



“CONOCIMIENTOS Y REGISTROS DE LAS ENFERMERAS RESPECTO DE LAS INDICACIONES ESPECÍFICAS PARA PREVENCIÓN DE ASFIXIA POR ASPIRACIÓN Y MUERTE SÚBITA, DADAS A LAS MADRES DE LACTANTES MENORES”

Tesis para la obtención del grado de Licenciado en Enfermería

*Integrantes: Allyson Aguilera Aravena
Carolina Espinosa Palma
Valeria Ibacache Pincheira
Johanna Rivas Waitters
Javiera Vásquez Loyola
Ingrid Wilson Veas
Docente guía: EM Kareen Berger Vila*

-Valparaíso, 2010-

Agradecimiento

A través de estas palabras queremos agradecer a todos los que contribuyeron a la realización de nuestra tesis:

En primer lugar a nuestras familias y especialmente a nuestros padres, quienes nos han dado la fuerza y el apoyo durante estos cuatro años de formación profesional.

A las personas y entidades que permitieron la realización de esta investigación entre ellas, las Enfermeras y personal de cada Consultorio, a la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

Finalmente a nuestra docente guía, Kareen Berger, por la preocupación y apoyo constante desde el inicio de nuestro estudio.

A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE DE MATERIAS

	<i>Página</i>
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE DE MATERIAS	III
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1 Introducción	2
1.2 Delimitación del Problema	3
1.3 Definición de términos	3
1.4 Limitaciones del estudio	3
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	
2.1 Crecimiento y desarrollo	7
2.1.1 Crecimiento y desarrollo del lactante	7
2.1.2 Crecimiento y desarrollo físico del lactante	7
2.2 Desarrollo del lactante por sistemas	8
2.2.1 Sistema Nervioso	8
2.2.2 Sistema Tegumentario	9
2.2.3 Sistema Respiratorio	9
2.2.4 Sistema Digestivo	9
2.3 Teoría de Virginia Henderson	9
2.3.1 Conceptos principales de la teoría	10
2.4 Necesidad de Reposo y Sueño en lactantes menores	11
2.4.1 Recomendaciones para un dormir satisfactorio	11
2.5 Necesidad de Alimentación en lactantes menores	12

	<i>Página</i>
2.6 Necesidad de Respiración en lactantes menores relacionado con la importancia de la posición al dormir	14
2.6.1 Anatomía Respiratoria	14
2.6.2 Implicaciones fisiológicas	15
2.7 Alteraciones relacionadas con la Necesidad de Reposo y Sueño en lactantes menores	16
2.7.1 Asfixia por aspiración en el lactante menor	16
2.7.2 Síndrome de Muerte Súbita en el lactante menor	18
2.8 Situación Epidemiológica Síndrome de Muerte Súbita del lactante en la región de Valparaíso	19
2.9 Información Ministerial	21
2.10 Factores relacionados con el posible aumento del riesgo de presentar alteraciones en la Necesidad de Reposo y Sueño en los Lactantes	22
2.10.1 Factores socioeconómicos y demográficos	22
2.10.2 Posición del lactante en la cuna al dormir	22
2.10.3 Dormir en superficies blandas	23
2.10.4 Arropamiento excesivo y sobrecalentamiento en la cuna	23
2.10.5 Factor climático	24
2.10.6 Uso de objetos en la cara del niño	24
2.10.7 Colecho y cohabitación	24
2.10.8 Tabaquismo	25
2.10.9 Calefacción	25
2.10.10 Uso del chupete al dormir	25
2.11 Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social	26
2.12 Enfermería y Rol del profesional Enfermero	27
2.12.1 Definiciones legales de Enfermería	27
2.12.2 Perfil del Profesional Enfermero egresado de Universidades Chilenas	27
2.12.2.1 Universidad de Chile	28
2.12.2.2 Universidad de Valparaíso	28
2.12.2.3 Universidad Andrés Bello	29

	<i>Página</i>
2.13 Control de Salud Infantil	29
2.14 Registros de Enfermería	31
2.15 Objetivos Generales	34
2.16 Objetivos Específicos	34
2.17 Operacionalización de Variables	36
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	
3.1 Organización del trabajo en grupo	40
3.2 Tipo de estudio	40
3.2.1 Tipo de diseño de investigación	40
3.2.2 Diseño muestral	41
3.3 Método de recolección de datos	43
3.3.1 Elección de Consultorios para aplicación de instrumentos	43
3.4 Aplicación Instrumentos	44
3.4.1 Elaboración y Descripción de los instrumentos	44
3.4.2 Consentimiento informado	44
3.4.3 Cartas de petición a:	44
3.4.3.1 Subdirector Red de Salud de Valparaíso	44
3.4.3.2 Directores de Consultorios	44
3.5 Prueba de confiabilidad de entrevistas para Enfermeras	44
3.6 Criterios utilizados	45
3.6.1 Criterios para aplicación de instrumentos	45
3.6.2 Criterios de análisis y evaluación de la información	45
3.6.3 Programas utilizados	48
3.7 Organización del trabajo en equipo	48

	<i>Página</i>
CAPÍTULO 4: RESULTADOS, PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS	
4.1 Primera Parte: Antecedentes generales de la muestra	50
4.2 Segunda Parte:	51
4.2.1 Conocimientos de la Enfermera	51
4.3 Tercera Parte	56
4.3.1 Registros de la Enfermera	56
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones del estudio	64
5.2 Discusión/Sugerencias	71
5.3 Resumen	73
5.4 Abstract	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	
✓ ANEXO 1: Carné de Salud Infantil Ministerio de Salud, Chile	86
✓ ANEXO 2: Carné de Salud Infantil Chile Crece Contigo	87
✓ ANEXO 3: Entrevista para Enfermeras	88
✓ ANEXO 4: Pauta de cotejo para revisión de ficha de Salud	93
✓ ANEXO 5: Consentimiento Informado	95
✓ ANEXO 6: Carta de petición a Subdirector Red de Salud	96
✓ ANEXO 7: Carta de petición a Directores de Consultorios	97
✓ ANEXO 8: Criterios de análisis y evaluación de la información	98
✓ ANEXO 9: Tablas de respaldo de gráficos	101

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<i>Página</i>
<i>Segunda Parte: Conocimientos de la Enfermera respecto de las indicaciones específicas para prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores.</i>	51
Gráfico N° 1: Conocimientos de la Enfermera respecto a la posición al dormir del lactante menor.	51
Gráfico N° 2: Conocimientos de la Enfermera respecto a la inclinación de la cabecera de la cuna.	51
Gráfico N° 3: Conocimientos de la Enfermera respecto al tipo de colchón donde debe dormir el lactante menor.	52
Gráfico N° 4: Conocimientos de la Enfermera respecto al lugar donde debe dormir el lactante menor.	52
Gráfico N° 5: Conocimientos de la Enfermera respecto al número de frazadas con las que debe dormir el lactante menor.	52
Gráfico N° 6: Conocimientos de la Enfermera respecto a la cantidad de prendas con las que debe dormir el lactante, considerando el vestuario de la madre.	53
Gráfico N° 7: Conocimientos de la Enfermera respecto al número de almohadas con las que debe dormir el lactante menor.	53
Gráfico N° 8: Conocimientos de la Enfermera respecto a objetos que pueden estar en la cuna del lactante menor.	54
Gráfico N° 9: Conocimientos de la Enfermera respecto a las indicaciones que se deben dar sobre hábito tabáquico y calefacción en el hogar.	54
Gráfico N° 10: Conocimientos de la Enfermera respecto a las indicaciones que deberían darse en relación a la técnica de lactancia materna.	55

Gráfico N° 11: Grado de Conocimientos de la Enfermera sobre indicaciones de prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores.	55
<i>Segunda Parte: Registros de la Enfermera respecto de las indicaciones específicas para prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores.</i>	56
Gráfico N° 12: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de posición al dormir del lactante menor: Decúbito supino, lateral.	56
Gráfico N° 13: Registro de la Enfermera sobre indicaciones del lugar en donde debe dormir el lactante menor: Cuna individual.	57
Gráfico N° 14: Registro de la Enfermera sobre indicaciones del tipo de colchón en donde debe dormir el lactante menor: Firme.	57
Gráfico N° 15: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de la cantidad de ropa de cama del lactante menor: 2 frazadas.	58
Gráfico N° 16: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de la inclinación de la cabecera de la cuna del lactante menor: 30°-50°.	58
Gráfico N° 17: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de ausencia de objetos en la cuna.	59
Gráfico N° 18: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de ausencia de almohadas en la cuna.	59
Gráfico N° 19: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de factores ambientales: Hábito tabáquico y calefacción.	60
Gráfico N° 20: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de técnica de lactancia materna.	60
Gráfico N° 21: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de desflato.	61
Gráfico N° 22: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de tipo de ropa del lactante menor: holgada.	61
Gráfico N° 23: Registro de la Enfermera sobre indicaciones de cantidad de ropa de cama del lactante menor: 1 prenda más que la madre.	62

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Página</i>
Tabla I: Desarrollo psicomotor del lactante de uno a tres meses de edad.	8
Tabla II: Datos Epidemiológicos de SMSL en niños menores de un año en la Región de Valparaíso, Comuna de Valparaíso y Comuna de Viña del Mar.	20
Tabla III: Controles de Salud Infantil de 1 a 3 Meses.	31
Tabla IV: Número de Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en Consultorios de la Comuna de Valparaíso.	41
Tabla V: Número de fichas disponibles de lactantes de 4 meses en Agosto de 2010.	42
Tabla VI: Número de registros incluidos en cada una de las 89 fichas revisadas, correspondientes al 1 ^{er} , 2 ^o y 3 ^{er} mes de control.	42

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

En sus inicios Enfermería era considerada una ocupación en el área de la salud basada en la práctica y en el conocimiento básico de su campo, pero a lo largo de los años esta concepción ha cambiado gracias al aporte de las teorías de enfermería, las cuales le han dado la facultad de ser considerada una ciencia.

Enfermería, como ciencia del cuidado, ha sido desarrollada por muchas teoristas, entre ellas se encuentra Virginia Henderson, quien definió la disciplina en base a 14 necesidades básicas que sustentan los cuidados otorgados a las personas. Entre estas necesidades se encuentra la de Reposo y Sueño, cuyo ciclo de actividad y descanso es vital en el ser humano, ya que contribuye al bienestar físico y psicológico que le permite desenvolverse durante el día. Existen diversas situaciones y factores que pueden alterar el equilibrio de esta necesidad, específicamente en los lactantes, entre las cuales se encuentran el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y la Asfixia por Aspiración.

En el caso del SMSL, éste fue considerado la 3ª causa de mortalidad infantil en niños menores de un año en Chile durante el año 2004 y la primera en países desarrollados.¹ En relación a la región de Valparaíso el N° de casos notificados de muerte por esta causa ha disminuido a lo largo de los años, registrándose el último en el año 2004 en Valparaíso, comuna que por cierto presenta la mayor cantidad de notificaciones entre los años 2000 y 2007 en comparación con las demás ciudades de la región.

Debido a que los niños menores de 3 meses son el grupo de mayor riesgo de sufrir SMSL y asfixia por aspiración, es que los profesionales de enfermería cumplen un rol fundamental en su prevención, ya que son ellos los que tienen un contacto periódico con las madres de estos lactantes en los controles del niño sano y por ende son los encargados de dar educación e indicaciones específicas respecto a este tema. Por esta razón es imprescindible investigar los conocimientos de las Enfermeras/os de los centros de salud de la atención primaria de Valparaíso, en relación al SMSL y asfixia por aspiración, y también de los registros que quedan plasmados en las fichas clínicas de estos niños, que dan fe de la labor realizada.

1.2 Delimitación del Problema

Conocimientos y registros de las Enfermeras respecto de las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita, dadas a las madres de lactantes menores que asisten a control de salud en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso, durante Agosto de 2010.

1.3 Definición de términos

Indicaciones específicas de prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita: indicaciones referentes a la prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita dadas por la Enfermera en el Control de Niño Sano, a las madres de lactantes menores, en Consultorios de Atención Primaria de Salud.

- ✓ Recostar al lactante en posición decúbito supino.
- ✓ El lactante debe dormir en cuna individual, se debe evitar el colecho.
- ✓ El colchón, donde duerme el bebé, debe ser firme, cabecera inclinada en 30° y evitar utilizar almohadas o juguetes blandos en la cuna.
- ✓ No abrigar demasiado ni cubrir la cabeza para dormir. El exceso de ropa (sobreabrigo) o el exceso de calor de la habitación, aumentan el riesgo.
- ✓ Mantener limpio y ventilado el ambiente donde duerme el lactante. No permitir que se fume en su entorno y evitar calefacción contaminante en el interior del hogar.
- ✓ Correcta técnica de lactancia materna.

Muerte súbita: La muerte súbita (MS) del lactante menor se define como el fallecimiento de un niño, con historia, examen físico y evaluación post-mortem que no revele una causa conocida.

Asfixia por aspiración: Se considera como falta de oxigenación, que puede ser de todo o parte del cuerpo, puede llevar a una hipoxia, y que si no es tratada a tiempo, puede causar la muerte.

Lactantes menores: En este estudio se considerará a todo niño/a entre 29 días y 3 meses 29 días, que hayan sido recién nacidos de término y que asistan a controles regulares de salud en los respectivos consultorios.

Enfermera: Grupo de profesionales de la salud que realizan Control de Niño Sano a lactantes menores en Atención Primaria; dedicándose a la promoción, mantención de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

Registros de Enfermería: Toda información anotada por la Enfermera, en la ficha clínica de lactantes menores que asisten a Control de Salud en los Consultorios en estudio, sobre las indicaciones de prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita.

1.4 Limitaciones del estudio

Etapa Conceptual:

- ✓ Dificultad para la recolección de información acerca de Muerte Súbita y Asfixia por Aspiración, debido a la escasez de fuentes de información disponibles sobre estos temas.
- ✓ Dificultad para la recolección de información acerca de la Epidemiología de los casos de Muerte Súbita en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, debido a la escasez de fuentes de información disponibles sobre este tema.

Etapa de Aplicación:

- ✓ En el Consultorio Placilla, uno de los enfermeros que realizaba Control de Niño Sano, se encontraba con licencia, por lo tanto, no se lograron aplicar los instrumentos de recolección de datos, ni tampoco acceder a las fichas clínicas de los lactantes menores de 4 meses que pertenecían a dicho sector, ya que él manejaba aquella información.
- ✓ En el Consultorio Reina Isabel II, una de las enfermeras que realizaba Control de Niño Sano, se encontraba con licencia, por lo tanto, no se logró aplicar la entrevista; a pesar de esto se pudo acceder a las fichas clínicas de dicho sector.
- ✓ Negativa a participar en el estudio, por parte de una profesional.
- ✓ Al revisar las fichas clínicas de los lactantes menores se dieron diversas situaciones, tales como: inasistencia a controles con enfermera(o), registros por alumnas internas de Enfermería y en ciertos casos, ausencia de éstos.
- ✓ Falta de tiempo de las Enfermeras participantes del estudio para la aplicación de la entrevista estructurada.
- ✓ Pérdida de fichas de salud de algunos lactantes menores.

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Crecimiento y Desarrollo

El crecimiento es un proceso cuantitativo derivado de la multiplicación celular y conduce a un aumento del número y tamaño de las células que se refleja en el incremento de peso (masa corporal), talla o potencia de cualquier organismo vivo; mientras que el desarrollo es un proceso cualitativo que incluye maduración, diferenciación e integración de las funciones de órganos y sistemas desde una etapa de menor complejidad a otra cada vez más compleja. Ambos conceptos, crecimiento y desarrollo, se entremezclan y se emplean en forma conjunta ya que se refieren a un mismo resultado: conducir a un estado de madurez del organismo humano.

2.1.1 Crecimiento y Desarrollo del Lactante

El período de lactante se extiende desde los 28 días hasta los 24 meses de vida. El que a su vez se subdivide en dos etapas: Lactante menor y Lactante mayor. La primera de estas etapas comprende a todos los niños menores de 1 año, siendo característica la gran velocidad de crecimiento y desarrollo, y la dependencia total del medio para satisfacer sus necesidades básicas.

2.1.2 Crecimiento y Desarrollo Físico del Lactante

El lactante incrementa al inicio de la vida entre 30-40 gramos de peso diario, reduciéndose a menos de 10 gramos a fines del primer año. El peso de nacimiento se duplica a los 3 meses de edad y se triplica al año de vida. A los 12 meses, el lactante aumenta en un 50% la talla de nacimiento y el crecimiento cerebral alcanza el 70% del tamaño del adulto, aumentando 1,5 centímetros en promedio por mes, en los primeros 6 meses de vida.

2.2 Desarrollo del Lactante por Sistemas

2.2.1 Sistema Nervioso

Al nacer el sistema nervioso es uno de los sistemas más inmaduros, con una actividad predominantemente refleja, pero crece y se desarrolla a una gran velocidad en los primeros años de vida. Los reflejos arcaicos son un indicador del desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC), definidos como actos involuntarios que presentan los lactantes menores para adaptarse al medio ambiente; dentro de éstos se destacan: Moro, Prehensión palmar y plantar, Succión, Búsqueda, Extensión primaria de las piernas, Marcha automática, Babinski, Tónico-Cervical, los cuales desaparecen o se transforman en voluntarios desde los dos a tres meses de vida en adelante.² El desarrollo en los niños debe entenderse como un proceso continuo, progresivo e irreversible. Este proceso puede verse entonces en forma dinámica como una Espiral del Desarrollo donde “cada paso es necesario para lo que viene por delante y consecuencia de todo lo logrado anteriormente”.³ La integración de todas las funciones cerebrales permite al lactante cumplir con ciertos hitos esperados según etapa de desarrollo. A continuación se describirá el desarrollo psicomotor de los lactantes de uno, dos y tres meses, ya que por su etapa de vida, tienen mayor riesgo de presentar Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita, razón por la cual solo estas edades son consideradas dentro del presente estudio.

Tabla I: Desarrollo psicomotor del lactante de uno a tres meses de edad.

1 mes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Movimiento de cabeza de lado a lado en posición prona. ✓ Seguimiento con la vista de un objeto en ángulo de 90 grados. ✓ Fijación de la mirada en el rostro humano.
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intento de controlar la cabeza al ser llevado a posición sentado. ✓ Inicio de vocalización, arrullos. ✓ Vocalización de dos sonidos diferentes.
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantención de la cabeza erguida al ser llevado a la posición sentada. ✓ Seguimiento con la vista de un objeto en ángulo de 180 grados. ✓ Sonrisa social

2.2.2 Sistema Tegumentario

Al nacer están presentes todas las estructuras de la piel pero son inmaduras muchas de sus funciones; está conformada principalmente por delgadas capas lo que facilita su erosión e irritación. El tejido subcutáneo e hipodermis es más delgado, característica que influye en la capacidad de regular la temperatura, estableciéndose un mayor control alrededor del segundo mes de vida cuando se activan las glándulas sudoríparas.

2.2.3 Sistema Respiratorio

El lactante presenta una frecuencia respiratoria de treinta a cuarenta respiraciones por minuto, esto se debe a la mayor actividad metabólica a causa del veloz crecimiento y desarrollo y la consecuente demanda de oxígeno. La capacidad torácica está disminuida porque el corazón, mediastino y timo son grandes y ocupan gran parte de esta cavidad. Los músculos intercostales están poco desarrollados y son fácilmente fatigables por lo que la respiración del lactante es de tipo nasoabdominal con predominio del diafragma hasta los 3 meses de vida.

2.2.4 Sistema Digestivo

El desarrollo de este sistema se completa alrededor de los dos años; la capacidad gástrica aumenta progresivamente desde los 90 ml. hasta los 150 ml. al término del primer mes de vida. La ubicación del estómago en el niño más alta y transversal, el poco desarrollo de la musculatura de sostén del aparato digestivo y la tendencia a deglutir aire durante la alimentación, favorecen la distensión abdominal y predispone al lactante a reflujo y vómitos.

2.3 Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson puso especial énfasis en el arte de la Enfermería e identificó las 14 necesidades humanas básicas sobre las que se basan los cuidados de enfermería. Sus contribuciones fueron la definición de la enfermería, la delimitación de las funciones de la enfermera y la importancia de los objetivos de interdependencia para el paciente.

2.3.1 Conceptos principales de la teoría:

Enfermería: La única función de la Enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Salud: Salud es calidad de vida; sinónimo de Independencia; la promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.

Entorno: Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona: Ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Relación enfermera-paciente: la enfermera actúa como sustituta, ayudante y compañera del paciente. El papel de la profesional va disminuyendo a medida que el paciente recupera su independencia.

Relación enfermera-médico: El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando éste atiende al paciente.

Enfermera como miembro del equipo sanitario: La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de salud. Todos los miembros colaboran para llevar a cabo el programa completo de cuidados.

Cuidados básicos de enfermería: Acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Necesidades: No existe una definición específica, pero describió 14 necesidades: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener una buena postura, reposo y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, termorregulación, higiene y protección de la piel, evitar peligros, comunicarse, vivir según creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar/participar en actividades recreativas y aprendizaje.

En este estudio se considera la Teoría de Henderson; específicamente su definición de Enfermería, que fue planteada anteriormente, y las necesidades básicas humanas, con énfasis en las de reposo-sueño, respiración y alimentación en el lactante menor.

2.4 Necesidad de Reposo y Sueño en Lactantes Menores

La actividad y el reposo son necesidades básicas que se relacionan entre sí. Los individuos tienen un ritmo compuesto de ciclos de actividad y reposo, pero que se encuentra influido por los cambios de maduración física, intelectual, emocional y social, así como el medio ambiente. La fase del descanso o sueño es necesaria para el bienestar, ya que permite conservar la energía indispensable para el mantenimiento de la integridad de las estructuras corporales y para el crecimiento; a través de él se reestablece el equilibrio normal entre las distintas partes del Sistema Nervioso Central.

El lactante menor duerme en promedio 14-18 horas; presenta un sueño intranquilo y profundo, observándose movimientos, cambios de posición y sobresaltos.

En general, hasta los 3 meses de edad los niños duermen y despiertan día y noche con una periodicidad relativamente estable.

2.4.1 Recomendaciones para un dormir satisfactorio ⁴

- ✓ El lactante debe dormir en posición supina con la cabecera levantada en 30 grados.
- ✓ Colchón firme, ausencia de almohadas, ropa de cama bien ajustada a ella y cara descubierta.
- ✓ El lactante debe dormir en su habitación y/o en su propia cama
- ✓ Ambiente tranquilo y oscuro
- ✓ Horario regular para el dormir nocturno, temperatura ambiental media, sin exceso de ropa.

- ✓ Evitar exceso de alimentación nocturna.
- ✓ Respetar los periodos de vigilia transitorios que presentan los lactantes, no interviniendo para ofrecer mamaderas, encender la luz o trasladarlo a la cama de los padres.

La posición prona aumenta el riesgo de muerte súbita, ya que el CO₂ expulsado queda concentrado en la cama; se produce un desequilibrio de la concentración de oxígeno, inhalándose mayor cantidad de CO₂. La posición prona limita los movimientos respiratorios, ya que el lactante al tener una respiración preferentemente naso-abdominal, músculos intercostales y diafragma inmaduros, genera una compresión de la caja torácica, lo que se traduce en una incapacidad para ventilar adecuadamente. La edad de mayor riesgo para sufrir muerte súbita es de 0-6 meses, prevaleciendo hasta el año de vida.

2.5 Necesidad de Alimentación en Lactantes Menores

La alimentación y nutrición es una de las necesidades básicas que debe satisfacer el ser humano para sobrevivir, crecer y desarrollarse normalmente, así como también para mantener y reparar sus tejidos. El único alimento capaz de otorgar todos los requerimientos nutricionales durante los primeros seis meses de vida es la leche materna, la cual, debido a su composición se adapta a las limitaciones fisiológicas del tubo digestivo, del metabolismo intermediario y de la función renal. El inicio de la lactancia debe ser precoz, en las primeras horas del posparto, evitando tomas de suero o biberones, incluso inmediatamente después del parto; lo anterior, favorece el contacto madre-hijo y el primer estímulo para la secreción láctea.

Los beneficios de la lactancia son tanto para la salud del lactante como la salud materna, así se acepta como modelo óptimo madurativo de crecimiento y desarrollo cognitivo del bebé, con beneficios biológicos y psicológicos para la madre, al margen de las ventajas económicas y de impacto social y medioambiental. A la vez están probados sus beneficios en cuanto a protección frente a infecciones, atopías y enfermedades a largo plazo como la *muerte súbita del lactante*, diabetes insulino-dependiente, enfermedad de Chron, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas.

La lactancia materna tiene un efecto protector del síndrome de muerte súbita. Los mecanismos de producción de dicha protección pueden ser tanto biológicos, referidos a la inducción de un sueño con fácil despertar que se asociaría a menor riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y mecanismos inmunológicos, ya que protege de infecciones (fundamentalmente infecciones respiratorias agudas) y éstas están presentes en muchos casos de muerte súbita, además, la incidencia es mayor hasta el 3^{er} mes, coincidiendo con el período en el que la Inmunoglobulina G materna es baja. Por lo tanto es importante y necesario que, dentro de las indicaciones entregadas por las enfermeras en el control de salud, se haga referencia a la lactancia materna como factor protector de la muerte súbita. Es importante a la vez educar sobre la correcta técnica de ésta, ya que en vez de ser protector puede actuar como factor causante de asfixia por aspiración láctea. En los lactantes, la regurgitación - definida como el ascenso fácil de pequeños volúmenes del contenido gástrico a la boca - es un signo de reflujo gastroesofágico (RGE). Ocurre particularmente después de la alimentación láctea, y es más frecuente en la posición supina o al incorporar al niño desde dicha posición. El fenómeno, muy frecuente a esta edad, coincide con la apertura compensatoria del esfínter esofágico inferior (EEI) para eructar el aire deglutido.

Se puede evitar realizando una correcta técnica de amamantamiento considerando lo siguiente: ⁵

- ✓ En el momento de prepararse para darle el pecho, la nariz del bebé debe estar a la altura del pezón.
- ✓ La oreja, el hombro y la cadera del bebé deben estar en línea recta.
- ✓ Acercar al bebé al pecho y no el pecho al bebé.
- ✓ Antes de atraerlo hacia el pecho, cuando va a empezar a mamar, la boca del bebé debe estar abierta completamente, para que pueda tomar una buena parte del pecho y no sólo el pezón, ambos labios evertidos, pecho muy adentro de la cavidad bucal, el pezón cerca del labio superior pues así deja espacio para que la lengua se sitúe entre la areola y el labio inferior.
- ✓ Es importante no suministrarle mucha cantidad de leche, a fin de no recargar el estómago y facilitar el trabajo al esfínter esofágico inferior. El tiempo de cada mamada debe ser de 15 a 20 minutos, pues el 90-95% de la leche se obtiene en los 5 primeros minutos.

- ✓ Una vez terminada la toma hay que sujetar al niño erguido sobre el hombro de la madre o en un regazo; es optativo el frotarle la espalda o darle palmaditas para que expela el aire tragado. Durante los primeros meses esta es una maniobra esencial pero no debe hacerse en exceso. Terminada la toma hay que colocar al niño en la cuna boca arriba o sobre el lado derecho para facilitar el vaciamiento del estómago hacia el intestino y reducir así las posibilidades de aspiración.
- ✓ Es importante considerar que la alimentación con mamadera provoca que el bebé trague más aire que si se alimentara al pecho, esto se puede mejorar, inclinando bien la mamadera, a medida que el bebé la vacía, para que el chupete esté siempre lleno de leche.

2.6 Necesidad de Respiración en Lactantes Menores relacionado con la importancia de la posición al dormir

Las características anatómicas, relacionadas con el escaso crecimiento y desarrollo de las estructuras en la infancia, generan comportamientos fisiológicos muy diferentes a los del adulto, uno de los sistemas orgánicos donde más se notan estas diferencias es el respiratorio, siendo en él de donde se obtienen como resultantes mayores efectos desfavorables para el cumplimiento de sus funciones.

Estas desventajas originadas por la inmadurez y el pequeño tamaño de las vías aéreas comprometen en mayor proporción la función ventilatoria, haciendo que el paciente pediátrico lactante se comporte en forma “normal” como un paciente hiperinsuflador; lo anterior ocasiona que su enfoque terapéutico sea diferente al del adulto, teniendo mayor precaución, ya que será un paciente más lábil que al presentar patologías respiratorias tendrá mayor compromiso y posibles complicaciones.

2.6.1 Anatomía Respiratoria

Los lactantes presentan una vía aérea con una anatomía particularmente desfavorable para el mantenimiento de su permeabilidad, lo que se manifiesta en una fácil tendencia al colapso y a la obstrucción. Los factores anatómicos que más contribuyen a lo mencionado anteriormente son:

- ✓ La vía aérea del lactante es más corta y su calibre más estrecho.
- ✓ Orificios nasales más estrechos y lengua más grande.
- ✓ Laringe más alta, entre C 3 y C 4, diferente a la del adulto, que se ubica entre C 5 y C 6, lo cual hace que presente una inclinación anterior con respecto al eje de la columna: la epiglotis es rígida y no presenta la forma de C invertida como en el adulto. Con la edad se va abriendo y adquiere mayor movimiento y flexibilidad.
- ✓ La tráquea es más corta, con una longitud de 5 a 7 centímetros.
- ✓ Poco cartílago en la vía aérea durante los primeros años de vida y vía aérea laxa. Escasa cantidad de colágeno y elastina en el parénquima pulmonar.
- ✓ Grosor de las paredes de la vía aérea es del 30 % comparado con el 15% en el adulto.
- ✓ Vía aérea del lactante posee mayor proporción de glándulas mucosas.
- ✓ Sistema de barrido mucociliar ineficaz, pocas células ciliadas.
- ✓ Presencia escasa y rudimentaria de ventilación colateral.
- ✓ Reja costal poco osificada, costillas en plano horizontal.
- ✓ Diafragma poco entrenado, fácilmente fatigable, con inserción alta y horizontal.
- ✓ Los pulmones del lactante son relativamente más pequeños que los del adulto.
- ✓ La capacidad torácica está disminuida porque el corazón, mediastino y timo son grandes y ocupan gran parte de esta cavidad
- ✓ Trompa de Eustaquio corta y recta, comunicada directamente con la nasofaringe.
- ✓ Cuello corto, lo que puede agravar un problema respiratorio cuando se acuesta al niño en forma inadecuada.

2.6.2 Implicaciones Fisiológicas

Teniendo en cuenta la longitud más corta y el diámetro estrecho de la vía aérea del lactante, la principal implicación fisiológica que genera una gran limitación a esta edad, es el aumento de las resistencias en la vía aérea con la disminución de la conductancia y el aumento del trabajo respiratorio. Si se tiene en cuenta que el gasto energético de los músculos de la respiración es utilizado para insuflar los pulmones, contrarrestar la resistencia de la vía aérea al flujo del aire, y ensanchar la caja torácica, fácilmente se deduce que el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno generado por éste serán altos en el lactante.

El diafragma del lactante posee una inserción más alta y horizontal, lo cual dificulta su descenso para aumentar los diámetros del tórax, disminuyendo la expansión pulmonar. Por otra parte los músculos intercostales sólo cumplen la función de dar estabilidad y soporte a la caja torácica, siendo poco eficaces en la función de músculos accesorios de la respiración. El diafragma del lactante debe vencer altas resistencias, pero es un músculo poco entrenado a esta edad, por lo cual no puede responder a mayores exigencias en situaciones que aumente el trabajo respiratorio.

2.7 Alteraciones relacionadas con la Necesidad de Reposo y Sueño en el Lactante Menor.

2.7.1 Asfixia por Aspiración en el Lactante Menor

La asfixia se produce cuando deja de fluir oxígeno a los pulmones. Esta falta de oxigenación, que puede ser de todo o parte del cuerpo, puede llevar a una hipoxia, que si no es tratada a tiempo, puede causar la muerte.

Una de las causas de asfixia en el lactante menor es la que se produce por aspiración de leche regurgitada (signo de reflujo gastroesofágico) o por aspiración de vómitos. Estos dos frecuentes signos tienden a disminuir o a desaparecer durante el primer año de vida, por lo que es inusual encontrar vómitos y regurgitaciones habituales a partir de los doce meses de vida. Las alimentaciones (particularmente las de consistencia líquida) incrementan la frecuencia y el volumen del contenido refluido. Rara vez la cantidad de material refluido es tan importante como para llevar a efectos adversos en el estado nutricional del lactante.

Considerando que la regurgitación es un fenómeno habitual en recién nacidos y lactantes normales, su presencia sólo podría ser considerada patológica si se prolonga por varios meses a pesar de las medidas terapéuticas empleadas o bien si se producen repercusiones en el estado nutricional del paciente.

La historia natural de la regurgitación y los vómitos secundarios a Reflujo Gastroesofágico (RGE), tal como se ha dicho, es la disminución gradual de estos síntomas a lo largo del primer año de vida, de tal manera que en el segundo semestre de la vida, su frecuencia e intensidad son sustancialmente menores que en el primer semestre.

Fisiopatología del Reflujo Gastroesofágico (RGE)

El Esfínter Esofágico Inferior (EEI) es la parte final del esófago, que se comunica con el estómago. La función del EEI es mantener la presión esofágica, impidiendo el paso de contenido gástrico al esófago. Por lo tanto el RGE ocurre cuando el EEI no se cierra correctamente y el contenido del estómago se escapa o refluye, hacia el esófago.

Después de la alimentación láctea, el EEI sigue estando generalmente cerrado. Cuando se relaja, permite que partículas de ácido y/o de leche refluyan hacia el esófago, y como consecuencia se produce el reflujo gastroesofágico.

Dado que el RGE es una situación en la cual la diferencia entre lo normal y lo patológico es fundamentalmente cuantitativo, es de primaria importancia poseer el apropiado criterio como para separar los pacientes que requieren estudios especiales, de los que no los requieren, en primer lugar, y luego poder seleccionar cuidadosamente aquéllos que ameritan tratamiento, así como la apropiada forma terapéutica a usar.

Existen diversos factores que pueden desencadenar el RGE; entre ellos está el aumento de la presión abdominal y recostarse después de la ingesta de alimentos. Es por esto que es importante tomar ciertas medidas para prevenir el RGE y por consiguiente evitar una posible asfixia por aspiración.

Algunas recomendaciones básicas que se le deben dar a la madre para prevenir el RGE en el lactante son:

- Favorecer la lactancia materna, debido a que el riesgo de aspiración (por ende de asfixia y muerte), es mayor en la alimentación con leche complementaria. La mayor digestibilidad de la leche humana facilita el vaciamiento gástrico.
- Evitar suministrarle al lactante mucha cantidad de leche, ya que la sobrecarga de contenido lácteo en el estómago puede provocar distensión abdominal y por consiguiente RGE.
- Vestir al lactante con ropa holgada y cómoda, para evitar la presión abdominal.
- Evitar recostar al lactante decúbito ventral o prono luego de la ingesta de leche. Si por algún motivo se requiere recostar al lactante, colocar la cabecera de la cama del niño inclinada en 30°.

En la actualidad, se han hecho variados estudios con respecto a recomendaciones para prevenir la asfixia por aspiración y muerte súbita. Los resultados de éstos indican que el lactante tiene más probabilidad de atragantarse estando en posición prona que en supina.⁶

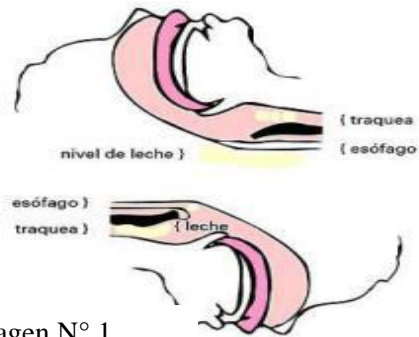


Imagen N° 1

Esta imagen representa lo que sucede con los alimentos en la parte superior del aparato respiratorio y el sistema digestivo en decúbito supino y prono. En la posición supina (boca hacia arriba) las vías aéreas respiratorias superiores (laringe y tráquea) están por encima del esófago. Por tanto, si el niño regurgita leche, esta es deglutida con facilidad, lo que evita que pase al conducto respiratorio y sea aspirada. Mientras que en la posición prona (boca hacia abajo), el esófago se encuentra por encima de las vías aéreas y entonces sí existe más riesgo de aspiración.

Cabe destacar que no ha habido un aumento de la morbilidad por broncoaspiración en aquellos países donde se ha cambiado la posición para dormir de boca abajo a boca arriba o posición supina.⁷

2.7.2 Síndrome de Muerte Súbita en el Lactante Menor (SMSL)

El Síndrome de Muerte Súbita en el Lactante Menor (SMSL) es la primera causa de muerte postnatal (entre el mes y el año de vida) en los países desarrollados, suponiendo un 40-50% de dicha mortalidad. La frecuencia varía geográficamente. Entre los países con tasa alta (3 a 7 por mil nacidos vivos) se encontraban Australia (especialmente Tasmania), Nueva Zelanda e Irlanda del Norte. Los países occidentales tienen en general una tasa intermedia (1 a 3 por mil nacidos vivos) mientras que Hong Kong, Japón y Suecia presentan una tasa baja (0,05 a 1 por mil nacidos vivos). En España no hay estudios de incidencia válidos pero se asume una tasa intermedia aproximada del 2 por mil (a pesar de que en los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, INE, constaba un 0,17 por mil en 1999). Existe un predominio del sexo masculino en la mayoría de los estudios, con aproximadamente un 50% de sobretasa respecto al femenino. La máxima incidencia se produce entre los 2 y 3 meses de edad, siendo poco frecuentes los casos antes de las 2 semanas y después de los 6 meses. Se plantean además otros factores de riesgo como los niños prematuros, el bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos), el distrés respiratorio neonatal o una baja puntuación de Apgar.⁸

Mecanismos Fisiopatológicos

La etiopatogenia del SMSL es desconocida en la actualidad y las diversas teorías se sustentan en hipótesis más o menos complejas. Lo más probable ante la aparición de tantas hipótesis es que la muerte súbita del lactante sea de causa multifactorial, donde interactúan una serie de mecanismos madurativos y constitucionales que condicionarían alteraciones en sus funciones vitales y en el control cardiorrespiratorio.

Wegdwood, postuló en 1970 la “triple teoría” de la Muerte Súbita (MS), la cual explica este fenómeno basado en: 1) riesgo innato del individuo; 2) edad de riesgo y 3) factores gatillantes. Posteriormente, en la década del 1970, se postuló la teoría de una anomalía en el control cardiorrespiratorio, responsable de apneas e hipoxia, siendo éste el principal factor fisiopatológico relacionado con la Muerte Súbita (MS). La función cardiorrespiratoria, reflejos del despertar y deglutorios, mecanismos autonómicos y el control de sueño-vigilia son controlados por estructuras medulares y troncoencefálicas. Se ha atribuido la MS secundaria a una inmadurez del centro respiratorio, relacionado con una alteración a nivel del troncoencefalo, que predispondría al desarrollo de apneas e hipoxia.

Se plantea entonces como teoría, que la inhalación del aire exhalado y la consiguiente hipoxia e hipercapnia, constituye el principal peligro, mientras que otra propone la hipertermia, quizás en combinación con la asfixia, como inicio de la cascada que lleva al desenlace fatal. Se ha argumentado que la posición prona al dormir sobre superficies blandas y con la cabeza cubierta, aumenta la probabilidad de inhalación del aire exhalado, hipertermia o ambas.⁹

2.8 Situación Epidemiológica Síndrome Muerte Súbita del Lactante en la Región de Valparaíso.

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) es la tercera causa de mortalidad infantil en niños menores de un año en Chile durante el año 2004 y la primera causa de muerte en países desarrollados.¹⁰ El SMSL es más común entre los 2 y 3 meses de edad. Alrededor del 80% de las muertes ocurren entre el primer y sexto mes de vida. Entre los 6 y 12 meses acaecen el 15% de las muertes y después del primer año de vida del niño, tan sólo el 5% de ellas. En la década de los

80, la incidencia del SMSL era de 2 por cada 1.000 recién nacidos vivos. Alrededor del 60% son varones y un 40% mujeres.¹¹

En la Región de Valparaíso, los casos notificados como muertes de lactantes menores por SMSL, han disminuido a través de los años; la declinación de la incidencia se atribuye a un mayor conocimiento de los cuidados que se deben otorgar a los lactantes menores en relación a la Necesidad de Reposo y Sueño, como es el cambio de posición de prono a supino al acostarlos. Además es necesario mencionar que los datos epidemiológicos que se manejan en Chile se ven alterados al no existir estadísticas confiables de fallecimientos por esta causa, puesto que la mayoría de los padres se niegan a que se realice autopsia a sus hijos/as, método que permite confirmar fehacientemente el diagnóstico de SMSL.¹²

Aún cuando se puede observar una disminución de los casos de SMSL en menores de un año en ambas ciudades (Valparaíso y Viña del Mar); en esta investigación se considerará a Valparaíso como la comuna en estudio, puesto que es en esta zona en donde se pesquisaron la mayor cantidad de casos de SMSL, entre los años 2000-2007.

Tabla II: Datos Epidemiológicos de SMSL en niños menores de un año en la Región de Valparaíso, Comuna de Valparaíso y Comuna de Viña del Mar.

Año	SMSL Quinta Región de Valparaíso.	SMSL Comuna de Valparaíso.	SMSL Comuna de Viña del Mar.
2000	13	6	1
2001	16	4	3
2002	8	2	1
2003	8	2	2
2004	6	2	0
2005	4	0	1
2006	1	0	0
2007	2	0	0
Totales	58	16	8

Fuente: Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi), Quinta Región de Valparaíso.

2.9 Información Ministerial

El Carné de Control del Niño Sano hasta el año 2009, posee en su contratapa una serie de recordatorios para los padres, donde se indica lo siguiente:

-“El control de salud es un derecho del niño, acuda a control cuando la citen y a la hora indicada”.

-“La lactancia materna es el mejor alimento para el niño. Déle sólo pecho hasta los 6 meses de edad”.

-“Mantenga las vacunas de su hijo al día”.

-“Ayude a su hijo a desarrollarse bien, estimulándolo, alimentándolo adecuadamente y cumpliendo con las indicaciones del equipo de salud”.

-“Evite accidentes: bótle los flatos cada vez que le dé pecho, *acuéstelo de lado o de guatita*, enséñele a cruzar las calles, mantenga fuera del alcance de los niños medicamentos, objetos pequeños que se puede tragar, objetos cortantes, venenos, etc. y manténgalo fuera de la cocina”.

(Anexo I)

En el año 2006, con la creación del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo y la posterior promulgación de la ley 20.379 en septiembre del año 2009; se implementó una nueva política de atención a los niños y niñas desde la gestación hasta los cuatro años de edad, basada en cuatro ejes fundamentales:

- ✓ Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial mediante la entrega de material educativo para la familia en los controles de salud de los niños menores de 3 años.
- ✓ Programa Educativo Masivo.
- ✓ Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas.
- ✓ Acceso preferente de las familias a la oferta de servicios públicos.¹³

Dentro de las novedades que trajo el año 2009 la implementación del Programa Chile Crece Contigo, estuvo la entrega del Set de Cuidados Básicos para los Recién Nacidos, lo que significa que todos los nacidos en hospitales públicos, tienen asegurado un equipamiento que provee a la familia de ropa, pañales desechables, cuna corral y almohadas, además de un manual de apego para los padres¹⁴. Sin embargo, pediatras abordaron el peligro de muerte súbita que implica en

menores de un año el uso de almohadas y como éstas están incluidas dentro del ajuar, emanaron una serie de recomendaciones para su uso: "Una de las cosas que representa mayor riesgo son las almohadas muy blandas, de algodón que suelte pelusas, porque no todos los lactantes tienen sus reflejos protectores bien desarrollados y pueden ahogarse" , además se precisó que los lactantes no necesitan almohadas y que deben dormir en una superficie lisa, con las sábanas bien tensionadas para evitar riesgos de asfixia.¹⁵

Actualmente el programa Chile Crece Contigo ha implementado un nuevo carnet de Control de Niño Sano (2009), en el cual se cambió la recomendación de la posición al dormir "acuéstelo de lado o de guatita" por decúbito supino, es decir, de espalda. Esto es un gran avance, ya que por muchos años esta indicación errónea permanecía en los carnés, incentivando a las madres a llevarla a cabo, constituyendo un gran riesgo para el niño. A pesar de este progreso, aún no se han tomado en cuenta otros factores que influyen en un sueño seguro como lo son: cuna individual, cabecera inclinada en 30°, no sobreabrigar y utilizar ropa holgada, entre otros que se han nombrado y que previenen el riesgo de muerte súbita y asfixia por aspiración. (*Anexo 2*)

2.10 Factores relacionados con el posible aumento del riesgo de presentar alteraciones en la Necesidad de Reposo y Sueño en los Lactantes

2.10.1 Factores socioeconómicos y demográficos

El bajo nivel socioeconómico es uno de los factores de riesgo más establecidos; esto tiene directa relación con el menor nivel educacional asociado a estos estratos sociales. En las sociedades occidentales las madres con un primer hijo en la adolescencia y las madres sin pareja estable o soltera también tienen mayor riesgo.

2.10.2 Posición del lactante en la cuna al dormir

Posición decúbito prono

Se han propuesto diversas hipótesis relacionadas con el decúbito prono y la mayor incidencia del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Éstas incluyen: sofocación accidental,

obstrucción orofaríngea debido a la obstrucción nasal, retroproyección del maxilar inferior, resistencia aumentada de la vía aérea, reinspiración de CO₂ exhalado y compromiso del flujo sanguíneo cerebral durante la hiperextensión de la cabeza. Durante el sueño, los bebés en decúbito ventral se mueven menos y tienen menos despertares que aquellos que duermen en decúbito dorsal. La posición prona minimiza la pérdida de calor del niño, y puede comprometer el balance térmico del mismo, especialmente si está sobreabrigado, si duerme en un colchón blando, o si la temperatura del ambiente es elevada.¹⁶

Posición decúbito lateral

La posición en decúbito lateral es menos segura que la posición en decúbito supino y representa mayor riesgo para el SMSL (6,57 veces). Esto se debe a que los bebés acostados en decúbito lateral tienen muchas más posibilidades de rotar espontáneamente hacia el decúbito ventral.¹⁷

2.10.3 Dormir en superficies blandas

La presencia de colchones blandos favorece la aparición del SMSL, ya que este factor incrementa la probabilidad de que el lactante se voltee durante el sueño adquiriendo la posición prona.

2.10.4 Arropamiento excesivo y sobrecalentamiento en la cuna

El sobrecalentamiento se ha asociado con mayor riesgo, especialmente si se cubre la cabeza y si el niño tiene una enfermedad febril, se sabe además que la hipertermia aumenta el riesgo de apneas, tanto en el prematuro como en el lactante¹⁸. En la habitación del lactante la temperatura recomendada es entre 18 y 20° C.¹⁹

Según la norma de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), con respecto a las condiciones al dormir, específicamente en sala cuna menor, dice que debe existir una cuna con su respectivo colchón por cada niño, además de la ropa de cama, considerando dos frazadas por cada cuna.²⁰

Se sugiere además no sobreabrigar al lactante menor, por lo que se recomienda que éste utilice una prenda más que la madre.²¹

2.10.5 Factor climático

Existe mayor predominio de SMSL en áreas urbanas en los meses fríos y durante el sueño (entre las 00:00 y las 09:00 horas).²²

2.10.6 Uso de objetos en la cara del niño

En la cuna del niño no debe haber ropa de cama suelta ni objetos blandos, como por ejemplo almohadas, frazadas, cobertores, pieles de abrigo, juguetes, ya que éstos pueden cubrir la cara del lactante mientras duerme, dando como resultado obstrucción de la vía aérea. Se recomienda además que los lactantes no utilicen almohada, ya que el uso de ésta puede forzar la curvatura natural del cuello, puesto que al tener un cuello pequeño y la cabeza proporcionalmente más grande que el resto del cuerpo, el hombro no permite un apoyo adecuado. Además hay otros riesgos que pueden perjudicar seriamente al bebé, pues si se voltea puede quedar en posición decúbito prono y respirar su propio anhídrido carbónico y al no recibir oxígeno, el desenlace podría ser fatal²³. Asimismo, es peligrosa la presencia de ropa de cama suelta. En caso de utilizarse una sábana, ésta debe ajustarse firmemente al colchón para que el rostro del niño nunca quede cubierto. Cuando se coloca al lactante en la cuna, sus pies deben tocar el extremo de la misma. También se recomienda utilizar una bolsa de dormir especialmente diseñada para el bebé, la cual mantiene su rostro al descubierto y no requiere el uso de abrigos adicionales.²⁴

2.10.7 Colecho y Cohabitación

Si bien el colecho es un factor de riesgo para el SMSL, especialmente si la madre fuma, la situación en la cual ella comparte su cama con el bebé por un corto tiempo para amamantarlo o para brindarle cariño no entraña riesgo alguno, excepto si luego la madre se duerme, ya que se expone a los lactantes al riesgo de asfixia, aplastamiento y estrangulación, pues la cama de los padres no está acondicionada para la protección de los menores. Se sugiere que los bebés duerman en la misma habitación de los padres durante los primeros meses de vida, debido a que varios estudios demuestran que la cohabitación disminuye el riesgo del SMSL. R.K.R. Scragg, de la Universidad de Auckland, en Nueva Zelanda, comprobó que el lactante que duerme en posición dorsal y en una habitación con un adulto tiene 17 veces menos posibilidades de experimentar el SMSL.²⁵

2.10.8 Tabaquismo

El riesgo de SMSL es aproximado unas 4 a 5 veces mayor en los niños cuyas madres fumaron durante el embarazo y se incrementa en proporción con el tabaco consumido. Si el padre es fumador, también aumenta el riesgo para el futuro bebé, de manera adicional e independiente al de la embarazada fumadora. Asimismo, los niños con exposición post natal al cigarrillo tienen un riesgo más elevado de SMSL. Los últimos estudios indican que el SMSL podría reducirse en más del 30% si los padres no fumaran.

Los niños de madres fumadoras tienen, frente a la hipoxia, menor cantidad de despertares en forma significativa con respecto de los hijos de madres que no tienen este hábito. También presentan mayor frecuencia y duración de apneas obstructivas, riesgo que se incrementa aún más si ambos padres fuman.²⁶

2.10.9 Calefacción

La contaminación de espacios interiores puede representar un riesgo importante para la salud humana. En los países en vías de desarrollo, la contaminación de interiores deriva principalmente de las actividades diarias como cocinar y calefaccionarse, debido al uso de combustibles que emiten contaminantes de alta toxicidad. El efecto de éstos sobre la salud de las personas es variable y dependerá principalmente del tipo, concentración, tiempo de exposición y de las reacciones con otros contaminantes para formar sustancias más tóxicas, además del metabolismo y susceptibilidad individual²⁷. Por esta razón, resulta de vital importancia vigilar el tipo de calefacción que hay en la casa y especialmente en la habitación donde duerme el bebé, ya que las emanaciones de gas y otros tóxicos pueden provocar asfixia y la posterior muerte del lactante.²⁸

2.10.10 Uso del chupete al dormir

Según algunas investigaciones recientes, el uso de los chupetes cuando el bebé duerme podría reducir el riesgo de SMSL. Las hipótesis se basan en que el movimiento de succión contribuye a que las vías respiratorias se abran más y que el bebé no caiga en un sueño profundo; esto permite al bebé despertarse más rápido ante una situación de peligro. De todas formas, es muy importante no forzar al niño a usarlo, ni mojarlo en líquidos azucarados.²⁹

2.11 Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social.

La Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social (CORMUVAL), es una institución de derecho privado sin fines de lucro, responsable de administrar, desarrollar y gestionar los servicios de educación, salud y cementerios municipalizados.

El Área Salud administra doce consultorios generales urbanos, dos SAPU, una Posta en Laguna Verde y un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF).

La función del Área de Salud Municipal es administrar los Centros de Salud Familiar y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, entre las funciones más importantes se pueden señalar las siguientes:

- ✓ Uno de los principales propósitos del Área de Salud Primaria de la comuna de Valparaíso, es dignificar la atención de las personas, tanto de los usuarios externos (beneficiarios) como de los usuarios internos (personal de Salud Municipalizada).
- ✓ Preparar el Programa Comunal de Salud y el Programa de Salud de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipalizada.³⁰

Entre los 12 consultorios que pertenecen a la CORMUVAL, se considerarán los siguientes: Consultorio Padre Damián, Placeres, Esperanza, Rodelillo, Barón, Marcelo Mena, Placilla y Reina Isabel II, ya que estos 8 cumplen con los requisitos necesarios para esta investigación; entre ellos se destacan:

- ✓ Aún no están incorporados en el sistema de registros electrónicos.
- ✓ Pertenecen a la Corporación Municipal de Valparaíso, por lo tanto, forman parte de las estadísticas que refieren a esta comuna como aquella que tiene más frecuencia de mortalidad por muerte súbita de lactantes menores en los últimos años.

2.12 Enfermería y Rol del Profesional Enfermero (a).

Según Virginia Henderson, el Rol Profesional de Enfermería se orienta a suplir la autonomía del paciente o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente. Es necesario destacar que parte de la definición planteada por esta teórica dice que el profesional Enfermero/a: “Ayuda a recobrar la independencia de la forma más rápida posible”. Sin embargo, en este estudio, el concepto de dependencia-independencia se aplica de manera diferente, ya que se relaciona con la etapa de crecimiento y desarrollo del niño. “En un comienzo, la satisfacción de necesidades se relaciona con la capacidad que tienen los padres de brindar los cuidados al hijo. Por lo tanto el concepto de dependencia se aplica en el niño cuando es incapaz de satisfacer sus necesidades en forma autónoma, pudiendo hacerlo según su etapa de vida; o bien cuando sus necesidades deben ser satisfechas por sus padres, pero éstos no lo hacen por falta de fuerza, desconocimiento o falta de voluntad”.³¹

2.12.1 Definiciones Legales de Enfermería

Actualmente en Chile la definición legal, que estipula cuales son las funciones específicas del Profesional de Enfermería es la correspondiente al Artículo 113 del Código Sanitario, formalizada el 16 de Diciembre de 1997, la cual establece que:

"Los servicios profesionales de la Enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente".

2.12.2 Perfil del Profesional Enfermero egresado de Universidades Chilenas

El perfil del egresado da una visión integral de las actitudes y conocimientos que debe tener el profesional de Enfermería al terminar la carrera, de manera tal que al ingresar al campo laboral pueda desempeñarse de forma eficiente.

Las actitudes deben basarse en la ética profesional, competencias valóricas y pensamiento crítico; combinando estos aspectos con una sólida base de conocimientos para otorgar cuidados

de calidad a través de todo el ciclo vital a personas, familias y comunidades. Este conjunto de características que debe tener el profesional de Enfermería, son relevantes en la atención que dan las Enfermeras en el Control de Niño Sano, ya que las indicaciones que se dan a las madres se desprenden de los conocimientos adquiridos durante la formación profesional. Es por esto que en esta investigación es importante tener en cuenta el perfil del egresado de la carrera de Enfermería de las Universidades Chilenas, para tener una visión más global de aquellos conocimientos específicos que deben tener las Enfermeras con respecto a la satisfacción de las necesidades en lactantes menores, específicamente reposo y sueño, evitar peligros, alimentación y respiración.

A continuación se destaca el perfil del egresado de algunas Universidades que imparten la Carrera de Enfermería, pertenecientes a la Región Metropolitana y a la Región de Valparaíso:

2.12.1.1 Universidad de Chile

El profesional de Enfermería, graduado de la Universidad de Chile, se caracteriza por el alto nivel de compromiso con las necesidades de salud de la población nacional, integrándose como miembro activo del equipo de salud. Para asumir esta función en la sociedad, su formación considera una amplia gama de conocimientos en las áreas biológica, psicológica y social, fundamentales para comprender los fenómenos asociados al proceso salud-enfermedad que enfrenta el hombre a través del ciclo evolutivo, e inserto en una familia y su comunidad.

Por el amplio ámbito de acción que abarca su campo laboral, desarrolla competencias científico humanistas que le permiten actuar en los tres niveles de atención, con una perspectiva que considera la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como su participación en la recuperación y rehabilitación de la persona enferma.

2.12.1.2 Universidad de Valparaíso

La carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso tiene como objetivo formar un profesional con valores éticos, capaz de apreciar la importancia del proceso de salud, del trabajo en equipos multidisciplinarios e intersectoriales. Además, pretende estimular la actualización permanente para una gestión del cuidado acorde a los avances científicos y tecnológicos del presente. El egresado poseerá una vocación de servicio y características personales que le permita otorgar una atención comprometida con la persona, la familia y la comunidad y capaz de tomar

en cuenta la diversidad de costumbres, creencias y valores de la persona, manteniendo su propia identidad.

2.12.1.3 Universidad Andrés Bello

El egresado (a) de la Escuela de Enfermería de la Universidad Andrés Bello es un profesional con sólidos conocimientos relacionados con el cuidado; es capaz de liderar responsablemente el cuidado comprensivo y ético que requiere la salud, integrándose como un miembro activo al equipo de salud. Por su ámbito de acción en los tres niveles de atención, el profesional de Enfermería de la U. Andrés Bello desarrolla competencias científico-humanistas en las cuatro áreas del rol que le permiten entregar cuidados, considerando la promoción, prevención, y la participación en la recuperación y rehabilitación de las personas, familias y comunidades, durante su ciclo vital y adecuado al contexto del país y su cultura.

2.13 Control de Salud Infantil

El control de salud infantil en los centros de salud familiar o de atención primaria, es una de las principales medidas para prevenir la muerte en los lactantes menores, tanto por asfixia por aspiración como por muerte súbita, ya que mediante la asistencia a éstos, no sólo se podrán pesquisar a tiempo ciertas patologías o factores de riesgo para el lactante, sino que mediante la valoración atingente y oportuna se podrá intervenir principalmente a través de la educación entregada a las madres.

Este control se realiza gratuitamente en los consultorios en forma periódica desde que el niño nace hasta que cumple 6 años y comprende las siguientes actividades: promoción de la salud, prevención de enfermedades, supervisión del crecimiento y desarrollo psicomotor del niño, (dando educación a sus padres en las distintas etapas de vida sobre la satisfacción de las necesidades correspondientes) y recomendaciones generales dependiendo del grado de conocimientos de la madre o los requerimientos específicos del lactante. El primer control de salud se realiza en la maternidad cuando el niño nace y se le administra la primera vacuna, monitorizando peso y talla. Estos parámetros se van midiendo en los controles posteriores,

asimismo la administración de las vacunas correspondientes, constatando su desarrollo y crecimiento normal. En los primeros 6 meses de vida, el control se realiza mensualmente y es llevado a cabo por enfermeras o paramédicos a lo largo del ciclo vital del niño, el que es derivado por estos miembros del equipo de salud a otro facultativo si se detectan anomalías. En esta etapa se fomenta la lactancia materna exclusiva, educando a la vez a las madres sobre la correcta técnica de amamantamiento y desflato de los lactantes.

La historia clínica del lactante debe ser registrada en cada ficha, e incluye su estado de salud, crecimiento y desarrollo, indicaciones y educación entregada, siendo éstas dependientes de la etapa de vida, requerimientos específicos del lactante y del grado de conocimientos de la madre. Los registros también deben quedar consignados en el carné del niño y en su respectiva cartola. Es necesario destacar, que los registros documentados en la ficha del lactante son llevados a cabo de distinta manera en cada Consultorio de Atención Primaria; ya que no existe una norma específica, tanto a nivel Nacional como Regional que indique cómo éstos deben ser elaborados. Por lo tanto, el contenido de los registros es organizado por cada Consultorio, es decir, son ellos los encargados de elaborar sus propias pautas para la realización de los registros en cada Control de Salud Infantil.

Además de no existir una norma específica con el orden de los registros, es importante mencionar que actualmente en la comuna de Valparaíso se está utilizando una nueva modalidad, ya que los tradicionales registros clínicos están siendo almacenados en formatos digitales en algunos Consultorios de Atención Primaria de esta comuna.

En este estudio se considerarán los Controles de Salud Infantil realizados a los lactantes entre 29 días y 3 meses 29 días, ya que por su etapa de vida, tienen mayor riesgo de presentar Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita.³²

Debido a lo anterior, a continuación se describen los Controles a realizar durante este período en Atención Primaria de Salud, siendo analizados en este estudio, los que corresponden a Enfermera. Cabe destacar que cada Consultorio posee su propio calendario de Control de Niño Sano.

Tabla III: *Controles de Salud Infantil de 1 a 3 Meses.*

Concentración	Profesional -Evaluaciones	Anexos
1 mes	Enfermera con aplicación de Protocolo Neurosensorial.	Comienza Aplicación de Tablas Antropométricas (Curvas de crecimiento).
2 meses	Enfermera con aplicación de Escala de Edimburgo	<i>Vacunas:</i> Pentavalente (1° dosis) Sabin (1° dosis)
3 meses	Enfermera.	Radiografía de caderas.

2.14 Registros de Enfermería

El Registro de Enfermería es un documento específico que hace parte de la historia clínica, en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a la persona, familia y comunidad.

La práctica profesional de enfermería dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes a cargo, junto con la realización del correspondiente registro que evidencia la aplicación del proceso de enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado.

Los registros de la (el) enfermera(o) son de gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina y en el mantenimiento de las actividades propias del área, como para el paciente a quien se le satisfacen sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte de la (el) enfermera (o). También para la institución prestadora de servicios, porque hace parte de la calidad de atención ofertada por los profesionales del equipo de salud en el que se encuentra laborando enfermería.

Importancia de los Registros de Enfermería

1. Documentación legal: la historia del paciente es un documento legal aceptado como prueba en un juicio, ante demandas de "mala práctica". Generalmente pertenece al centro, aunque el paciente, a petición suya, tiene derecho de solicitarla para conocer los datos registrados.

2. Comunicación: mediante la historia del paciente se comunican los distintos miembros del equipo sanitario que atiende al paciente, evita la duplicidad de información, ahorra tiempo y proporciona a la enfermera la continuidad de los cuidados.
3. Investigación: la información que contiene la historia puede ser un instrumento valioso para investigar. Proporciona criterios para la clasificación de los pacientes, datos para el análisis administrativo y con fines científicos y educativos.
4. Estadística: los datos que se obtienen al registrar ayudan a un centro a prevenir necesidades futuras. Así los supervisores o responsables de una unidad pueden llegar a determinar cargas asistenciales, personal enfermero o auxiliar que se necesita, en función de los cuidados prestados y las necesidades de cuidados de los clientes.
5. Docencia: todos los alumnos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería van a emplear las historias como un instrumento más en su formación, ya que les va a proporcionar una visión completa del paciente: cómo llega a su ingreso, evolución de los cuidados prestados, patología médica, hábitos, tratamiento prescrito por distintos profesionales y todos los cuidados proporcionados.
6. Revisión y Evaluación: la revisión y control de los registros del paciente es una base para evaluar la *calidad asistencial* sanitaria prestada por la institución. Así se puede controlar la calidad de los cuidados que el paciente recibe.
7. Ser reflejo de la satisfacción: reflejo por escrito del trabajo y el cuidado bien hecho. Además de registrar técnicas prescritas por el facultativo, también quedan reflejadas actividades independientes: se define el rol propio enfermero.

Características de un Registro de Calidad

- Registro de la atención y actividad de la planificación así como la prestación de cuidados a pacientes/clientes.
- Los sistemas de registro de enfermería deben de ser eficaces, efectivos y eficientes.
- Los criterios de calidad de un registro enfermero, deben evaluar cómo se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción de los clientes internos (enfermeros) y externos (ciudadanos), que permita el avance del conocimiento enfermero y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

"Un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente".³³

Objetivos de los Registros

- Mejorar la calidad científico-técnica; el intercambio de la información que suministran unos buenos registros mejora la calidad en la atención prestada.
- Lenguaje común (metodología); un lenguaje común entre los profesionales, favorece la evolución y la mejora de la calidad asistencial, el desarrollo del conocimiento enfermero y facilita la inclusión en los registros informáticos
- Disminuir la variabilidad de los cuidados, garantizando su continuidad.
- Permitir la investigación y docencia.
- Legitimidad y reconocimiento social e institucional.

¿Cuándo hay que registrar?

-En todo el conjunto de actos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente y en todos los espacios de atención (urgencias, programada, espontánea). Al referirse al tiempo en el que deben iniciarse los registros se afirma que la valoración inicial debe realizarse lo antes posible, su demora puede tener como consecuencia la omisión u olvido de alguna anotación; se debe tener en cuenta que lo que no se registra no existe.

¿Cómo hay que registrar?

-En el soporte papel y/ o informatizado. Cuando se trate de formato en papel, se debe escribir de forma legible y ordenada, evitando abreviaturas que no sean de uso generalizado, tachaduras, etc.

¿Cuánto registrar?

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.
- Evitar la repetición de los datos.
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.

2.15 Objetivos Generales:

1. Identificar los conocimientos de las enfermeras de Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso, sobre la prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores.
2. Describir los registros realizados por enfermeras sobre indicaciones de prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores, existentes en la ficha de control de salud infantil de los consultorios en estudio.
3. Conocer las características biológicas y sociales de las enfermeras que realizan Controles de Salud a lactantes menores en Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso.

2.16 Objetivos Específicos:

- 1.1 Determinar la información que manejan las enfermeras sobre indicaciones acerca de la posición correcta y las características del lugar en donde debe dormir el lactante menor.
- 1.2 Determinar la información que manejan las enfermeras sobre indicaciones acerca de la correcta técnica de lactancia materna en lactantes menores.
- 2.1 Identificar los datos existentes en el carné de control infantil sobre indicaciones relacionadas con la posición y las características del lugar en donde debe dormir el lactante menor.
- 2.2 Identificar los datos existentes en el carné de control infantil sobre indicaciones relacionadas con la técnica de lactancia materna en lactantes menores.

3.1 Determinar el sexo y la edad de las enfermeras que realizan los Controles de Salud de lactantes menores.

3.2 Identificar el número de años de ejercicio profesional de las enfermeras que realizan los Controles de Salud de lactantes menores.

3.3 Determinar institución, año de egreso y especialización de las enfermeras que realizan los Controles de Salud de lactantes menores.

2.17 Operacionalización de Variables

Conocimientos de la Enfermera sobre prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Conocimientos de la Enfermera sobre prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita.	Toda información que manejan los profesionales de Enfermería, sobre la prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores.	Necesidad de Reposo y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Posición al dormir. -Inclinación de la cabecera de la cuna. -Tipo de colchón. -Lugar donde debe dormir. -Cantidad de ropa de cama. -Objetos en cuna. Factores ambientales: <ul style="list-style-type: none"> -hábito tabáquico - calefacción -ventilación 	-Respuesta en instrumento de recolección de datos.
		Necesidad de Alimentación	Técnica de Lactancia Materna: <ul style="list-style-type: none"> -tiempo de cada mamada -acoplamiento -desflate 	-Respuesta en instrumento de recolección de datos.
		Necesidad de Vestirse y Desvestirse	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de ropa -Cantidad de ropa 	-Respuesta en instrumento de recolección de datos.

Registros de la Enfermera sobre indicaciones de prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Registros de la Enfermera sobre indicaciones de prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita.	Toda información anotada en la ficha clínica de lactantes menores, sobre las indicaciones de prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita.	Necesidad de Reposo y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Posición al dormir. -Lugar donde debe dormir. -Tipo de colchón. -Cantidad de ropa de cama. -Inclinación de la cabecera de la cuna. -Objetos en cuna. -Factores ambientales: hábito tabáquico y calefacción. 	Datos obtenidos en pauta de cotejo.
		Necesidad de Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica de Lactancia Materna -Desflata 	Datos obtenidos en pauta de cotejo.
		Necesidad de Vestirse y Desvestirse	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de ropa -Cantidad de ropa 	Datos obtenidos en pauta de cotejo.

Características biológicas y sociales de la Enfermera.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Características biológicas y sociales de la Enfermera.	Cualidades propias del profesional de Enfermería en relación a aspectos personales y académicos.	Aspectos personales	Sexo	-Femenino -Masculino
			Edad	Número de años al momento de la encuesta.
		Aspectos profesionales	Institución de egreso	-Universidad de Chile -Universidad de Valparaíso -Universidad Andrés Bello - Otra
			Año de egreso	Antes de 1960 1960 – 1970 1970 – 1980 1980 – 1990 1990 – 2000 Desde el 2000 en adelante
			Años de ejercicio profesional en Control de Niño Sano.	1 – 5 años 5 – 10 años 10 – 15 años 15 – 20 años 20 o más años
			Especialización	Si No ¿En qué?

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Organización del trabajo en grupo.

El grupo de Seminario de Tesis se constituyó el día 29 de Marzo de 2010, siendo conformado por seis alumnas de Cuarto Año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso; se eligió el tema a estudiar en conjunto con la docente guía Kareen Berger Vila.

Se realizaron reuniones formales los días Lunes desde las 15:00 a 17:00 horas e informales según necesidad, de acuerdo al avance de la investigación y disponibilidad de tiempo de las integrantes del grupo.

Para ejecutar el trabajo en forma coordinada y eficaz se distribuyeron los cargos de la siguiente manera:

- ✓ Presidenta: Carolina Espinosa Palma
- ✓ Secretaria: Johanna Rivas Waitters
- ✓ Tesorera: Javiera Vásquez Loyola
- ✓ Relacionadoras Públicas: Allyson Aguilera Aravena e Ingrid Wilson Veas
- ✓ Referencias Bibliográficas: Valeria Ibacache Pincheira

3.2 Tipo de estudio.

3.2.1 Tipo diseño de investigación

El diseño de investigación es de tipo Cuantitativo, Descriptivo, Retrospectivo y Longitudinal, el cual estudia los conocimientos y registros que han realizado las Enfermeras, sobre las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita, dadas a las madres de lactantes menores de 4 meses que asisten a control de salud en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso.

Universo:

- ✓ Todas las Enfermeras (20) que realizan Control de Niño Sano en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso
- ✓ Fichas clínicas de los lactantes que asisten a control de los 4 meses en el mes de Agosto 2010 (130), considerando en ellas el registro de los controles hechos por enfermera (o)

correspondientes al primer (57), segundo (69) y tercer mes (28) de vida dando un total de 154 registros.

3.2.2 Diseño Muestral

Muestra:

- ✓ 20 Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso (Padre Damián, Placeres, Esperanza, Rodelillo, Barón, Marcelo Mena, Placilla, Reina Isabel II), siendo la muestra obtenida por Conglomerado; por lo que se considerará el grupo total de Enfermeras (20), sin embargo, esta muestra se vio afectada por las siguientes causas: licencia médica de dos profesionales y negativa a participar en el estudio por parte de una enfermera, por lo que finalmente la muestra se constituye por 17 profesionales lo que representa el 85% del universo de enfermeras. (Tabla IV)
- ✓ El total de las fichas disponibles de los lactantes que asisten a control de los 4 meses en el mes de Agosto 2010 (89) que representa el 68,46% del universo, siendo la muestra obtenida por Conglomerado, considerando en ellas el registro de los controles hechos por enfermera (o) correspondientes al primer (57), segundo (69) y tercer mes (28) de vida dando un total de 154 registros. (Tablas V-VI)

Tabla IV: Número de Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en Consultorios de la Comuna de Valparaíso.

Nombre Consultorio	Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en cada uno de los Consultorios. (Universo)	Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en cada uno de los Consultorios. (Muestra)
Padre Damián	2	2
Placeres	2	2
Esperanza	2	2
Rodelillo	2	2
Barón	2	2
Marcelo Mena	2	2
Placilla	2	1
Reina Isabel II	6	4
Totales	20	17

Tabla V: Número de fichas disponibles de lactantes de 4 meses en Agosto 2010.

Consultorio	Total de Fichas disponibles de lactantes de 4 meses en Agosto 2010	Total de fichas no disponibles (perdidas y/o inasistencia a controles de salud)	Total de fichas revisadas
Padre Damián	10	1	9
Placeres	15	2	13
Esperanza	10	2	8
Rodelillo	20	6	14
Barón	11	7	4
Marcelo Mena	22	5	17
Placilla	10	5	5
Reina Isabel II	32	13	19
Totales	130	41	89

Tabla VI: Número de registros incluidos en cada una de las 89 fichas revisadas, correspondientes al 1^{er}, 2^o y 3^{er} mes de control.

Consultorio	1 ^{er} mes de control	2 ^o mes de Control	3 ^{er} mes de control	Total de registros por Consultorio
Padre Damián	0	9	0	9
Placeres	11	8	4	23
Esperanza	6	5	3	14
Rodelillo	11	13	9	33
Barón	0	4	0	4
Marcelo Mena	13	15	6	34
Placilla	4	3	0	7
Reina Isabel II	12	12	6	30
Total de registros por mes de control	57	69	28	154

Unidad de análisis:

- ✓ Cada una de las enfermeras que realizan Control de Niño Sano en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso; las cuales acceden a participar en el estudio y firman el consentimiento informado correspondiente para responder a la entrevista.

- ✓ Registros de estas profesionales correspondientes al 1^{er}, 2^o y 3^{er} mes de control que quedan consignados en las fichas de salud de los lactantes menores que a la fecha de agosto del 2010 tengan 4 meses.

3.3 Método de recolección de datos

Con el fin de recolectar los datos necesarios y medir las variables del estudio, se crearon dos instrumentos: una entrevista estructurada y una pauta de cotejo.

Los objetivos de la entrevista son:

Obtener datos de información general, formación profesional y conocimientos de las Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en los Consultorios de la Comuna de Valparaíso, sobre la prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita, en base a las variables del estudio.

Los objetivos de la pauta de cotejo son:

Obtener datos acerca de las características de los registros correspondientes al primer, segundo y tercer mes, que realizan las enfermeras y que quedan plasmados en las fichas de salud de cada lactante menor que asiste Control de Niño Sano a los 4 meses, en base a las variables del estudio.

3.3.1 Elección de los Consultorios para aplicación de los instrumentos:

La comuna de Valparaíso fue la escogida para realizar el presente estudio, ya que en ésta se pesquisó la mayor cantidad de casos de muerte súbita entre los años 2000-2007. (*Secretaría Regional Ministerial de Salud, Quinta Región de Valparaíso.*) Se escogieron los consultorios pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social, debido a que la mayor parte de ellos dependen de esta entidad. Se decidió aplicar los instrumentos en los Consultorios Padre Damián, Placeres, Esperanza, Rodelillo, Barón, Marcelo Mena, Placilla y Reina Isabel II; excluyendo los centros dependientes del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), los cuales son: Consultorio Jean and Mary Thierry y Consultorio Plaza Justicia. Además, fueron descartados del estudio los Consultorios Quebrada Verde, Puertas Negras, Cordillera y Las Cañas, por estar incorporados hace 4 años en el Sistema de Registro Electrónico, lo que imposibilita el acceso y análisis de las fichas de salud de cada lactante menor que asiste a Control de Niño Sano.

3.4 Aplicación del instrumento.

3.4.1 Elaboración y descripción de los instrumentos

a) El primer instrumento consiste en una Entrevista estructurada para las Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en los Consultorios de la Comuna de Valparaíso; consta de dos preguntas de información general, seis de formación - ejercicio profesional y diez preguntas de conocimientos relacionados con la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración en lactantes menores. (*Anexo 3*)

b) El segundo instrumento consiste en una pauta de cotejo para la revisión de la ficha clínica de los lactantes menores que asisten a Control de salud en los Consultorios de la Comuna de Valparaíso; está conformado por doce ítems que buscan identificar la presencia o ausencia de las indicaciones correctas sobre prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración dadas a las madres de estos niños, durante los controles correspondientes al primer, segundo y tercer mes. (*Anexo 4*)

3.4.2 Consentimiento Informado: Realizado (*Anexo 5*)

3.4.3 Cartas de petición a:

3.4.3.1 Subdirector de la Red de Salud, Valparaíso: Señor Iván Muñoz Oses. (*Anexo 6*)

3.4.3.2 Directores de cada consultorio participante en el estudio, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social. (*Anexo 7*)

3.5 Prueba de Confiabilidad de Entrevista para Enfermera.

La Entrevista fue aplicada a 5 Enfermeras, que realizan Control de Niño Sano en Consultorios pertenecientes a la Región de Valparaíso, en el mes de Julio 2010. Los Consultorios considerados para realizar la prueba de confiabilidad fueron los siguientes: Consultorio Periférico de Villa Alemana (Entrevista a 2 Enfermeras), Juan Bautista Bravo Vega, Troncos Viejos (Entrevista a 2 Enfermeras) y Plaza Justicia (Entrevista a 1 Enfermera).

Los objetivos de la prueba del instrumento fueron:

- ✓ Identificar preguntas que causen dificultad en su comprensión por parte de las Enfermeras.
- ✓ Determinar el tiempo promedio para la aplicación del instrumento.
- ✓ Pesquisar limitantes al momento de la aplicación del instrumento.

La prueba permitió:

- ✓ Realizar modificaciones a aquellas preguntas que presentaban dificultades en la comprensión por parte de las enfermeras entrevistadas.
- ✓ Identificar el período del día más idóneo para la aplicación de los instrumentos.

3.6 Criterios utilizados

3.6.1 Criterios para aplicación de instrumentos

- ✓ **Criterios de Inclusión:** se incluyeron en el estudio a todas las Enfermeras que realizan Control de Niño Sano en los Consultorios escogidos de la Comuna de Valparaíso y los registros de estas profesionales, que quedan plasmados en los controles correspondientes al primer, segundo y tercer mes, incluidos en la ficha de los lactantes menores de 4 meses que asisten al Consultorio durante el mes de Agosto 2010.
- ✓ **Criterios de Exclusión:**
Se excluyó de este estudio, toda Ficha Clínica de lactantes menores que fueron Recién Nacidos de Pre-término.
Se excluyó de este estudio toda Ficha Clínica con letra ilegible.

3.6.2 Criterios de análisis y evaluación de la información

a) Instrumento: Entrevista a Enfermeras. (Anexo 8)

El puntaje máximo en la entrevista a las Enfermeras corresponde a 18 puntos, los cuales se obtienen al contestar lo correcto a todas las preguntas de este instrumento. Éstas hacen referencia a la satisfacción de la necesidad de sueño y alimentación en lactantes, siendo de vital importancia para la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración.

Para indicar el grado de conocimiento de las Enfermeras en relación a la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración en lactantes menores, se determinaron tres rangos de puntajes:

- ✓ Bueno 13 – 18 puntos: Significa que las Enfermeras manejan información adecuada sobre la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración.
- ✓ Regular 8 – 12 puntos: Significa que las Enfermeras manejan información medianamente adecuada sobre la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración.
- ✓ Deficiente 0 – 7 puntos: Significa que las Enfermeras no poseen los conocimientos suficientes sobre prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración.

Para hacer el análisis pregunta a pregunta, se determinó lo siguiente:

Si el conocimiento de la Enfermera es correcto, obtiene un puntaje máximo de 4, 3 o 1; según se indica a continuación:

Pregunta 1: Referente a posición al dormir del lactante menor.

Conocimiento	Puntaje
Correcto	3
Aceptable	2
Insuficiente	1
Deficiente	0

Pregunta 2 a 8: Referentes a grados de inclinación de la cuna, tipo de colchón, lugar donde debe dormir, objetos en la cuna, cantidad de ropa de cama y vestuario del lactante menor.

Conocimiento	Puntaje
Correcto	1
Deficiente	0

Pregunta 9 y 10: Relacionadas con factores ambientales y técnica de lactancia materna, respectivamente.

Conocimiento	Puntaje
Completo	4
Incompleto	3-1
Incorrecto	0

Para obtener el puntaje máximo (4) en las preguntas 9 y 10, correspondientes a factores ambientales y técnica de lactancia materna, es necesario que la respuesta incluya indicaciones sobre temas específicos, los cuales fueron consignados por las tesis, en relación a la teoría; y a la vez, a cada uno de éstos se les asignó un valor en especial.

Por lo tanto, para la pregunta referente a los factores ambientales (n° 9), se espera que la respuesta incluya: *Hábito tabáquico (-) en el hogar y en la madre* (valor: 2 puntos), *ventilación del hogar* (valor: 1 punto), *calefacción no contaminante en el hogar y dormitorio del lactante* (valor: 1 punto). Para la pregunta referente a la técnica de lactancia materna (n° 10), se espera que la respuesta incluya: *desflato* (valor: 2 puntos), *tiempo de cada mamada* (valor: 1 punto), *acomplamiento del lactante* (valor: 1 punto).

b) Instrumento: Pauta de Cotejo. (Anexo 4)

El puntaje máximo corresponde a 25 puntos, los cuales se obtienen si están presentes todas las indicaciones correctas, sobre prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración, registradas en las fichas clínicas de los lactantes menores, correspondientes al primer, segundo y tercer mes de vida. A cada indicación se le asignó un puntaje según su importancia y relevancia para la prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita; a partir de esto, los valores asignados corresponden a 3, 2 y 1 punto. Si la indicación no está escrita o ésta es errónea, no tiene puntaje. Se determinaron tres rangos de puntuación, aplicados en la revisión de cada mes de control, los cuales indican la calidad del registro de las Enfermeras en relación a las indicaciones específicas para la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración, dadas a las madres de estos niños.

Rangos de calidad del registro aplicados al mes, dos y tres meses:

- ✓ Bueno 21 – 25 puntos: Significa que en la ficha clínica de los lactantes menores, están las indicaciones correctas y esperadas sobre prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración.
- ✓ Regular 15 – 20 puntos: Significa que en la ficha clínica de los lactantes menores, están las indicaciones correctas, pero incompletas sobre la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración.

- ✓ Deficiente 0 – 14 puntos: Significa que en la ficha clínica de los lactantes menores, las indicaciones sobre prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración son incompletas, erróneas o no existen.

3.6.3 Programas utilizados

- ✓ **Programa de análisis de datos y tabulación:** para la tabulación de los datos obtenidos en la aplicación del instrumento se utilizó Microsoft Office Excel 2007.
- ✓ **Gráfica de los datos:** para la realización de los gráficos se utilizó Microsoft Office Excel 2007.

3.7 Organización del trabajo en equipo

Previo a la aplicación de los instrumentos, se gestionó la autorización del Subdirector de la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social: Iván Muñoz Oses y de cada Director de los Consultorios pertenecientes a esta entidad, con el fin de seguir el conducto regular. Luego de contar con las aprobaciones correspondientes, se procedió a distribuir a las alumnas tesistas en tres grupos de dos integrantes cada uno, quedando de la siguiente forma:

- ✓ Consultorios Placeres, Esperanza y Padre Damián: Carolina Espinosa y Valeria Ibacache.
- ✓ Consultorios Barón, Rodelillo y Marcelo Mena: Javiera Vásquez e Ingrid Wilson.
- ✓ Consultorios Reina Isabel II y Placilla: Allyson Aguilera y Johanna Rivas

La aplicación de los instrumentos fue efectuada en el período comprendido entre el jueves 05 de Agosto y el viernes 17 de Agosto del 2010; asistiendo (según disponibilidad de cada consultorio) entre lunes y viernes.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS
PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS

4.1 Primera Parte

Antecedentes Generales de la muestra

Descripción de las enfermeras del estudio

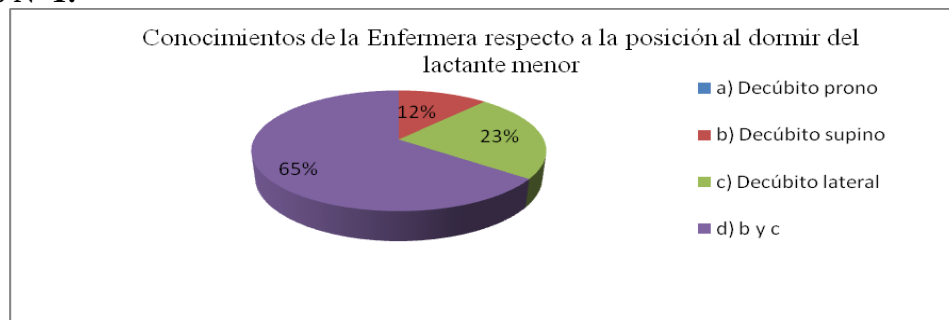
- ✓ El grupo de estudio se constituyó por 17 enfermeras.
- ✓ Del total de la población entrevistada, el 100% pertenece al sexo femenino.
- ✓ Según grupo etáreo, el 71% de las enfermeras se encuentra en la etapa de adultez joven (20-45 años) y el 29% en adultez media (45-65 años).
- ✓ El 94% de las enfermeras son egresadas de universidades tradicionales y el 6% de ellas son egresadas de entidades privadas. Según universidad de egreso el 70% pertenece a la U. de Valparaíso, 12% a la U. de Chile, 6% a la U. Andrés Bello y un 12% a otras.
- ✓ Con respecto al año de finalización de la carrera, el 53% (9) de las profesionales egresó desde el año 2000 en adelante, el 23% (4) entre 1990-2000, el 18% (3) entre 1970-1980 y el 6% (1) entre 1980-1990.
- ✓ De acuerdo a los años de ejercicio profesional en control de niño sano, el 64% de las enfermeras lleva menos de 5 años trabajando, el 12% entre 5-10 años, el 6% entre 10-15 años y el 12% hace 20 años o más.
- ✓ Del total de Enfermeras entrevistadas ninguna (100%) ha realizado algún curso y/o posgrado sobre prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores.
- ✓ El 100% de las Enfermeras entrevistadas refiere que da indicaciones verbales y/o escritas sobre prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores durante la realización del Control de Niño Sano.

4.2 Segunda Parte

4.2.1 Conocimientos de la Enfermera

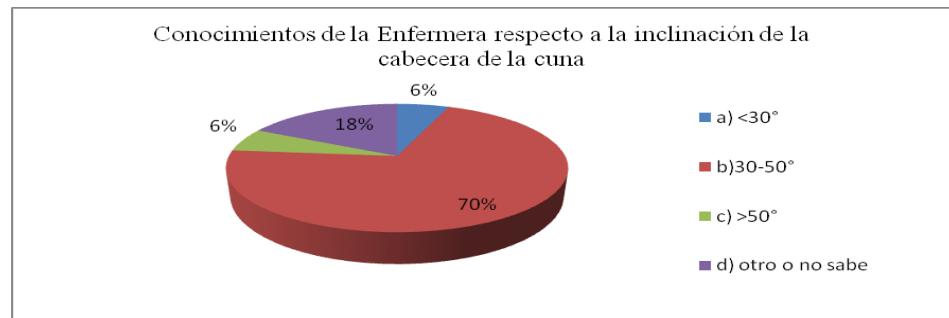
A continuación, se presentan los resultados obtenidos sobre el conocimiento que tienen las enfermeras del estudio respecto de las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores.

Gráfico N° 1:



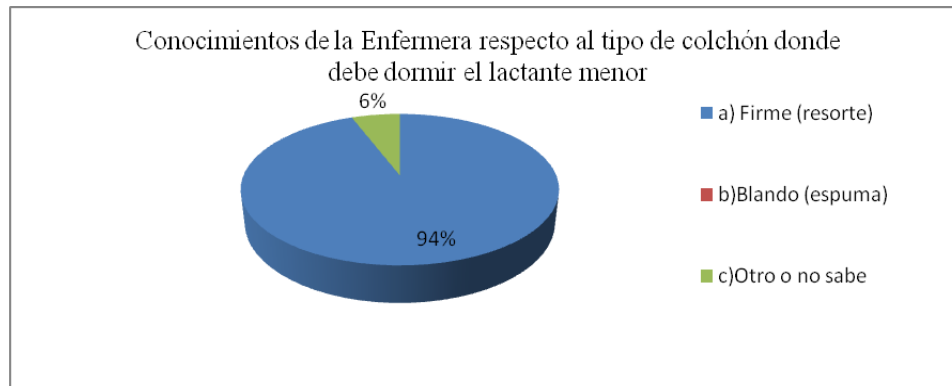
La mayor parte de las enfermeras (65%), manifiesta que la posición correcta en que debe dormir el lactante menor es decúbito lateral y/o decúbito supino, tomando en consideración ambas alternativas indistintamente al momento del control. El 35% restante se inclina sólo por decúbito lateral (23%), decúbito supino (12%) y ninguna por decúbito prono.

Gráfico N° 2:



Se observa que el 70% de las enfermeras entrevistadas refiere como correcta la inclinación de la cabecera de la cuna entre el rango entre 30-50°. Se destaca que el 18% de las profesionales manifiesta no tener conocimientos sobre este tema.

Gráfico N° 3:

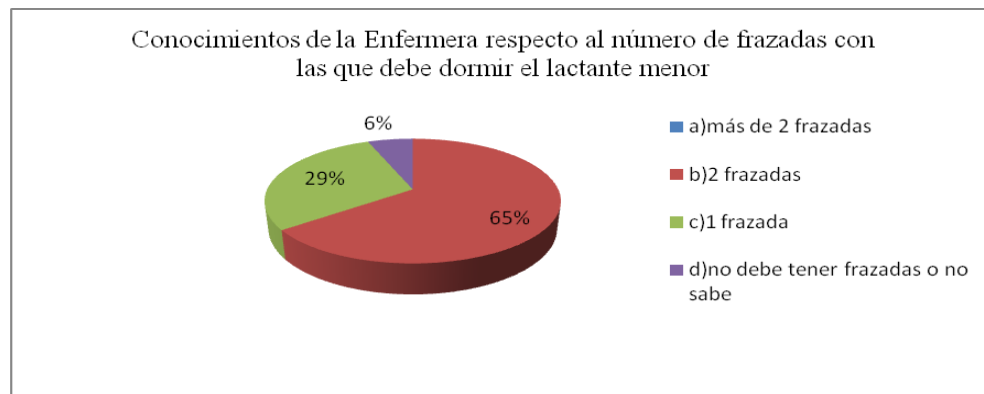


La mayor parte de las profesionales entrevistadas (94%) afirma que el colchón en donde debe dormir el lactante menor debe ser firme.

Gráfico N° 4:

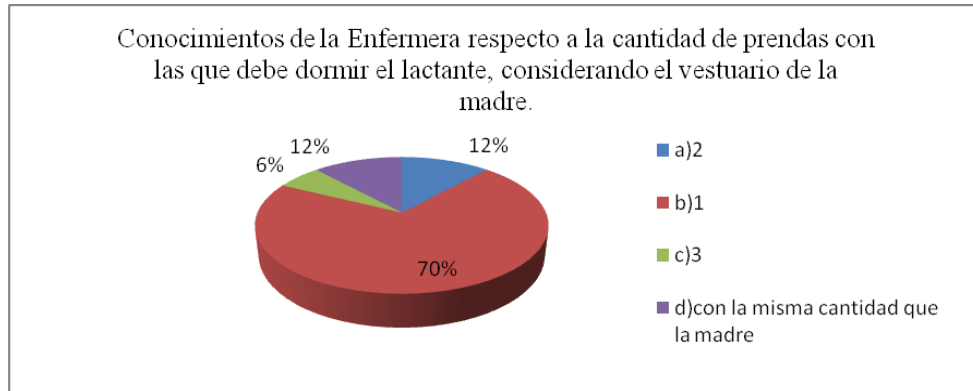
La totalidad de las enfermeras (100%) refiere que el lactante menor debe dormir solo en su cuna (ver tabla N° 4)

Gráfico N° 5:



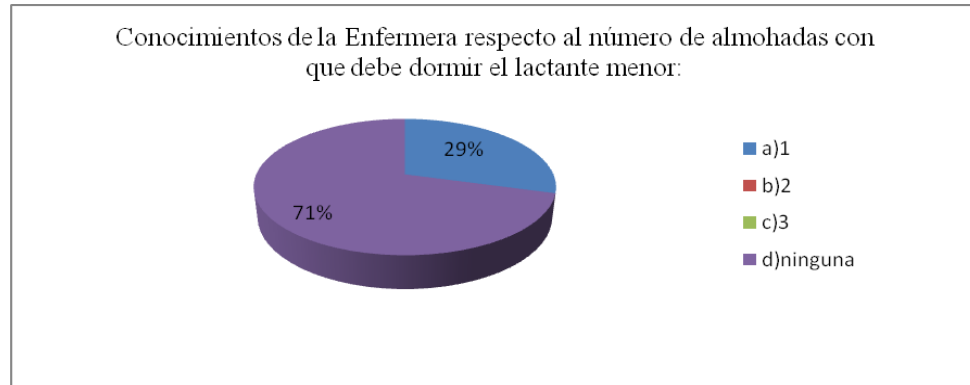
El 65% de las enfermeras considera que el lactante menor debe dormir con dos frazadas, mientras que el 29% se inclina porque solo duerme con una. Se destaca que el 6% de las profesionales desconoce o verbaliza que el lactante no debe usar frazadas al dormir.

Gráfico N° 6:



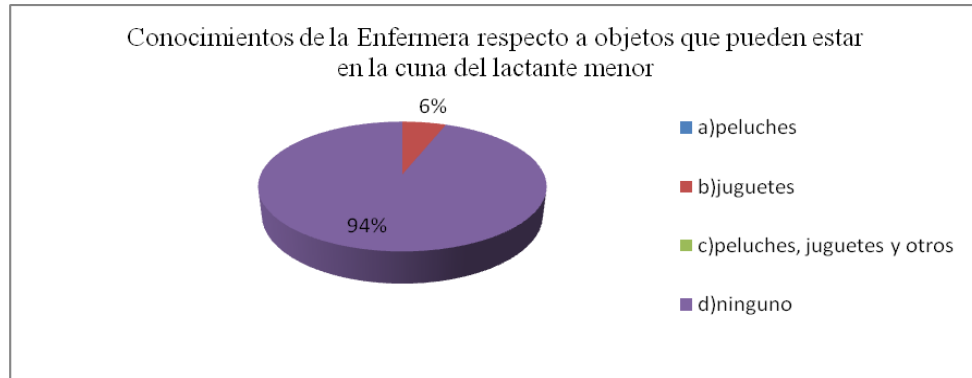
El 70% de las enfermeras manifiesta que el lactante menor debe dormir sólo con una prenda más que la madre. El 12 % refiere que debe dormir con la misma cantidad de prendas que la madre, mientras que el otro 12 % señala que debe vestir con 2 prendas más que ésta.

Gráfico N° 7:



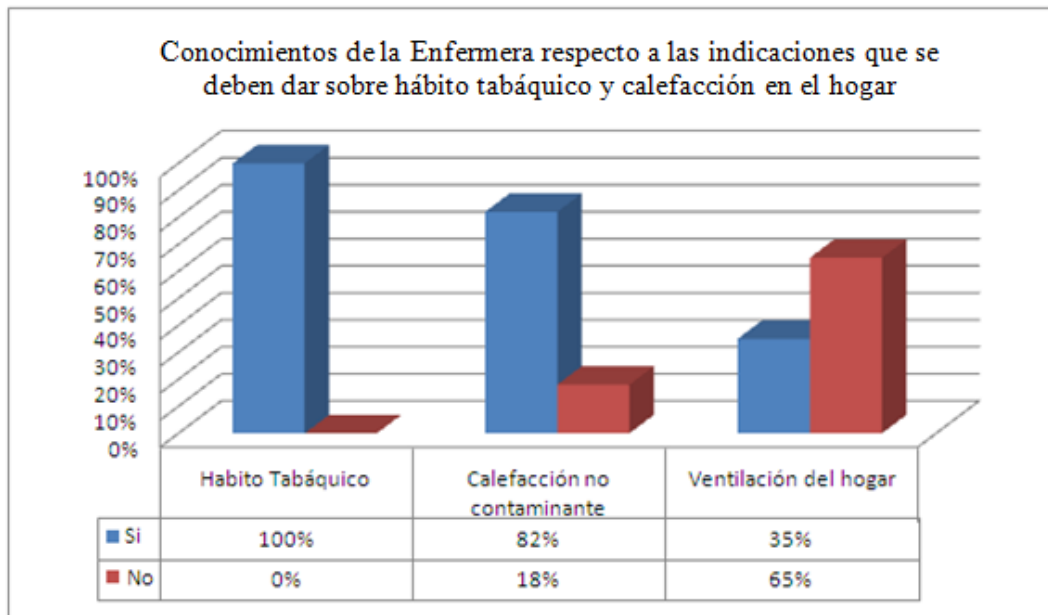
Se observa que el 71% de las enfermeras refiere que los lactantes menores deben dormir sin almohadas. El 29% restante recomienda el uso de sólo una de éstas.

Gráfico N° 8:



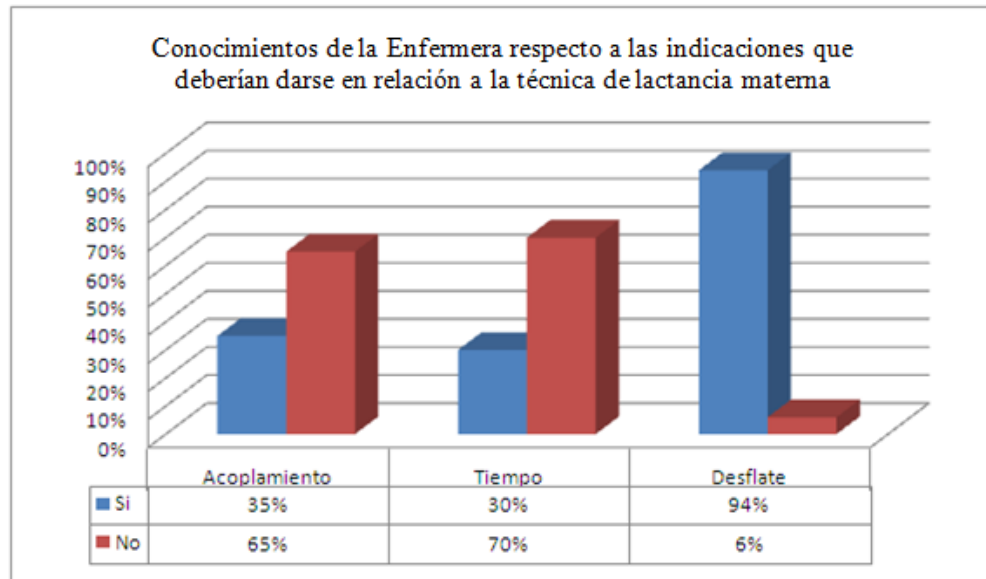
La mayor parte de las enfermeras (94%) tiene conocimientos sobre la importancia de que los lactantes menores duerman sin objetos en la cuna.

Gráfico N° 9:



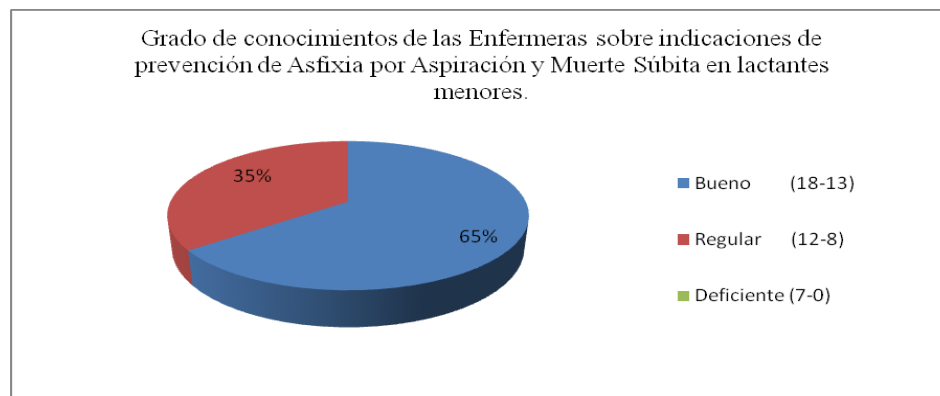
Con respecto a los factores ambientales, se observa que el 100% de las enfermeras sabe que debe dar indicaciones sobre la suspensión del hábito tabáquico tanto en la madre como en todos los miembros del hogar del lactante menor. El 82% posee conocimientos sobre la indicación de uso de calefacción no contaminante mientras que sólo el 35% conoce la indicación referida a la importancia de la ventilación en el hogar.

Gráfico N° 10:



En relación con la técnica de lactancia materna, se observa que el 94% de las enfermeras tiene conocimientos sobre la indicación de desflato, el 35% sobre el acoplamiento que debe existir entre la boca del lactante menor y el pecho materno, mientras que sólo un 30% posee nociones sobre el tiempo que debe durar cada mamada.

Gráfico N° 11:



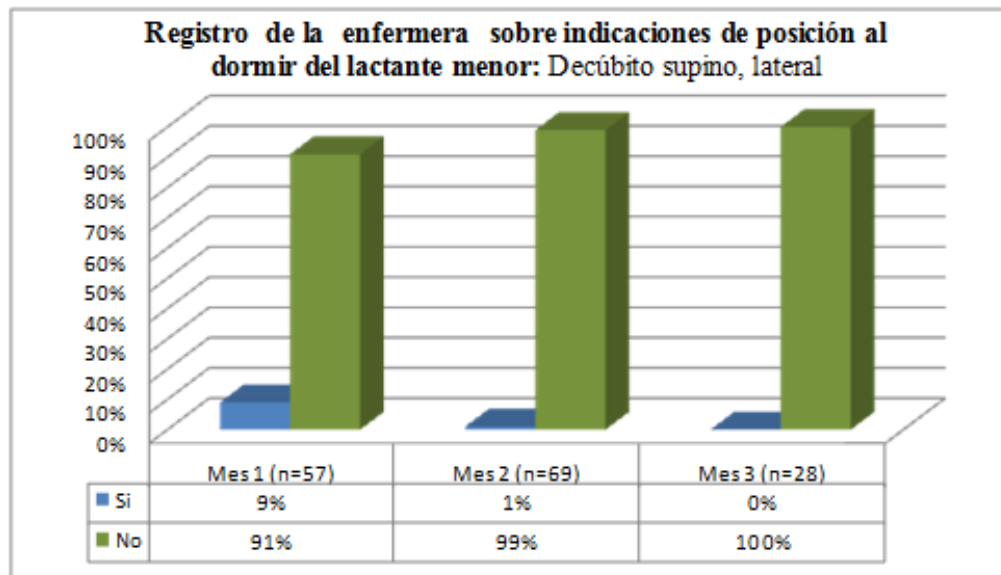
Se observa que el 65% de las enfermeras posee un buen conocimiento sobre las indicaciones que debe dar para la prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores, mientras que un 35% tiene nociones regulares en esta área.

4.3 Tercera Parte

4.3.1 Registros de las enfermeras

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en relación a los registros que realizan las enfermeras del estudio respecto de las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores.

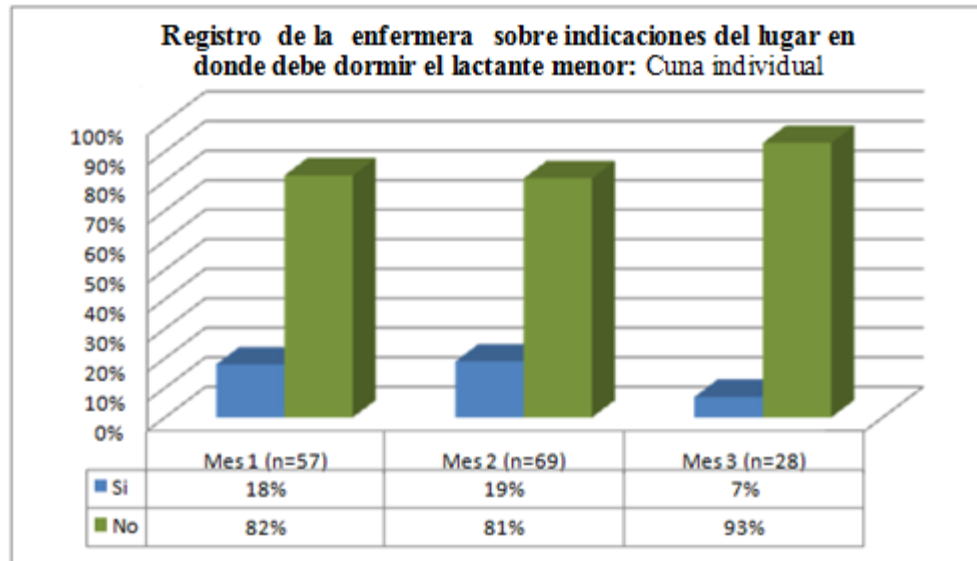
Gráfico N° 12:



En el 1^{er} mes se observa que en el 91% de los registros no hay indicación sobre la posición en que debe dormir el lactante menor, encontrándose sólo en el 9% de éstos.

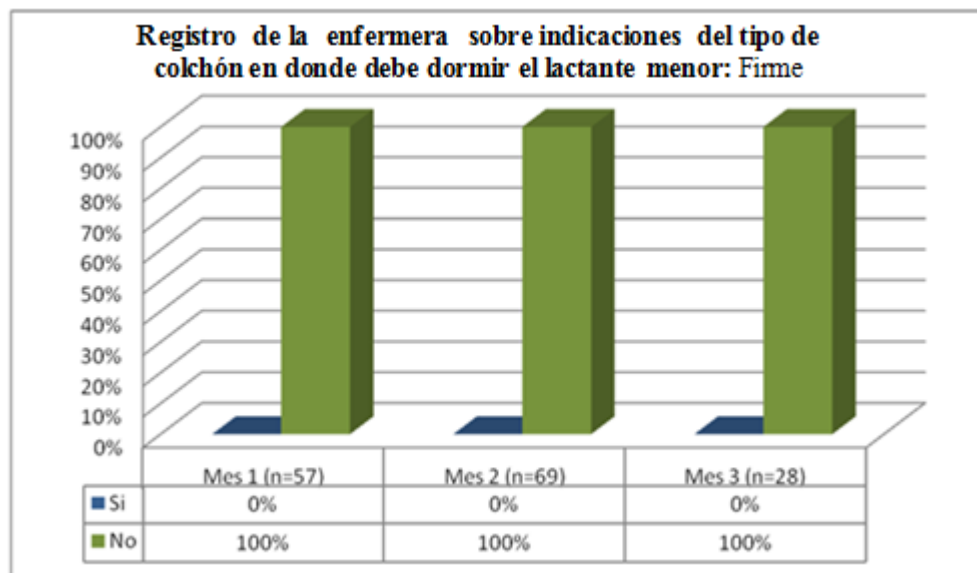
En el 2^o y 3^{er} mes se observa que en casi la totalidad de los registros no está la indicación.

Gráfico N° 13:



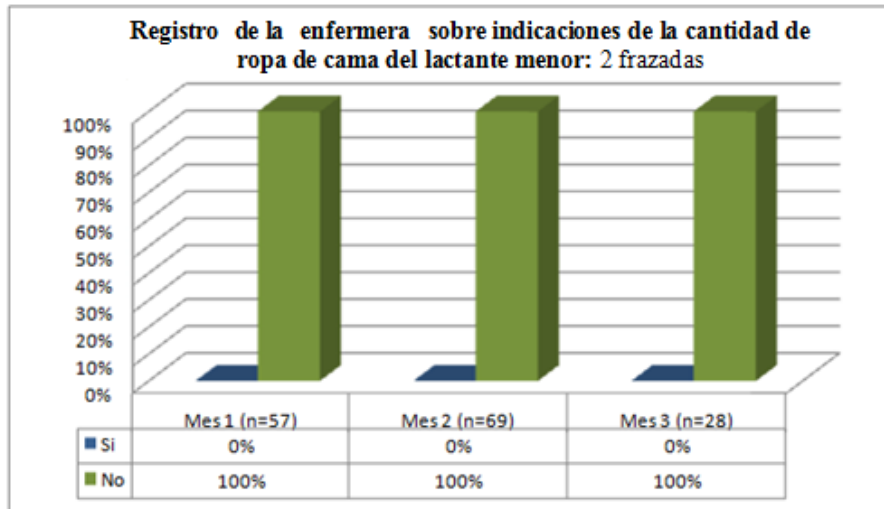
Se observa que existe un escaso registro respecto del lugar en donde debe dormir el lactante: cuna individual, siendo de sólo el 20% en el 1^{er} y 2^o mes y de un 7% en el tercero.

Gráfico N° 14:



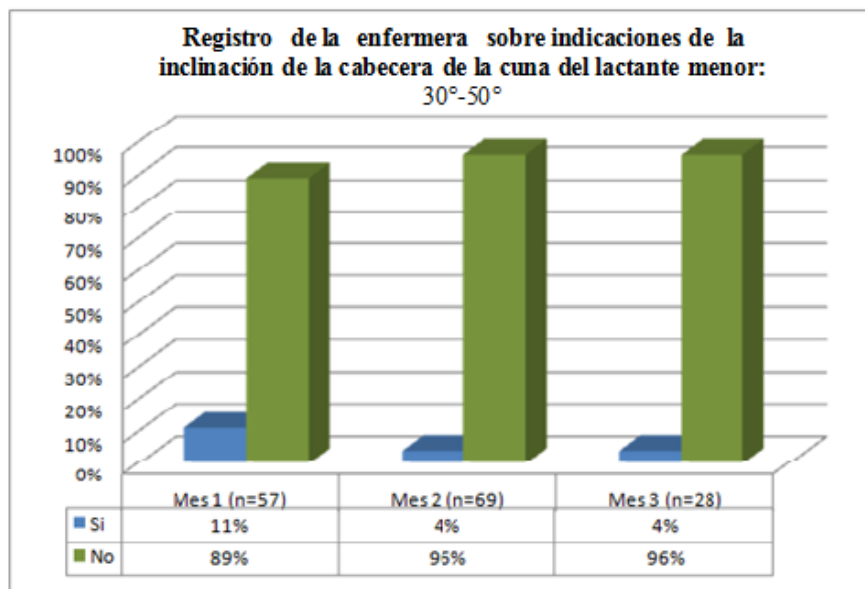
La indicación sobre el tipo de colchón en donde debe dormir el lactante menor está ausente en el 100% de los registros del 1^{er}, 2^o y 3^{er} mes

Gráfico N° 15:



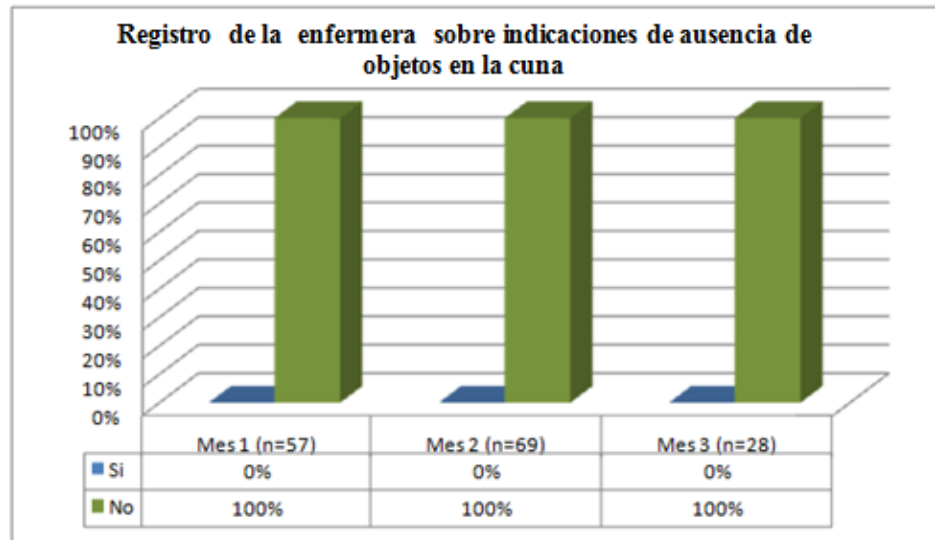
En el 100% de los registros del 1^{er}, 2^o y 3^{er} mes está ausente la indicación sobre la cantidad de ropa de cama del lactante menor.

Gráfico N° 16:



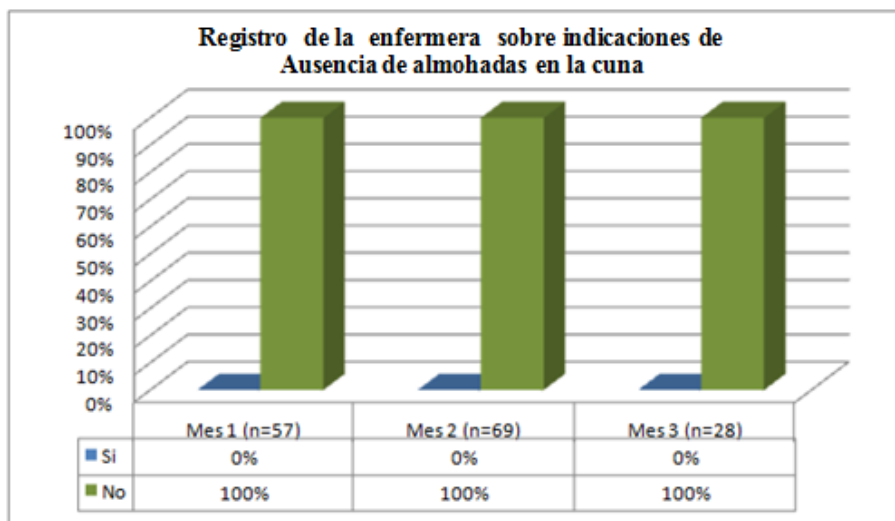
En el 1^{er} mes, la indicación sobre la inclinación de la cabecera de la cuna del lactante menor, está ausente en el 89% de los registros. En tanto que en el 2^o y 3^{er} mes está ausente en el 96% de los casos.

Gráfico N° 17:



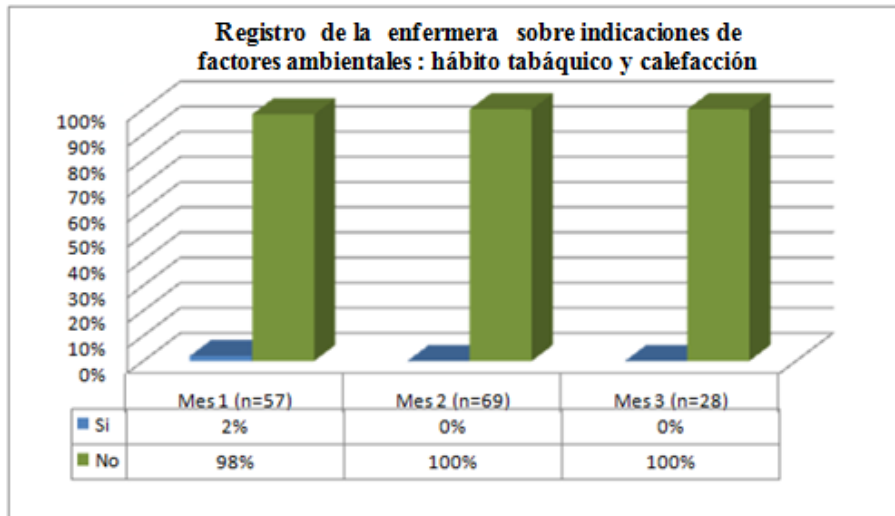
En el 100% de los registros del 1^{er}, 2^o y 3^{er} mes, no se contempla la indicación sobre la ausencia de objetos en la cuna del lactante menor.

Gráfico N° 18:



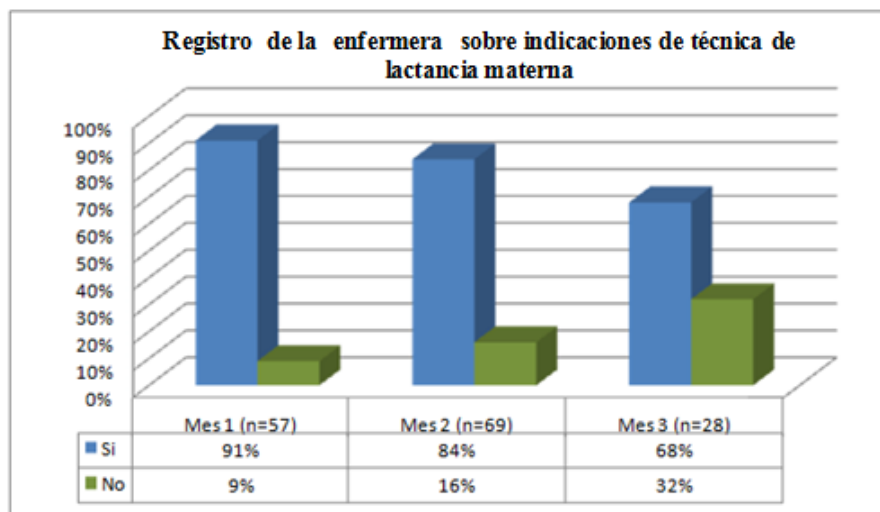
En el 100% de los registros del 1^{er}, 2^o y 3^{er} mes, no se observa la indicación sobre la ausencia de almohadas en la cuna del lactante menor.

Gráfico N° 19:



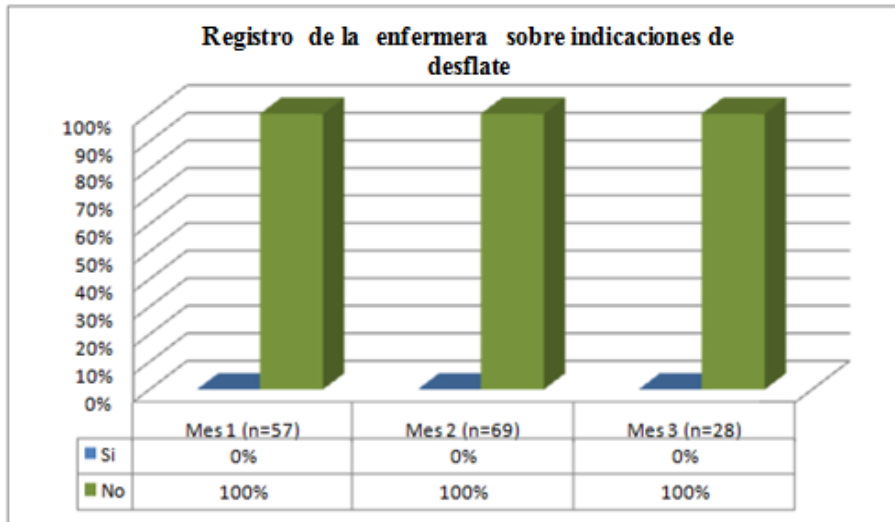
En el 1^{er} mes, la indicación sobre factores ambientales: hábito tabáquico y calefacción, está presente sólo en el 2% de los registros, mientras que en los meses restantes está ausente en el 100% de ellos.

Gráfico N° 20:



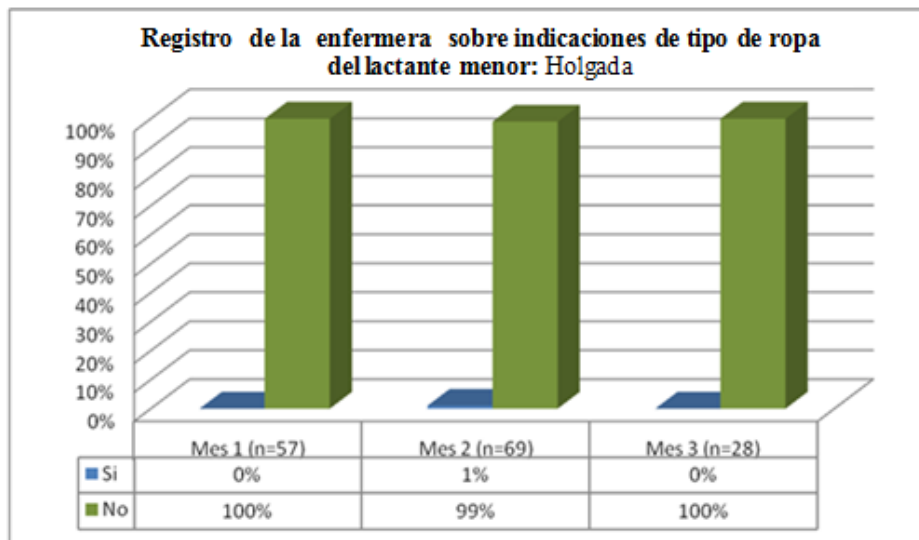
En el 1^{er} mes, la indicación sobre técnica de lactancia materna está en el 91% de los registros, sin embargo esta indicación va decreciendo en los siguientes meses, observándose en el 2^o mes en un 84% y en el 3^{er} mes en un 68%.

Gráfico N° 21:



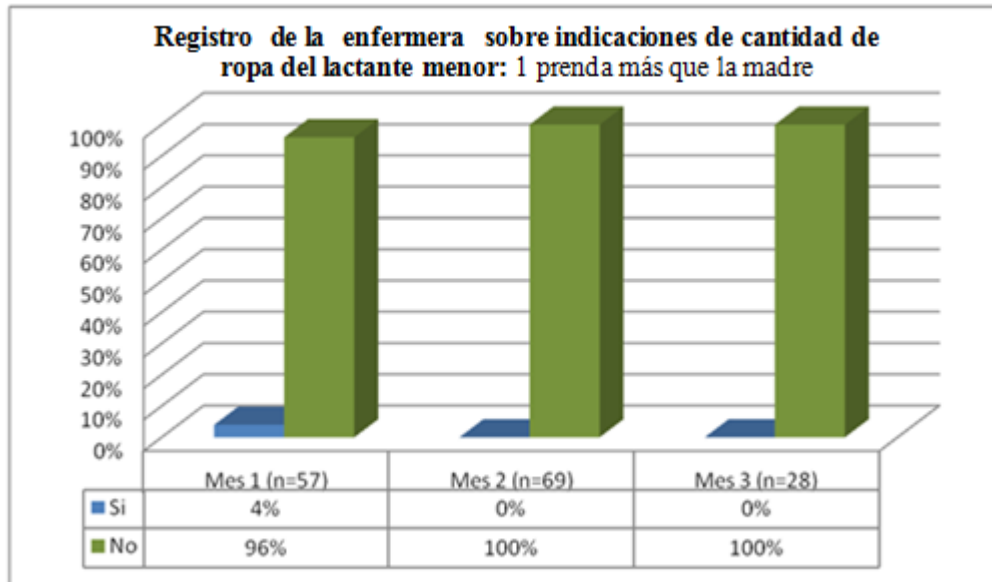
Se aprecia que en el 1^{er}, 2^o y 3^{er} mes, no se encuentran registros sobre la importancia del desflate en el lactante menor.

Gráfico N° 22:



Sólo en el 2^o mes de control, el 1% de los registros presenta la indicación de tipo de ropa del lactante menor (holgada), mientras que en los demás meses existe ausencia total de registros referentes a este tema.

Gráfico N° 23:



En el 1^{er} mes se observa que la indicación sobre cantidad de ropa del lactante menor, está en el 4% de los registros, en tanto que en los siguientes meses no se constata dicha información.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones del estudio

- ✓ El 100% de las profesionales refiere dar indicaciones verbales y/o por escrito a las madres de lactantes menores sobre prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración, lo cual es un indicador de la buena atención otorgada en cada control de salud. Sin embargo, la entrega de dichas indicaciones es comprobable sólo a través de los registros de enfermería consignados en la ficha de cada lactante menor. Según los resultados del estudio, el 100% se clasifica como “deficientes”, según los criterios de evaluación. Lo anterior es destacable, ya que según lo descrito en el marco teórico³³, el registro de enfermería es fundamental para permitir la continuidad de la atención y la comunicación entre los integrantes del equipo de salud; siendo además indicador de la calidad de la atención, representando un respaldo legal ante cualquier situación que así lo amerite. Se debe tener en cuenta que lo que no se registra no se ha realizado, por lo tanto, aún cuando las enfermeras manifiesten que las indicaciones relacionadas con reposo y sueño sí son entregadas, al no quedar documentadas en las fichas, se asumiría que la información no fue transmitida a los cuidadores de lactantes menores, representando un riesgo para la salud de los niños (as).

- ✓ El 64% de las enfermeras realiza el Control de Niño Sano hace menos de 5 años, lo que podría incidir en una menor experiencia al momento de entregar información adecuada a las madres y/o cuidadores de lactantes menores sobre prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita.
El 12% de las profesionales realiza esta actividad hace más de 20 años, lo que podría favorecer la entrega de información atinente y oportuna, sin embargo, en ocasiones las profesionales guiadas por la costumbre y la rutina, no actualizan sus conocimientos, en consecuencia la educación entregada en los controles podría ser catalogada como no actualizada o errónea lo que sería riesgoso para la salud de los lactantes.

- ✓ A pesar de que la totalidad de las enfermeras entrevistadas no se ha capacitado en cursos y/o posgrados, la mayoría posee conocimientos acertados y específicos sobre prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores. Esto reflejaría que las

profesionales han conservado los conocimientos adquiridos en la formación de pregrado en sus respectivas universidades, o bien se han preocupado de actualizarse en estos temas de manera de entregar una adecuada indicación en los controles de salud de los lactantes menores.

- ✓ En la actualidad se han llevado a cabo diversos estudios con respecto a las recomendaciones para prevenir la asfixia por aspiración. Los resultados de éstos indican que el lactante tiene más probabilidad de ahogarse estando en posición prona que en supina, ya que en ésta el esófago se encuentra por encima de las vías aéreas facilitando el paso de la leche hacia las vías respiratorias, aumentando el riesgo de ser aspirada. Además se han propuesto diversas hipótesis relacionadas con el decúbito prono y la mayor incidencia del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Éstas incluyen: sofocación accidental y reinspiración de CO₂ exhalado. Se suma a esto que la respiración del lactante es de tipo nasoabdominal hasta los 3 meses de vida.¹⁶

Según las evidencias actuales, la recomendación más apropiada para recostar a los lactantes menores es la posición decúbito supino, ya que en decúbito lateral tienen más posibilidades de rotar espontáneamente hacia la posición prona, lo que representa mayor riesgo para presentar Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (6,57 veces).¹⁷

De acuerdo a lo anterior el 65% de las enfermeras, manifiesta que la posición correcta en que debe dormir el lactante menor es decúbito lateral y/o supino, tomando en consideración ambas alternativas indistintamente al momento del control. El 35% restante se inclina sólo por una de las siguientes posiciones: decúbito lateral (23%), decúbito supino (12%) y ninguna por decúbito prono.

A pesar de que las enfermeras poseen los conocimientos sobre la posición en la cual debe dormir el lactante menor, esta indicación sólo se pesquisó en el 9% de los registros del 1^{er} mes de control, estando ausente en el 2^o y 3^{er} mes, aún cuando éste es un periodo de alto riesgo para el niño(a) en cuanto a presentar asfixia por aspiración y/o muerte súbita.

- ✓ Es importante que la cabecera de la cuna este inclinada en ángulo de 30°, ya que facilita la deglución y evita el Reflujo Gastroesofágico (RGE), previniendo la asfixia por aspiración⁴. El

70% de las enfermeras refiere que la cuna del lactante menor debe estar inclinada entre 30° y 50°. Se debe destacar que el 18% de las profesionales manifiesta que no posee conocimientos respecto a esta indicación.

Cabe mencionar que sólo en el 11% de los registros del 1^{er} mes de control se encuentran indicaciones sobre este tema, disminuyendo a un 4% en el 2° y 3^{er} mes, lo que podría aumentar la incidencia de Asfixia por Aspiración en el lactante menor de 3 meses.

- ✓ Con respecto a la indicación del tipo de colchón, el 94% de las enfermeras refiere que éste debe ser firme, mientras que el 6% manifiesta no poseer conocimientos sobre este tema. Se destaca que ningún profesional considera que un colchón blando es el adecuado para que duerma el lactante menor. Existen teorías que relacionan el uso de colchón blando con la aparición del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), ya que este factor incrementa la posibilidad de que el menor se voltee durante el sueño adquiriendo la posición prona. Se ha argumentado que dormir en esta posición sobre superficies blandas aumenta la probabilidad de inhalación del aire exhalado o hipertermia, ya que se compromete el balance térmico del niño.¹⁶

Aún cuando la mayor parte de las enfermeras posee conocimientos adecuados sobre el tipo de colchón en que debe dormir el lactante menor, lo anterior no se ve reflejado en sus registros, destacando que en el 100% de ellos, no se encuentra dicha indicación.

- ✓ El estudio muestra que la totalidad de las enfermeras manifiesta que el lactante debe dormir en cuna individual. Este resultado es destacable, ya que el colecho expone a los menores al riesgo de asfixia, aplastamiento y estrangulación, pues la cama de los padres no está acondicionada para la protección de ellos.²⁵

A pesar de que la totalidad de las enfermeras posee conocimientos adecuados sobre el lugar donde debe dormir el lactante menor, se observa que dicha indicación está presente sólo en un 18% de los registros correspondientes al control del 1^{er} mes, en un 19% al del 2° mes y sólo un 7% en el 3^{er} mes. Lo que podría aumentar la incidencia de asfixia por aspiración y Síndrome de Muerte Súbita en el lactante menor.

- ✓ Con respecto a los conocimientos de las enfermeras sobre la cantidad de frazadas con las que debe dormir el lactante menor, el 65% refiere que el niño debe usar sólo dos, lo cual concuerda con lo señalado en la norma de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) en relación a las condiciones al dormir.²⁰ El 29% de estas profesionales, señala que los lactantes menores deben dormir sólo con una frazada, dependiendo del tipo y características de la ropa de cama (delgada, gruesa, de polar, etc.), elemento que no se incluye en la norma anteriormente mencionada, la cual hace referencia en forma exclusiva a la cantidad.

El 6% restante de las profesionales desconoce la cantidad de frazadas con las que debe dormir el lactante menor, lo que podría aumentar el riesgo de SMSL por el arropamiento excesivo y sobrecalentamiento en la cuna.¹⁸

A pesar de que la mayor parte de las enfermeras posee un conocimiento correcto sobre este factor, se destaca que en los consultorios donde se llevó a cabo este estudio no se encontró registro alguno sobre esta indicación.

- ✓ Gran parte de las enfermeras (70%) señala que el lactante menor debe usar una prenda más que la madre al dormir, lo cual concuerda con lo señalado en el marco teórico ²¹, donde se describe que esta medida disminuye el sobreabrigo y por ende el riesgo de asfixia por aspiración y muerte súbita. Además las profesionales hicieron referencia al uso de ropa holgada que permite una respiración satisfactoria y libre de riesgos, facilitando los movimientos abdominales que a esta edad tienen directa relación con la necesidad de respiración. El hecho de que las enfermeras manejen este conocimiento podría favorecer la calidad de la educación otorgada a las madres y/o cuidadores de los lactantes menores. En contraste con lo anterior, sólo en el primer mes de control se encontraron registros sobre este factor (4%), lo cual indica que a pesar de que las profesionales tienen conocimientos correctos sobre este tema en particular, no lo documentan en las fichas de los lactantes menores.

El 12% del total de enfermeras refiere que los lactantes menores deben usar 2 prendas más que la madre al dormir, lo que favorece el sobreabrigo, aumentando el riesgo de muerte súbita. Por otro lado el 6% de las enfermeras manifiesta que los lactantes menores deben usar 3 prendas más que la madre, lo que sería aún más riesgoso y favorecería el sobrecalentamiento, agudizando el peligro de SMSL. El 12% restante, manifiesta que los

lactantes menores deben usar la misma cantidad de prendas que la madre al dormir, lo cual es una indicación errónea, ya que a esta edad los niños no son capaces de termorregular de forma autónoma y necesitan sólo una prenda más que les proporcione calor.

- ✓ El estudio realizado muestra que el 71% de las enfermeras sabe que no deben existir almohadas en la cuna del lactante menor, lo cual está respaldado en el marco teórico, donde se señala que la presencia de este objeto es un factor de riesgo para el SMSL, ya que puede forzar la curvatura natural del cuello alterando la necesidad de respiración.²³ El 29% restante de las profesionales refiere que en la cuna del lactante debe haber una almohada, lo cual es incorrecto, ya que su presencia puede facilitar que el lactante menor se voltee quedando en posición decúbito prono, respirando su propio anhídrido carbónico y causando asfixia.²³ Es importante mencionar que no existen registros sobre esta indicación, lo que corrobora el desconocimiento u omisión de esta información.

- ✓ El 94% de las profesionales entrevistadas refiere que no deben existir objetos en la cuna del lactante menor, lo cual es correcto, ya que los objetos aumentan el riesgo de asfixia, al favorecer el cambio de posición y/o obstruir la vía aérea.²³ A pesar de que las enfermeras poseen buenos conocimientos sobre este factor no existen registros en la fichas de los lactantes.

- ✓ Con respecto a los factores ambientales, el 100% de las enfermeras sabe que debe dar indicación sobre la suspensión del hábito tabáquico, tanto en la madre como en los que habitan en el hogar del lactante menor. Existen evidencias que indican que los niños con exposición post natal al cigarrillo tienen un riesgo más elevado de presentar Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), ya que despertarían menor cantidad de veces con respecto a los hijos de padres que no tienen este hábito. También presentan mayor frecuencia y duración de apneas obstructivas, riesgo que se incrementa aún más si ambos padres fuman. Los últimos estudios indican que el SMSL podría reducirse en más del 30% si los padres no fumaran.²⁶

El 82% de las enfermeras posee conocimientos sobre la indicación de uso de calefacción no contaminante, mientras que el 35% sabe que debe dar indicación respecto a la importancia de la ventilación en el hogar. Estos dos factores resultan de vital importancia, ya que las emanaciones de gas y otros tóxicos pueden provocar asfixia y la posterior muerte del lactante, siendo importante vigilar el tipo de calefacción existente en la casa y especialmente en la habitación donde duerme el bebé. De lo anterior se puede señalar que, dentro de los factores ambientales, las enfermeras consideran de mayor relevancia el hábito tabáquico y la calefacción, relegando a un segundo plano la ventilación del hogar. Esto podría aumentar el riesgo de asfixia y muerte súbita, ya que sólo la combinación de estos tres elementos puede asegurar un ambiente totalmente libre de contaminantes.²⁸

Mediante este estudio se pudo comprobar que casi en la totalidad de los registros no se encuentra esta indicación, lo que podría aumentar el riesgo de SMSL por todo lo explicado anteriormente.

- ✓ En relación a los conocimientos de las profesionales de enfermería sobre la técnica de lactancia materna, el 94% incluye el desflato. Esto refleja que gran parte de las enfermeras entrevistadas poseen conocimientos correctos sobre la prevención de asfixia por aspiración, ya que el desflato disminuye el riesgo de regurgitación de leche en el lactante menor (reflujo gastroesofágico).⁵ A pesar de manejar esta información, las enfermeras no lo registran específicamente y sólo se refieren a la técnica de lactancia materna en general; destacándose que en el 1^{er} mes de control esta indicación está presente en el 91% de los registros, en el 2^o mes equivale al 84 % y en el 3^{er} mes corresponde al 68% de éstos.

Al describir la técnica de lactancia materna, del total de las enfermeras entrevistadas, sólo el 30% incluye el tiempo que debe durar cada mamada, lo que podría incidir en que al momento de educar a las madres o cuidadores de los lactantes menores no se considere esta indicación. Sólo el 35% de las profesionales nombra el acoplamiento como parte de la técnica de lactancia materna, por lo tanto se puede señalar que el 65% restante no tiene conocimiento con respecto a esto y podría no ser considerado al momento de dar educación a las madres en el control, pudiendo así, aumentar la incidencia de asfixia por aspiración; ya que los lactantes menores pueden deglutir aire, distendiendo su abdomen y provocando reflujo de leche a la vía

aérea⁶. Al igual que en el desflate, no se encontró registro alguno específico sobre el acoplamiento.

- ✓ El 65% de las enfermeras posee un buen conocimiento sobre las indicaciones que debe dar para la prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores, este resultado es destacable, ya que se podría considerar que la educación entregada en los controles de salud es de calidad y que por lo tanto los cuidadores están recibiendo información atinente y oportuna para el cuidado de los niños (as). En contraste con lo anterior, el 35% de las profesionales tiene nociones regulares en esta área, lo que podría indicar que la educación entregada no es suficiente para prevenir estas alteraciones en los lactantes.

Cabe destacar que no hubo conocimientos deficientes por parte de las enfermeras, lo cual indicaría que la mayor parte está preparada en cierta medida en estos temas.

5.2 Discusión/Sugerencias

Se debe destacar la influencia que genera en la comunidad la información emanada de las autoridades sanitarias, sobre todo en lo que respecta a la satisfacción de las necesidades básicas de los lactantes menores, por lo tanto:

- ✓ Se recomienda actualizar e incorporar en el Carnet de Niño Sano indicaciones para fomento de un sueño seguro, como son: inclinación de la cabecera en 30°, uso de colchón firme y cuna individual, ausencia de objetos en cama, evitar sobreabrigo, que el niño utilice una prenda más que la madre al dormir (siendo ésta holgada) y enfatizar en la técnica de lactancia materna incluyendo el desflato.
- ✓ Incentivar la creación de una hoja de registro estandarizado, en los Consultorios de Atención Primaria de Salud pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, de manera que sirva como guía para la elaboración de un registro de calidad por parte del Profesional Enfermero (a); incluyendo dentro de esta estandarización la valoración de las diversas necesidades básicas como la de Reposo-Sueño, Alimentación, entre otras, y las respectivas indicaciones, considerando las relacionadas con un sueño seguro y con la correcta técnica de lactancia materna. Esta sugerencia se da debido a la importancia de los registros como indicadores de la calidad asistencial.
- ✓ Es importante abordar el tema de los ajueres para los recién nacidos entregados por el programa Chile Crece Contigo, ya que en éste se incluye una almohada, siendo innecesaria y de riesgo durante el período de lactancia¹⁵. Se considera importante que al ser entregados, se dé una educación con respecto a la correcta utilización de los implementos que éste contiene o que en un mediano plazo la almohada sea excluida del set de cuidados.

Con respecto al rol del Profesional Enfermero(a) como educador(a), se hace necesario enfatizar la actualización de conocimientos en el equipo de salud:

- ✓ Se sugiere realizar una capacitación a las/os profesionales de enfermería de los Consultorios de Atención Primaria de Salud, respecto de las indicaciones de prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores, de forma tal de adquirir conocimientos actualizados y unificar los criterios de información, con el fin de estandarizar las

recomendaciones que se deben entregar al momento de realizar el Control de Niño Sano y educar a los respectivos cuidadores, en relación con la necesidad de reposo y sueño.

- ✓ Dar énfasis a la educación permanente del personal de salud sobre los nuevos conocimientos relacionados con la prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita, para que así sean incorporados en su quehacer diario con el fin de disminuir los riesgos al momento de brindar los cuidados y/o otorgar educación en relación a la satisfacción de las necesidades básicas de los lactantes menores.

En el ámbito de la investigación, se sugiere lo siguiente:

- ✓ Motivar al Profesional Enfermero(a) a abordar en investigaciones la temática de la prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores, ya que la información que se maneja al respecto es deficiente y en ocasiones contradictoria, lo que en definitiva podría llevar a prácticas riesgosas para la salud del niño.
- ✓ Realizar un estudio donde se valoren los conocimientos e información que manejan las madres o cuidadores de lactantes menores que asisten a control de salud en los consultorios de atención primaria, en relación a los cuidados que deben ser otorgados a los menores para la prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración, con el fin de valorar si la información entregada por los profesionales de la salud es adecuada y oportuna, respecto de la necesidad de reposo y sueño.
- ✓ Actualizar la norma de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), con respecto a las condiciones al dormir de los lactantes, incluyendo no sólo la cantidad de frazadas, si no el tipo y características de éstas.

5.3 Resumen

En el mes de Agosto de 2010 se realizó un estudio de tipo Cuantitativo, Descriptivo, Retrospectivo y Longitudinal con la finalidad de establecer los conocimientos y registros de las Enfermeras con respecto a las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita, que estas profesionales le dan a las madres de lactantes menores que asisten a control de salud en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso.

Se entrevistó a 17 enfermeras acerca de los conocimientos específicos sobre el tema en estudio y se cotejaron además 154 registros de estas profesionales, consignados en las fichas clínicas de lactantes que tuvieran 4 meses de vida en el momento del estudio.

De la investigación se desprende lo siguiente:

El 100% de las profesionales refiere dar indicaciones verbales y/o por escrito a las madres de lactantes menores sobre prevención de muerte súbita y asfixia por aspiración.

El 65% de las enfermeras posee un buen conocimiento sobre las indicaciones que debe dar para la prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores. El 35% restante tiene nociones regulares en esta área. Cabe destacar que no hubo conocimientos deficientes por parte de las enfermeras. Es importante mencionar que ninguna de las entrevistadas se ha capacitado en cursos y/ o posgrados, sin embargo la mayor parte posee conocimientos acertados y específicos sobre el tema en estudio.

A pesar de los buenos resultados obtenidos al entrevistar a las profesionales, el 100 % de los registros de enfermería son clasificados como deficientes, según los criterios de evaluación, destacando el bajo porcentaje de registros en temas relevantes como: posición del niño al dormir, uso de cuna individual e inclinación de la cabecera de la cuna.

Palabras claves: enfermeras, conocimientos, registros, muerte súbita y asfixia por aspiración.

5.4 Abstract

On August 2010, a Quantitative, Descriptive, Retrospective and Longitudinal study was realized with the purpose of to establish the nurse's knowledge and registers with respect to the specific indications in order to prevent the aspiration asphyxia and sudden death, which these professionals give to mothers of infants that assist to health controls in Primary Attention Facilities in the Comune of Valparaíso.

17 nurses were interviewed about the specific knowledge on the subject under study, and 154 professional's records were set off, consigned in the medical records of whose infants were 4 months of live at the time of study.

The investigation shows that:

100% of the professionals prefer to give verbal and/or written indications to the infants' mothers about the aspiration asphyxia and sudden death prevention.

65% of the nurses have a good knowledge of the indications that must to give in order to prevent the aspiration asphyxia and sudden death in infants. The remaining 35% has several notions in this area. It should be noted that there is not knowledge deficit by nurses. Is noteworthy to mention that none of the responders have been trained in regular or postgraduate studies, however, most of them have successful and specific knowledge on the subject under study.

Despite the good results obtained by interviewing professionals, 100% of the nurse's records are classified as deficient, according to the evaluation criteria, noting the low percentage of records on relevant topics such as: position of the child to sleep, the use of individual cribs, and tilt of the head of the crib.

Keywords: nurses, knowledge, records, sudden death, aspiration asphyxia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. *Mortalidad de menores de un año, según principales causas de defunción. Chile, 2004. (s.f.)*. Extraído el día 20 de Mayo de 2010 desde <http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas.asp?temp=MENOS1.htm>

² Bratz, J. (2005). *Reflejos*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág. 3.

³ Armstrong, L. y Bratz, J. (2003). *Características del desarrollo psicomotor del lactante*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág.1.

⁴ Armstrong, L. y Bratz, J. (2007). *Satisfacción de las necesidades básicas del lactante*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág.6-7.

⁵ González, Y.; Vega, D.; Mas, D. (2006-2007). *Algunos aspectos relacionados con la Lactancia Materna*. Extraído el día 16 de Octubre de 2010 desde <http://www.alfinal.com/mujer/lactanciamaterna.php>

⁶ García, F. (2008). *Síndrome de Muerte Súbita del Lactante*. Extraído el día 7 de Noviembre de 2009 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312008000200009&script=sci_arttext

⁷ Comité en síndrome de muerte súbita del lactante de la asociación latinoamericana de pediatría. (s.f.). *Consenso para la reducción del riesgo en el síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 7 de Noviembre de 2009 desde http://www.sup.org.uy/Archivos/adp74-4/pdf/adp74-4_8.pdf

⁸ García, F. (2008). *Síndrome de Muerte Súbita del Lactante*. Extraído el día 7 de Noviembre de 2009 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312008000200009&script=sci_arttext

⁹ García, F. (2008). *Síndrome de Muerte Súbita del Lactante*. Extraído el día 7 de Noviembre de 2009 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312008000200009&script=sci_arttext

¹⁰ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. *Mortalidad de menores de un año, según principales causas de defunción. Chile, 2004. (s.f.)*. Extraído el día 20 de Mayo de 2010 desde <http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas.asp?temp=MENOS1.htm>

¹¹ Delgado, J. (s.f.). *Síndrome de Muerte súbita del Lactante*. Extraído el día 20 de Mayo de 2010 desde <http://www.aepap.org/familia/smsl.htm#uno>

¹² Calderón, D., Gallardo, F., Hurtado, R., Lizana, C., Martín, M., Rogers, C. y Salvo, X. (2009). *Conocimientos que tienen, sobre los factores relacionados con la necesidad de reposo y sueño, los cuidadores de lactantes menores*. Extraído el 20 de Abril de 2010. Pág. 19

¹³ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Central. (s.f.). *Chile Crece Contigo*. Extraído el día 12 de Junio de 2010 desde <http://www.ssmc.cl/menu-lateral/garantias-de-derechos/derechos-en-salud/chile-crece-contigo>

¹⁴ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Central. (2009, 2 de Abril). *Chile Crece Contigo: Mejorando el Cuidado de Niñas y Niños en los territorios de nuestra Red*. Extraído el día 12 de Junio de 2010 desde <http://www.ssmc.cl/destacados/chile-crece-contigo>

¹⁵ *Expertos advierten sobre el riesgo de uso de almohadas en lactantes*. Emol, Chile. (2009, 1 de Septiembre). Extraído el día 7 de Noviembre de 2009 desde <http://www.emol.com/noticias/nacional/detalle/detallenoticias.asp?idnoticia=374044>

¹⁶ Jenik, A. (2004). *Actualización e implementación práctica para disminuir los riesgos y modelo especulativo del síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.sids.org.ar/m_smsl8.htm

¹⁷ Jenik, A. (2004). *Actualización e implementación práctica para disminuir los riesgos y modelo especulativo del síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.sids.org.ar/m_smsl8.htm

¹⁸ Jenik, A. (2004). *Actualización e implementación práctica para disminuir los riesgos y modelo especulativo del síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.sids.org.ar/m_smsl8.htm

¹⁹ Cañas, C. (2005, Septiembre). *La muerte súbita del lactante*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.ladosis.com/clientes/valle_lili/carta/carta_new.php

²⁰ Gobierno de Chile, JUNJI. (2008, 6 de Abril). *Guía De Empadronamiento y Funcionamiento Para Salas Cunas y Jardines Infantiles Particulares*. Extraído el día 10 de Julio de 2010 desde http://www.junji.cl/junjijoomla/index.php?option=com_remository&Itemid=176&func=startdown&id=18

²¹ Berger, K. (2007). *Crecimiento y Desarrollo Biológico del Recién Nacido o Neonato*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág. 6.

²² *Asociación para la prevención de la muerte súbita del lactante Madrid*. (s.f.). Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://www.terra.es/personal/cgarciaaitan/>

²³ *Bebés y Más: Embarazo, Infancia, Mamás y Papás*. (2006, 5 de Noviembre). *Los bebés no deben utilizar almohada*. Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/los-bebes-no-deben-utilizar-almohada>

²⁴ Kattwinkel, John. (2005-2006). *Recomendaciones para la prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)*. Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://www.sids.org.ar/pdf/recomendaciones2005.doc>

²⁵ Jenik, A. (2004). *Actualización e implementación práctica para disminuir los riesgos y modelo especulativo del síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.sids.org.ar/m_smsl8.htm

²⁶ Franco, P. (2004). *Disminución de los despertares de los niños y exposición prenatal al cigarrillo*. Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde http://www.sids.org.ar/m_matycigarrillo_1.htm

²⁷ Cáceres, D.; Adonis M. y Cols. (2001, Enero). *Contaminación intradomiciliaria en un sector de extrema pobreza de la comuna de La Pintana*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000100005&script=sci_arttext

²⁸ Reeduc.com, El portal de recursos de Psicología, educación y disciplinas afines. (2009, Enero). *Muerte súbita del bebé: ¡atención a los 6 primeros meses!*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde <http://www.reeduc.com/enfermedades-patologia-muerte.aspx>

²⁹ *Síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS)*. (s.f.). Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.babysitio.com/bebe/salud_bebe_sids.php#4

³⁰ Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social. (s.f.). *Área de Atención Primaria de Salud Municipal*. Extraído el día 3 de Julio de 2010 desde <http://www.cmvalpo.cl/inst/somos/ap.htm>

³¹ Armstrong, L. (2009). *Taller de Virginia Henderson, Concepto de dependencia - independencia*. Cátedra: Enfermería del Niño y Adolescente I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010.

³² García, F. (2008). *Síndrome de Muerte Súbita del Lactante*. Extraído el día 7 de Noviembre de 2009 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312008000200009&script=sci_arttext

³³ Ruiz, A. (2005, Octubre). *Calidad en los Registros de Enfermería*. Extraído el día 9 de Octubre de 2009 desde <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>

BIBLIOGRAFÍA

✓ **Apuntes**

Armstrong, L. y Bratz, J. (2003). *Características del desarrollo psicomotor del lactante*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág.1-3.

Armstrong, L. y Bratz, J. (2007). *Crecimiento y Desarrollo biológico del lactante*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág. 1-7.

Armstrong, L. y Bratz, J. (2007). *Satisfacción de las necesidades básicas del lactante*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág.1-8.

Bahamondes, M. (2009). *Control de Salud Infantil*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo II, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág. 1-3.

Berger, K. (2007). *Crecimiento y Desarrollo Biológico del Recién Nacido o Neonato*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág. 6.

Bratz, J. (2005). *Reflejos*. Cátedra: Atención de Enfermería al Niño y Adolescente sano y enfermo I, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, 2010. Pág.1-14.

✓ **Libros**

Marriner, Ann. (1994). Virginia Henderson: Definición de Enfermería Clínica. En *Modelos y Teorías en Enfermería*. (Cap.8, pp.98-107). Madrid: Ed. Harcourt Brace.

Pineda, E., Alvarado, E., y Canales, F. (1994). Universo y Muestra. En *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud* (pp. 108-123). USA: Ed. O.P.S (Paltex).

✓ **Revistas**

Brockmann, P.; Holmgren, N. (2006). Muerte súbita del lactante [versión electrónica]. *Revista de neumología pediátrica*, N° 6, pp. 129-132.

✓ **Páginas web**

Asociación para la prevención de la muerte súbita del lactante de Madrid. (s.f.). Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://www.terra.es/personal/cgarciagaitan/>

Atención ambulatoria en el período de lactante. (s.f.). Extraído el día 3 de Abril de 2010 desde http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/quinto/Pediatria/PediatAmbulat/PedAmb_009.html

Belén. (2009). *Disminuir el riesgo de muerte súbita en el lactante*. Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://www.unomasenlafamilia.com/855/disminuir-el-riesgo-de-muerte-subita-del-lactante.html>

Benito, B.; Gómez, P.(2004). *Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde http://www.saludinfantil.com/m_subita.htm

Cañas C. (s.f.). *Síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pedi39104-sindrome.htm>

Chaparro, L.; García, D. (2003). *Registros del Profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado*. Extraído el día 9 de Octubre de 2009 desde <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm>

Código Sanitario, Artículo 113 (1997, Diciembre). Extraído el día 28 de Abril de 2010 desde <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/art113.htm>

Control del Niño Sano: Calidad de vida desde los primeros días. (s.f.). Extraído el día 29 de Mayo de 2010 desde http://www.diarioelpulso.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=3526:control-del-nino-sano-calidad-de-vida-desde-los-primeros-dias&catid=20:salud-

Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social; Salud/ Consultorios (s.f.). Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://www.cmvalpo.cl/inst/salud/consultorios.htm>

Delgado, J. (s.f.). *Síndrome de muerte súbita del lactante*. Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde <http://www.aepap.org/familia/smsl.htm>

Duque, M. (2010, Febrero). *Síndrome de muerte súbita del lactante, cómo prevenirlo*. Extraído el día 15 de Mayo del 2010 desde <http://www.cosasdebebes.es/sindrome-de-muerte-subita-del-lactante-como-prevenirlo/>

Galindo, L. (2002). *Vía aérea del lactante, diferencias en anatomía, fisiología y enfoque terapéutico*. Extraído el día 9 de Octubre de 2009 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/304/30400108.pdf>

García, F. (2008). *Síndrome de Muerte Súbita del lactante*. Extraído el día 9 de Octubre de 2009 desde http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol180_2_08/ped09208.htm

Generalidades del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). (s.f.). Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.sids.org.ar/m_smsl.htm

Guerrero, J (2009). *Cartas al Director, Registros de enfermería: La historia del Paciente*. Extraído el día 9 de Octubre de 2009 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000100017&script=sci_arttext

Guiraldes, E.; Harris P.; Larraín, F. (1997) *Manual de Gastroenterología Pediátrica; Cap.9: Reflujo Gastroesofágico*. Extraído el día 11 de Octubre de 2009 desde <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGastro/rge.html>

La definición de enfermería. (2010, Abril). Extraído el día 28 de Abril de 2010 desde <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

La muerte súbita del lactante. (s.f.). Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde <http://bebe.consumer.es/problemas-y-enfermedades/la-muerte-subita-del-lactante>

La muerte súbita del lactante, aprende a disminuir los factores de riesgo. (s.f.). Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde <http://www.clubparenting.com/la-muerte-subita-del-lactante-aprende-a-disminuir-los-factores-de-riesgo.html>

Ministerio de Salud, Chile, Departamento de Epidemiología; Situación de Salud. (s.f.). Extraído el día 20 de Mayo de 2010 desde <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame12.htm>

Muerte súbita. Los riesgos para el bebé. (s.f.). Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde <http://www.guiainfantil.com/salud/cuidadosespeciales/muertesubita.htm>

Neil, K. (2009). *Síndrome de muerte súbita del lactante.* Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001566.htm>

Para qué sirve el control del niño sano. (2003). Extraído el 20 de Agosto de 2009 desde <http://www.educarchile.cl/portal.base/web/vercontenido.aspx?ID>

Registro Electrónico, un desafío para los consultorios (2010, 23 de Abril). Extraído el día 15 de Mayo de 2010 desde http://www.cmvalpo.cl/contenidos/entrev_cron/2010/capacitacion.registro.clinico.electronico.htm

Roma, F. (1996). *Actividad, reposo y sueño.* Extraído el día 9 de Octubre de 2009 desde <http://enfe.ua.es/profesores/ferri/Publica/capi6.pdf>

Ruiz, A. (2005, Octubre). *Calidad en los Registros de Enfermería.* Extraído el día 9 de Octubre del 2009 desde <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>

Salud, misión. (s.f.). Extraído el día 16 de Junio del 2010 desde <http://www.cmvalpo.cl/inst/salud/mision.htm>

Sánchez, F. (2006, Octubre). *Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.* Extraído el día 9 de Octubre del 2009 desde http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_smsl.pdf

Schlack, L. (2005). *Desarrollo neurológico infantil.* Extraído el día 10 de Abril de 2010 desde <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/DessNeurolInf.html>

Síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS). (s.f.). Extraído el día 8 de Mayo de 2010 desde http://www.babysitio.com/bebe/salud_bebe_sids.php

Sobre Chile Crece Contigo, Presentación del Sistema. (s.f.). Extraído el día 29 de Mayo de 2010 desde <http://www.crececontigo.cl/sobre-chile-crece-contigo/presentacion-del-sistema/>

Tercero, I. (2007). *El recién nacido*. Extraído el día 10 de Abril de 2010 desde <http://www.scribd.com/doc/156245/El-RECIEN-NACIDO>

Universidad Andrés Bello, Escuela de Enfermería. *Perfil profesional*. (2010). Extraído el día 25 de Abril de 2010 desde <http://facultades.unab.cl/enfermeria/carreras/perfil-profesional-de-egreso/>

Universidad de Chile, Escuela de Enfermería. *Perfil profesional*. (2010). Extraído el día 25 de Abril de 2010 desde <http://enfermeria.med.uchile.cl/pregrado.html>

Universidad de Valparaíso, Carrera de Enfermería. *Perfil*. (2010). Extraído el día 25 de Abril de 2010 desde <http://www.uv.cl/carreras/?c=1941>

Vennemann, M.M.; Bajanowski, T.; Brinkmann, B.; Jorch, G.; Mitchell, E.; Sauerland, C.; Yücesan, K. (2009). *¿La lactancia materna reduce el riesgo de muerte súbita en lactantes?*. Extraído el día 9 de Octubre de 2009 desde <http://perlinfad.wordpress.com/category/consejo/> referencia original <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/123/3/e406>

ANEXO 1

Carné de Salud Infantil Ministerio de Salud, Chile

RECUERDE

1. El control de salud es un derecho del niño, acuda a control cuando la citen y a la hora indicada
2. La lactancia materna es el mejor alimento para el niño. Déle sólo pecho hasta los 6 meses de edad.
3. Mantenga las vacunas al día
4. Ayude a su hijo a desarrollarse bien, estimulándolo, alimentándolo adecuadamente y cumpliendo con las indicaciones del equipo de salud
5. Evite accidentes:
 - A. Bótele los flatos cada vez que le dé pecho
 - B. Acuéstelo de lado o de guatita.**
 - C. Enséñele a cruzar las calles.
 - D. Mantenga fuera del alcance de los niños, medicamentos, objetos pequeños que se pueda tragar, objetos cortantes, venenos, etc.
 - E. Manténgalo fuera de la cocina.



ANEXO 2

Carné de Salud Infantil Chile Crece Contigo

ES IMPORTANTE SABER QUE:

La interacción del niño(a) con las personas y el ambiente que le rodea, durante sus primeros años de vida, es el determinante más poderoso de sus competencias para adaptarse positivamente al mundo.

Las relaciones de afecto, cuidado y protección del recién nacido(a) y sus padres generan un impacto positivo en su desarrollo posterior. En cambio, las actitudes agresivas y de maltrato le generan un impacto negativo y de estrés.



El cuidado de las niñas y los niños no es una responsabilidad exclusiva de la madre, tampoco sólo de las mujeres.

El padre y otros hombres de la familia pueden aprender y están perfectamente capacitados para hacerse cargo y cuidar a los niños(as); así disfrutarán de una relación afectiva más cercana con ellos.



Para reducir el riesgo de muerte súbita en niños(as) entre 1 y 12 meses de edad, se recomienda acostarlos boca arriba, sobre una superficie firme y plana y nunca con una almohada.

Para prevenir enfermedades respiratorias en los niños(as) preocúpese de cuidar el aire que respiran, manteniendo la casa libre de humo de tabaco y ventilando frecuentemente las habitaciones.



ANEXO 3
Entrevista para Enfermeras

Estudio sobre los conocimientos y registros de las Enfermeras respecto de las indicaciones específicas para prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita, dadas a las madres de lactantes menores, que asisten a control de salud en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso.

A. Datos personales

1- Sexo:

F__

M__

2- Edad: _____

3- ¿En dónde estudió usted?

___ Universidad tradicional ¿Cuál? _____

___ Universidad privada ¿Cuál? _____

4- ¿Cuál fue su año de egreso?

___ Antes de 1960

___ 1960 – 1970

___ 1970 – 1980

___ 1980 – 1990

___ 1990 – 2000

___ Desde el 2000 en adelante

5- ¿Cuánto tiempo lleva realizando control de niño sano?

- 1 – 5 años
- 5 – 10 años
- 10 – 15 años
- 15 – 20 años
- 20 o más años

6- ¿Ha hecho o participado de algún curso sobre la prevención de muerte súbita o asfixia por aspiración?

- Sí ¿Cuál? _____
- No

7- ¿Ha hecho algún posgrado relacionado con la prevención de muerte súbita o asfixia por aspiración?

- Sí ¿Cuál? _____
- No

8- ¿Da indicaciones verbal y/o por escrito a la madre sobre prevención de muerte súbita o asfixia por aspiración?

- Sí
- No

B. Test

1. ¿En qué posición recomendaría que debe dormir el lactante menor?
 - a) Decúbito prono
 - b) Decúbito supino
 - c) Decúbito lateral
 - d) b y c

2. ¿En cuántos grados indicaría a la madre que debe estar inclinada la cabecera de la cuna?
 - a) $<30^\circ$
 - b) $30^\circ-50^\circ$
 - c) $>50^\circ$
 - d) No sabe

3. ¿En qué tipo de colchón le diría a la madre que debe recostar a su bebé?
 - a) Firme (resorte)
 - b) Blando (espuma)
 - c) Otro – no sabe

4. ¿Dónde debería dormir el lactante menor?
 - a) En la misma cama con su madre o padre
 - b) En la misma cama con ambos padres
 - c) Solo en su cuna
 - d) En la cama con su hermano

5. ¿Cuántas frazadas debería tener la cama del lactante menor?
- a) Más de 2 frazadas
 - b) 2 frazadas
 - c) 1 frazada
 - d) No debe tener frazadas – no sabe
6. ¿Con cuántas prendas más que la madre debería dormir el niño?
- a) 2
 - b) 1
 - c) 3
 - d) Con la misma cantidad que la madre
7. ¿Con cuántas almohadas debería dormir el lactante menor?
- a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) Ninguna
8. ¿Qué objetos podrían estar en la cuna del bebé?
- a) Peluches
 - b) Juguetes
 - c) Peluches, juguetes y otros
 - d) Ninguno

9. Respecto a los factores ambientales. ¿Qué indicaciones daría sobre hábito tabáquico y calefacción?

10. Con respecto a la prevención de asfixia por aspiración ¿Qué indicaciones daría sobre la técnica de lactancia materna?

ANEXO 4

Pauta de cotejo para revisión de ficha de Salud

Consultorio: _____ Folio: _____ Mes del control: _____

Pauta de cotejo

	<i>Necesidad de Reposo y Sueño</i>	Si	No	Puntaje
1	Indica posición al dormir (decúbito supino, lateral)			3
2	Indica en dónde debe dormir el niño (cuna individual)			3
3	Indica tipo de colchón de la cuna en donde debe dormir el niño (colchón firme)			1
4	Indica cantidad de ropa de cama (2 frazadas)			1
5	Indica inclinación de la cabecera de la cuna (30°)			3
6	Indica ausencia de objetos en la cuna			2
7	Indica ausencia de almohadas			3
8	Indica sobre factores ambientales (tabaco, calefacción)			2

	<i>Necesidad de Alimentación</i>	Si	No	Puntaje
9	Indica técnica de lactancia materna			2
10	Indica desflato			3

	<i>Necesidad de Vestirse-Desvestirse</i>	Si	No	Puntaje
11	Indica tipo de ropa del lactante (holgada)			1
12	Indica cantidad de ropa del lactante (1 prenda más que la madre)			1

Puntaje total: _____

Observaciones:

Puntaje	
25-21	Bueno
20-15	Regular
Menor que 15	Deficiente

Firma: _____

ANEXO 5

Consentimiento Informado

La siguiente entrevista tiene como objetivo recabar antecedentes personales, de formación profesional e identificar los conocimientos que tiene usted como Enfermera/o, que realiza Control de Niño Sano en Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso, sobre las indicaciones de prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita en lactantes menores de 4 meses; por ello le solicitamos que responda el presente instrumento de forma completa.

Esta entrevista fue confeccionada por alumnas de cuarto año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, las cuales integran el grupo de tesis del año 2010 denominada: “Conocimientos y registros de las Enfermeras respecto de las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita, dadas a las madres de lactantes menores que asisten a control de salud en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso, durante Agosto 2010.”

Es importante que antes de responder considere que:

- ✓ Esta entrevista es anónima, y la información será manejada en forma **confidencial**.
- ✓ Su participación es **voluntaria**, por lo cual puede abstenerse de contestar.
- ✓ Se ruega responder a todas las preguntas lo más **sinceramente** posible.

He sido informado acerca de la finalidad de este instrumento, por lo cual doy mi consentimiento. Además, estoy consciente de que en cualquier momento puedo desistir de mi participación en esta investigación.

Fecha -----

Firma -----

Muchas gracias por su cooperación.

Grupo Tesis, Año 2010.

ANEXO 6

Carta de petición a Subdirector Red de Salud

Universidad
de Valparaíso
CHILE
ESCUELA DE ENFERMERIA

Valparaíso, 12 de julio de 2010

Señor
Iván Muñoz Osés
Subdirector Red de Salud
Valparaíso
Presente

De mi consideración:

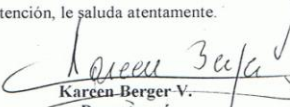
Al momento de saludarle me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración en el sentido de autorizar a los alumnos del IV nivel de la Carrera de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades que se indican a continuación, con respecto a su **Seminario Tesis**.

- **Nombre del Seminario Profesional:**
"Conocimientos y registros de las enfermeras respecto de las indicaciones específicas para prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita dadas a las madres de lactantes menores de 4 meses que asisten a Control de Salud en los Consultorios de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso"
- **Servicio a utilizar:**
 - Consultorio Esperanza
 - Consultorio Placeres
 - Consultorio Padre Damián
 - Consultorio Barón
 - Consultorio Rodelillo
 - Consultorio Marcelo Mena
 - Consultorio Placilla
 - Consultorio Reina Isabel II
- **Actividades a efectuar:**
 - Entrevista con Enfermeras y revisión de fichas clínicas.
- **Con el objetivo de:**
 - Recabar datos acerca de las características de los registros que realizan las Enfermeras y obtener datos de información general, formación profesional y conocimientos de estas profesionales en relación al tema.
- **Periodo:**
Agosto 2010
- **Nombre de los alumnos:**
 - Allyson Aguilera A.
 - Carolina Espinosa P.
 - Valeria Ibacache P.
 - Johanna Rivas W.
 - Javiera Vásquez L.
 - Ingrid Wilson V.
- **Docente a cargo:**
 - Prof. Kareen Berger Vila

Agradeciendo de antemano su atención, le saluda atentamente.




Liliana Pastén I.
Directora
Escuela Enfermería



Kareen Berger V.
Docente guía
Seminarios Tesis

ANEXO 7

Carta de petición a Directores de Consultorios pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso



Estimados directores

Tengo el agrado de presentar a las alumnas de cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso que realizarán su seminario de tesis en agosto del 2010.

El tema a tratar es “conocimientos y registros de enfermeras respecto a las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita”

La metodología está referida a entrevista con enfermeras y revisión de ficha clínica.

Agradecemos desde ya apoyar esta gestión

Elizabeth Brahm
Encargada de capacitación y campos clínicos

02 de agosto 2010



ANEXO 8

Criterios de análisis y evaluación de la información

Entrevista para Enfermeras

Valor de las preguntas ítem:

Antecedentes sobre los conocimientos de la enfermera/o en relación a las indicaciones específicas para prevención de asfixia por aspiración y muerte súbita.

1. ¿En qué posición recomendaría que debe dormir el lactante menor?

a) Decúbito prono	0
b) Decúbito supino	3
c) Decúbito lateral	1
d) b y c	2

2. ¿En cuántos grados indicaría a la madre que debe estar inclinada la cabecera de la cuna?

a) <30°	0
b) 30°-50°	1
c) >50°	0
d) No sabe	0

3. ¿En qué tipo de colchón le diría a la madre que debe recostar a su bebé?

a) Firme (resorte)	1
b) Blando (espuma)	0
c) Otro – no sabe	0

4. ¿Dónde debería dormir el lactante menor?
- | | |
|--|---|
| a) En la misma cama con su madre o padre | 0 |
| b) En la misma cama con ambos padres | 0 |
| c) Solo en su cuna | 1 |
| d) En la cama con su hermano | 0 |
5. ¿Cuántas frazadas debería tener la cama del lactante menor?
- | | |
|-------------------------------------|---|
| a) Más de 2 frazadas | 0 |
| b) 2 frazadas | 1 |
| c) 1 frazada | 0 |
| d) No debe tener frazadas – no sabe | 0 |
6. ¿Con cuántas prendas más que la madre debería dormir el niño?
- | | |
|---------------------------------------|---|
| a) 2 | 0 |
| b) 1 | 1 |
| c) 3 | 0 |
| d) Con la misma cantidad que la madre | 0 |
7. ¿Con cuántas almohadas debería dormir el lactante menor?
- | | |
|------------|---|
| a) 1 | 0 |
| b) 2 | 0 |
| c) 3 | 0 |
| d) Ninguna | 1 |

8. ¿Qué objetos podrían estar en la cuna del bebé?

- | | |
|-------------------------------|---|
| a) Peluches | 0 |
| b) Juguetes | 0 |
| c) Peluches, juguetes y otros | 0 |
| d) Ninguno | 1 |

9. Respecto a los factores ambientales. ¿Qué indicaciones daría sobre hábito tabáquico y calefacción? (**puntaje máximo: 4 puntos**)

- | | |
|---|---|
| - Hábito tabáquico (-) en el hogar y en la madre | 2 |
| - Ventilación del hogar | 1 |
| - Calefacción no contaminante en el hogar y dormitorio del lactante | 1 |

10. Con respecto a la prevención de asfixia por aspiración ¿Qué indicaciones daría sobre la técnica de lactancia materna? (**puntaje máximo: 4 puntos**)

- | | |
|-----------------------------|---|
| - Desflate | 2 |
| - Tiempo de cada mamada | 1 |
| - Acoplamiento del lactante | 1 |

ANEXO 9

Tablas de respaldo de gráficos

Primera parte: Conocimientos de la Enfermera

Tabla N°1 / Gráfico N°1:

Conocimientos de la Enfermera respecto a la posición al dormir del lactante menor	N°	%
a) Decúbito prono	0	0
b) Decúbito supino	2	12
c) Decúbito lateral	4	23
d) b y c	11	65
Total	17	100%

Tabla N°2 / Gráfico N°2:

Conocimientos de la Enfermera respecto a la inclinación de la cabecera de la cuna	N°	%
a) <30°	1	6
b) 30-50°	12	70
c) >50°	1	6
d) otro o no sabe	3	18
Total	17	100%

Tabla N°3 / Gráfico N°3:

Conocimientos de la Enfermera respecto al tipo de colchón donde debe dormir el lactante menor	N°	%
a) Firme (resorte)	16	94
b) Blando (espuma)	0	0
c) Otro o no sabe	1	6
Total	17	100%

Tabla N°4 / Gráfico N°4:

Conocimientos de la Enfermera respecto al lugar donde debe dormir el lactante menor	N°	%
a) misma cama madre o padre	0	0
b) misma cama con ambos padres	0	0
c) solo en su cuna	17	100
d) en la cama con su hermano	0	0
Total	17	100%

Tabla N°5 / Gráfico N°5:

Conocimientos de la Enfermera respecto al número de frazadas con las que debe dormir el lactante menor	N°	%
a) más de 2 frazadas	0	0
b) 2 frazadas	11	65
c) 1 frazada	5	29
d) no debe tener frazadas o no sabe	1	6
Total	17	100%

Tabla N°6 / Gráfico N°6:

Conocimientos de la Enfermera respecto a la cantidad de prendas con las que debe dormir el lactante, considerando el vestuario de la madre.	N°	%
a) 2	2	12
b) 1	12	70
c) 3	1	6
d) con la misma cantidad que la madre	2	12
Total	17	100%

Tabla N°7 / Gráfico N°7:

Conocimientos de la Enfermera respecto al número de almohadas con que debe dormir el lactante menor	N°	%
a) 1	5	29
b) 2	0	0
c) 3	0	0
d) ninguna	12	71
Total	17	100%

Tabla N°8 / Gráfico N°8:

Conocimientos de la Enfermera respecto a objetos que pueden estar en la cuna del lactante menor	N°	%
a) peluches	0	0
b) juguetes	1	6
c) peluches, juguetes y otros	0	0
d) ninguno	16	94
Total	17	100%

Tabla N°9 / Gráfico N°9:

Conocimientos de la Enfermera respecto a las indicaciones que se deben dar sobre hábito tabáquico y calefacción en el hogar	Hábito tabáquico		Calefacción no contaminante		Ventilación del hogar	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	17	100	14	82	6	35
No	0	0	3	18	11	65
Total	17	100%	17	100%	17	100%

Tabla N°10 / Gráfico N°10:

Conocimientos de la Enfermera respecto a las indicaciones que deberían darse en relación a la técnica de lactancia materna	Acoplamiento		Tiempo		Desflate	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	6	35	5	30	16	94
No	11	65	12	70	1	6
Total	17	100%	17	100%	17	100%

Tabla N°11 / Gráfico N°11:

Grado de conocimientos de las Enfermeras sobre indicaciones de prevención de Asfixia por Aspiración y Muerte Súbita en lactantes menores	N°	%
Bueno (18-13)	11	65
Regular (12-8)	6	35
Deficiente (7-0)	0	0
Total	17	100%

Segunda parte: Registros de la Enfermera

Tabla N°12 / Gráfico N° 12:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de posición al dormir del lactante menor: Decúbito supino, lateral	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	5	9	1	1	0	0
No	52	91	68	99	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°13/ Gráfico N°13:

Registro de la enfermera sobre indicaciones del lugar en donde debe dormir el lactante menor: Cuna individual	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	10	18	13	19	2	7
No	47	82	56	81	26	93
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°14 / Gráfico N°14:

Registro de la enfermera sobre indicaciones del tipo de colchón en donde debe dormir el lactante menor: Firme	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	0	0	0	0	0	0
No	57	100	69	100	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°15 / Gráfico N°15:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de la cantidad de ropa de cama del lactante menor: 2 frazadas	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	0	0	0	0	0	0
No	57	100	69	100	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°16 / Gráfico N°16:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de la inclinación de la cabecera de la cuna del lactante menor: 30°-50°	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	6	11	3	4	1	4
No	51	89	66	96	27	96
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°17 / Gráfico N°17:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de ausencia de objetos en la cuna	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	0	0	0	0	0	0
No	57	100	69	100	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°18 / Gráfico N°18:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de ausencia de almohadas en la cuna	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	0	0	0	0	0	0
No	57	100	69	100	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°19 / Gráfico N°19:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de factores ambientales: Hábito tabáquico y calefacción	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	1	2	0	0	0	0
No	56	98	69	100	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°20 / Gráfico N°20:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de técnica de lactancia materna	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	52	91	58	84	19	68
No	5	9	11	16	9	32
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°21 / Gráfico N°21:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de desflato	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	0	0	0	0	0	0
No	57	100	69	100	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°22 / Gráfico N°22:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de tipo de ropa del lactante menor: holgada	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	0	0	1	1	0	0
No	57	100	68	99	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%

Tabla N°23 / Gráfico N°23:

Registro de la enfermera sobre indicaciones de cantidad de ropa de cama del lactante menor: 1 prenda más que la madre	1 ^{er} Mes		2 ^o Mes		3 ^{er} Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	2	4	0	0	0	0
No	55	96	69	100	28	100
Total	57	100%	69	100%	28	100%