reduce risk of cot death. *BMJ* 1994;309(6956):703-4.
16. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol* 2005;34(4):874-87.
17. Krous HF, Masoumi H, Haas EA, Chadwick AE, et al. Aspiration of gastric contents in sudden infant death syndrome without cardiopulmonary resuscitation. *J Pediatr* 2007;150(3):241-6.
18. Franco P, Groswasser J, Sottiaux M, Broadfield E, et al. Decreased cardiac responses to auditory stimulation during prone sleep. *Pediatrics* 1996;97(2):174-8.
19. Lesko SM, Corwin MJ, Vezina RM, Hunt CE, et al. Changes in sleep position during infancy: a prospective longitudinal assessment. *JAMA* 1998;280(4):336-40.
20. Hoffhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003;88(12):1086-90.
21. McDonnell-Naughton M, McGarvey C, O'Regan M, Matthews T. Maternal smoking and alcohol consumption during pregnancy as risk factors for sudden infant death. *Ir Med J* 2012;105(4):105-8.
22. Liebrechts-Akkerman G, Lao O, Liu F, van Sleuwen BE, et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr* 2011;170(10):1281-91.
23. Owen L, McNeill A, Callum C. Trends in smoking during pregnancy in England, 1992-7: quota sampling surveys. *BMJ* 1998;317(7160):728.
24. Fleming P, Blair PS. Sudden Infant Death Syndrome and parental smoking. *Early Hum Dev* 2007;83(11):721-5.
25. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2009;123(3):e406-10.
26. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116(5):e716-23.
27. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, Blair PS, et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012;160(1):44-8.
28. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3(5):e002299.
29. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita del Lactante. Nuevas recomendaciones para la disminución del riesgo de muerte súbita del lactante. *Arch Argent Pediatr* 2000;98(4):239-43.

ANEXO

EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS DE CRIANZA EN NIÑOS DEL PARTIDO DE PILAR

ENCUESTA INICIAL (EN LA INTERNACIÓN)

Fecha de realización de la encuesta:

Datos de filiación materna

Nombre y apellido materno:

Nombre y apellido paterno:

Domicilio:

Teléfono de contacto (1):.....

Teléfono de contacto (2):.....

Dirección de correo electrónico:

Edad materna (años)

15-20

20-25

25-30

30-35

35-40

> 40

Fumó durante el embarazo

No

Sí

Cigarrillos/día:

< 5

5-10

> 10

Estado civil

Soltera

En pareja

Casada

Separada

Viuda

Bebió alcohol

No

Sí

Cuánto:

< 3 veces/semana

> 3 veces/semana

Nivel de instrucción

Primario incompleto

Primario completo

Analfabeta

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciario o universitario

Antecedentes sociales

Vivienda:

Material

Madera

Chapa

Casilla

Cloaca:

Sí

No

Agua potable:

Sí

No

Nº de piezas o habitaciones para dormir.....

Nº de convivientes totales

Número de embarazos (considerando el actual)

< 3

3-5

> 5

Número de hijos (considerando el recién nacido)

< 3

3-5

> 5

Antecedentes del recién nacido

Nombre y apellido:

.....

Número de controles que realizó durante el embarazo actual

< 3

3-5

> 5

Sexo

F

M

Embarazo

Único

Gemelar

Edad gestacional en semanas:

Vía de finalización

Parto

Cesárea

Peso de nacimiento:

< 1500 g

1500-2000 g

2000-3000 g

3000-4000 g

> 4000 g

Apgar

Vigoroso (7-10)

Deprimido (< 6)

Internación en Neonatología:.....

Sí

No

Hábitos de crianza

Cómo se alimentó en el día de hoy su bebé:

Con lactancia materna exclusiva

Con lactancia materna + complemento de leche maternizada

Con lactancia materna + complemento de leche de vaca

Con biberón con leche entera de vaca

Con biberón con leche maternizada

Utilizó el chupete hoy:

Sí

No

¿En qué posición fue colocado para dormir el bebé anoche?

Panza arriba

De costado

Panza abajo

ENCUESTA DE SEGUIMIENTO (2 meses)

Hábitos de crianza

Alimentación:

Con lactancia materna exclusiva

Con lactancia materna + complemento de leche maternizada

Con lactancia materna + complemento de leche de vaca

Con biberón con leche entera de vaca

Con biberón con leche maternizada

Recibe suplementación con vitaminas ACD:

Sí

No

Utilizó la noche de ayer el chupete:

Sí

No

¿En qué lugar (habitación, pieza, etc.) durmió anoche el recién nacido?

En una habitación solo

En una habitación junto con la mamá y el papá

En una habitación con la mamá, el papá y otras personas (hermanos, familiares)

En una habitación con otra persona (hermanos, familiares)

¿Durmió en la misma cama que otra persona?

No

Sí, con la madre

Sí, con la madre y el padre

Sí, con otra persona

¿Dónde durmió anoche el recién nacido?

Cama

Cuna/moisés

Cohecito

¿En qué posición fue colocado para dormir el bebé anoche?

Panza arriba

De costado

Panza abajo

¿En el lugar en que durmió anoche (cama/cuna/moisés/cohecito) se encontraban almohadas, almohadones o peluches?

No

Sí

Convivientes fumadores:

No

Sí

¿Cuántos en total?

Madre

Padre

Otro