



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Proyecto educativo dirigido a los padres  
sobre el síndrome de muerte súbita del  
lactante.***

**Alumno: Zaira García Quijorna**

**Director: Carlos Valencia Rodríguez**

**Madrid, mayo de 2024**

# Índice

Índice de gráficos y figuras .....	4
Resumen .....	5
Abstract .....	6
Presentación.....	7
Estado de la cuestión.....	8
1. Fundamentación .....	8
1.1 Introducción .....	8
1.2 Definiciones del síndrome de muerte súbita del lactante .....	9
1.3 Epidemiología .....	10
1.4 Factores de riesgo .....	11
1.4.1 Factores de riesgo del lactante .....	13
1.4.2 Factores de riesgo maternos.....	13
1.4.3 Factores de riesgo ambientales .....	14
1.5 Medidas preventivas.....	14
1.6 Consecuencias para los padres .....	17
2. Justificación.....	20
Metodología .....	21
1. Población y captación .....	21
1.1 Población diana .....	21
1.2 Captación .....	22
2. Objetivos .....	23
2.1 Objetivos generales.....	23
2.2 Objetivos educativos específicos.....	24
3. Contenidos.....	24
4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales .....	25
4.1 Planificación general .....	25
4.2 Cronograma general .....	26

<b>4.3</b>	<b>Número de participantes .....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Docentes.....</b>	<b>27</b>
<b>4.5</b>	<b>Lugar de celebración .....</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Sesiones .....</b>	<b>27</b>
4.6.1	Primera sesión .....	28
4.6.2	Segunda sesión .....	30
4.6.3	Tercera sesión: .....	32
<b>4.7</b>	<b>Material necesario.....</b>	<b>34</b>
<b>5.</b>	<b>Evaluación.....</b>	<b>34</b>
<b>5.1</b>	<b>Evaluación de la estructura y del proceso educativo .....</b>	<b>35</b>
<b>5.2</b>	<b>Evaluación de los resultados educativos .....</b>	<b>36</b>
5.2.1	Evaluación a corto plazo .....	36
5.2.2	Evaluación a medio y/o largo plazo .....	37
	<b>Cronograma del proyecto educativo .....</b>	<b>38</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>39</b>
	<b>Anexos .....</b>	<b>43</b>
	<b>Anexo 1. Cartel divulgativo.....</b>	<b>43</b>
	<b>Anexo 2. Folleto informativo.....</b>	<b>44</b>
	<b>Anexo 3. Formulario de inscripción .....</b>	<b>45</b>
	<b>Anexo 4. Encuesta final de satisfacción.....</b>	<b>46</b>
	<b>Anexo 5. Hoja de asistencia.....</b>	<b>49</b>
	<b>Anexo 6. Cuestionario pre – post test.....</b>	<b>50</b>
	<b>Anexo 7. Soluciones del cuestionario pre – post test .....</b>	<b>53</b>
	<b>Anexo 8. Cuestionario de evaluación a medio y/o largo plazo .....</b>	<b>54</b>

## Índice de gráficos y figuras

<b>Tabla 1.</b> Listado de términos DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda bibliográfica.....	<b>8</b>
<b>Gráfico 1.</b> Fallecimientos por Muerte Súbita Infantil, periodo 2000 – 2022. ....	<b>11</b>
<b>Tabla 2.</b> Clasificación de los grados de recomendación para prevenir el SMSL.....	<b>15</b>
<b>Gráfico 2.</b> Número de nacimientos por meses en España, en el año 2022.....	<b>23</b>
<b>Tabla 3.</b> Cronograma general de las sesiones del proyecto educativo.....	<b>26</b>

## Resumen

**Introducción:** El síndrome de muerte súbita del lactante es un problema relevante en la actualidad que afecta a los lactantes menores de un año de edad. Representa una causa significativa de mortalidad infantil en numerosos países. La pérdida de un hijo tiene una profunda repercusión emocional para los padres. Sin embargo, en algunos casos, gracias al conocimiento adecuado, es posible prevenirlo. Este proyecto se enfoca en proporcionar información detallada sobre el síndrome de muerte súbita, factores de riesgo, medidas preventivas, y consecuencias emocionales para los padres afectados.

**Objetivo general:** El propósito principal de este trabajo de fin de grado es diseñar y desarrollar un taller educativo dirigido a los padres acerca del síndrome de muerte súbita. Busca aumentar su comprensión y conciencia sobre el tema, así como fomentar prácticas seguras para su prevención.

**Metodología:** Se implementará un proyecto educativo compuesto por sesiones formativas. La población diana estará compuesta por padres con hijos lactantes de un rango específico de edad. Se realizará una captación activa utilizando diversos canales y medios de comunicación. Se definirán objetivos tanto generales como específicos y se desarrollará un plan de contenidos detallado.

**Implicación para la práctica enfermera:** La enfermería desempeña un papel fundamental en la educación para la salud y el apoyo a los padres en relación al síndrome de muerte súbita. Este proyecto permite a los profesionales proporcionar información precisa y brindar apoyo emocional a las familias. De esta manera, se contribuye activamente a la reducción de los casos de muerte súbita del lactante mediante la educación preventiva.

**Palabras clave:** Síndrome de Muerte Súbita del Lactante; Factores Protectores; Lactante; Factores de Riesgo.

## Abstract

**Introduction:** Sudden Infant Death Syndrome is a currently relevant problem affecting infants under one year of age. It represents a significant cause of infant mortality in many countries. The loss of a child has a profound emotional impact on parents. However, in some cases, with the right knowledge, it is possible to prevent it. This project focuses on providing detailed information on sudden infant death syndrome, risk factors, preventive measures, and the emotional consequences for affected parents.

**General objective:** The main purpose of this final degree project is to design and develop an educational workshop aimed at parents about sudden death syndrome. It seeks to increase their understanding and awareness of the subject, as well as to promote safe practices for its prevention.

**Methodology:** An educational project composed of training sessions will be implemented. The target population will be parents with infants of a specific age range. Active recruitment will be carried out using different channels and media. Both general and specific objectives will be defined, and a detailed content plan will be developed.

**Implication for nursing practice:** Nursing plays a key role in health education and parental support regarding sudden infant death syndrome. This project enables professionals to provide accurate information and emotional support to families, actively contributing to the reduction of SIDS cases through preventive education.

**Key words:** Sudden Infant Death Syndrome; Protective Factors; Infant; Risk factors.

## Presentación

Durante mi periodo de docencia en la universidad y tras las distintas experiencias vividas en los hospitales, he tenido la oportunidad de conocer el amplio abanico de especialidades que podemos desarrollar en la profesión de enfermería. En el caso de tener que destacar alguna de las rotaciones que me han llamado especialmente la atención, estas han sido las relacionadas con la pediatría.

Dentro del ámbito de la pediatría, el tema de la muerte súbita del lactante, fue un tema que me pareció muy relevante y que captó especialmente mi atención. He tenido la oportunidad de descubrir que se trata suceso que puede ocurrir con cierta frecuencia, y es en gran medida desconocido tanto por la sociedad en general, como por los padres en particular.

A raíz de ir profundizando más sobre el tema, me iba cerciorando de que la muerte de un lactante no solo supone la pérdida de la vida en sí misma, sino que también deja tras de sí un gran impacto psicológico en los progenitores y en la familia en general. Este detalle me llevó al estudio más pormenorizado del tema, para darle la relevancia e importancia que merece y poder abordarlo de una manera integral y comprensiva.

A su vez, durante este tiempo, a través de los conocimientos y experiencias que he ido adquiriendo, he podido apreciar que existen unos procedimientos y medidas preventivas sencillas que pueden marcar la diferencia en la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante, y ayudar así a evitar en algunos casos que se produzca dicho suceso. Estas acciones, tales como el aprendizaje de técnicas básicas de reanimación cardiopulmonar para lactantes, permitirían a los padres estar mejor preparados para afrontar situaciones de emergencia y conseguir así salvar la vida de sus hijos.

Por todo esto, considero de gran importancia abordar este tema en mi trabajo y desarrollarlo en mi experiencia laboral futura. Tengo la certeza de que, con una debida educación a los padres, ofreciéndoles la información precisa, consejos y las herramientas de prevención de las que disponemos, no solo se conseguirá reducir los casos del síndrome de muerte súbita del lactante, sino que también puede afianzarles en su papel de padres y proporcionarles un sentido de seguridad en el cuidado de sus hijos.

# Estado de la cuestión

## 1. Fundamentación

### 1.1 Introducción

Para la realización del actual trabajo de fin de grado, se han utilizado varias fuentes bibliográficas; todas ellas se encuentran en la sección de Bibliografía ubicada al final del proyecto. Para la búsqueda bibliográfica, se han utilizado en la mayoría de las bases de datos de Elsevier, Scielo, PubMed, Dialnet y Google Académico. Asimismo, se han consultado fuentes informativas como artículos, libros e informes de alto rigor científico.

En la *Tabla 1*, se encuentran reflejados los términos utilizados para la búsqueda bibliográfica realizada de acuerdo con la temática del trabajo. Los términos se encuentran divididos en Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), términos en castellano, y Medical Subject Headings (MeSH), los términos en inglés.

TÉRMINOS DECS	TÉRMINOS MESH
Lactante	Infant
Recién nacido	Infants Neonate Newborn
Muerte del lactante	Infant Death
Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante Muerte Súbita Infantil Muerte en la Cuna SMSL	Sudden Infant Death SID SIDS Sudden Infant Death Syndrome
Pediatría	Pediatrics
Factores de riesgo	Risk Factors
Factores protectores	Protective Factors

*Tabla 1. Listado de términos DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda bibliográfica.  
Elaboración propia.*



La mayor parte de la búsqueda bibliográfica se centró en artículos publicados desde el año 2010 hasta la actualidad. No obstante, también se incluyeron algunas referencias previas a ese año debido a su alto rigor científico.

## **1.2 Definiciones del síndrome de muerte súbita del lactante**

El periodo del lactante comprende desde la etapa del recién nacido (RN, los primeros 28 días de vida) hasta los 2 años de edad (1).

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se trata de la muerte repentina y sin explicación de un bebé durante el sueño. Se da principalmente durante el primer año de vida, siendo predominante entre los 2 y 4 meses. Los bebés afectados parecen estar sanos y no muestran síntomas evidentes de problemas médicos, aunque también se da en niños que presentaban el día anterior infecciones respiratorias o trastornos intestinales leves (2, 3).

El SMSL se considera un diagnóstico por exclusión; requiere una exploración exhaustiva para determinar la causa de la muerte del niño. El SMSL no se puede explicar a pesar de haber realizado una autopsia completa, un examen del escenario de la muerte y una revisión de la historia clínica (3 - 7).

Hoy en día, no se conoce correctamente la causa exacta de este síndrome, pero existe la hipótesis del triple riesgo, que involucra la combinación de factores genéticos, ambientales y de desarrollo (2, 8). Esta hipótesis propone que el SMSL ocurre cuando hay:

- Un lactante vulnerable.
- En un periodo crítico en el desarrollo y control homeostático.
- Que experimenta un factor estresante exógeno.

La interacción de estos elementos puede llevar a una combinación de asfixia progresiva e hipoperfusión cerebral, incapacidad de despertar, coma hipóxico, bradicardia, hipotensión, acidosis metabólica y respiración ineficaz que conduce a la muerte. Esta hipótesis expresa que deben estar presentes los tres factores para que ocurra (2, 9).

Se debe diferenciar el SMSL de homicidios, ya que hay muchos homicidios ocultos diagnosticados como SMSL. Por tanto, se debe distinguir entre asfixia accidental o deliberada y SMSL. La asfixia deliberada se trata de la asfixia producida al aplicar un objeto blando sobre la entrada de aire a las vías respiratorias, ya sea accidental o deliberadamente (4).

En la autopsia post mortem, las manifestaciones físicas de la asfixia (ya sea accidental o deliberada), pueden ser similares a las observadas en el SMSL. De ahí radica la importancia de considerar elementos como la historia clínica, el contexto (4)...

La sospecha de asfixia deliberada aumenta cuando (4):

- Haya habido apnea y/o cianosis previa mientras el bebé es cuidado por otra persona.
- La edad al morir haya sido mayor de 6 meses, ya que a partir de esa edad no es habitual que se produzca el SMSL.
- Se haya producido una muerte previa, inesperada o inexplicable de otros hermanos.
- Se hayan producido muertes previas de lactantes en hogares donde se encargan del cuidado de niños.

En los estudios post mortem, se deben registrar datos como: la última vez que el lactante fue alimentado, con qué y por quién, posición en la que fue encontrado, si la cabeza se encontraba cubierta o atrapada entre el colchón y el lateral de la cuna... Se debe observar la presencia de gases tóxicos, fuentes de calor, temperatura de la habitación, etc. (3).

Cabe destacar, que se plantea una relación entre la apnea y el SMSL, dado que los dos fenómenos se producen durante la fase activa del sueño. En base a esto, se ha propuesto durante mucho tiempo que existe una regulación anormal del tronco-encefálico de las funciones cardíacas o respiratorias durante el sueño. En las autopsias realizadas a lactantes afectados por síndrome de muerte súbita, se han encontrado anomalías tronco-encefálicas, tanto anatómicas como a nivel de neurotransmisores, lo que ha llevado a una correlación entre éstas y el control autonómico de la función cardiorrespiratoria (10).

Según estudios realizados, se publica que los pacientes con SMSL no fallecen primariamente por una apnea, si no que el episodio que conduce al fallecimiento es una bradicardia progresiva que evoluciona de minutos a horas. Por lo tanto, no se puede afirmar que la apnea neonatal esté relacionada de forma directa con el SMSL (10).

### **1.3 Epidemiología**

El SMSL es la primera causa de muerte de origen multifactorial en bebés de entre un mes y un año de edad en países desarrollados. Un 90% se da durante los primeros meses de vida, y como ya se ha mencionado anteriormente, el pico de incidencia se encuentra entre el segundo y cuarto mes de vida. Siendo menos común pero posible a partir de los 5 meses de edad, y muy raro después del primer año (2, 11).

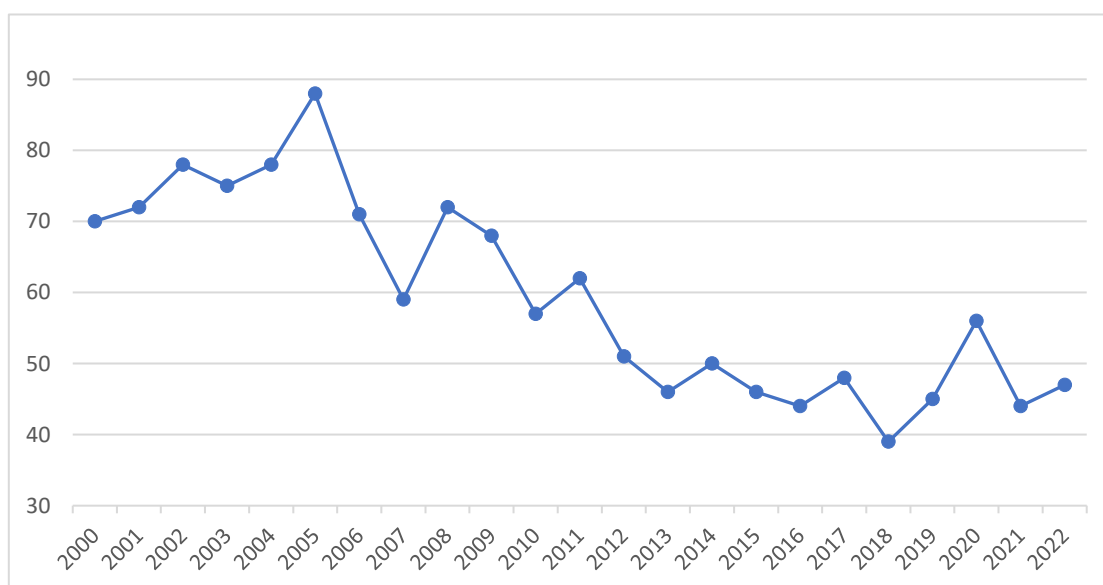
Es la tercera causa de muerte globalmente en la infancia. No obstante, la incidencia puede variar entre regiones y países; asimismo las tasas pueden verse afectadas por factores socioeconómicos y culturales (3).

La incidencia es de 1 – 3 por cada 1000 lactantes. Representa 8 de cada 10 muertes entre el segundo y quinto mes de vida. Del total de muertes, el 15% suceden durante el segundo semestre (1, 12).

En cuanto a sexo, los niños son más propensos de sufrir SMSL que las niñas; se trata de una proporción 2:1 (2).

Sin embargo, las tasas de SMSL han disminuido en las últimas décadas significativamente, debido en gran parte a las campañas de concienciación sobre prácticas seguras para dormir. No obstante, la educación para la salud de forma constante sigue siendo esencial para seguir reduciendo los riesgos asociados con el SMSL.

A continuación, en el *Gráfico 1*, se muestra el número de fallecimientos por muerte súbita infantil en España desde el año 2000 hasta el 2022.



*Gráfico 1. Fallecimientos por Muerte Súbita Infantil, periodo 2000 – 2022.  
Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística.*

## 1.4 Factores de riesgo

En el SMSL es esencial conocer los factores de riesgo para poder adoptar medidas preventivas. Esta información permite a los profesionales de la salud, a los padres y a los cuidadores tomar decisiones informadas sobre hábitos seguros de sueño para el bebé.

La comprensión de estos es necesaria para tomar medidas proactivas y minimizar la incidencia del SMSL. Los profesionales de la salud pueden desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la hipótesis del triple riesgo menciona tres condiciones que deben estar presentes para que se cumpla. Además, algunos de los factores potenciales que recoge esta hipótesis pueden ser (13):

- Anormalidades congénitas del sistema nervioso central. La mayor evidencia existente señala ciertas anomalías en el tronco-encefálico o alteraciones en la regulación cardiorrespiratoria a nivel central (13).
- Una alteración de transmisión serotoninérgica en el cerebro, lo que produce alteraciones en las vías que coordinan las respuestas ventilatorias y de presión arterial. Estas alteraciones pueden dar lugar a circunstancias como la hipoxia (insuficiente oxígeno en sangre) e hipercapnia (aumento de los niveles de dióxido de carbono en la sangre) en el lactante. Se establece una relación entre la disminución o peor calidad de la unión de la serotonina con su receptor 5-HT (5 – hidroxitriptamina [5-HT]), hecho que se observa más en varones, en pacientes con desregulación del sistema autónomo y en los expuestos a la nicotina (13).
- Los factores genéticos no están claros en la patogénesis del SMSL, no obstante, se han propuesto que algunos polimorfismos genéticos pueden estar relacionados con algunos casos, como lo son (13):
  - o Los genes que codifican los canales iónicos cardíacos.
  - o Los genes que codifican los canales de sodio del músculo esquelético, como el SCN4A, gen transportador de serotonina o gen de la monoamino oxidasa A (MAOA).
  - o Deleciones parciales del complemento C4, gen promotor de la interleucina-10.
- Alteraciones cardíacas estructurales, mayormente vinculadas a trastornos de conducción. No existe evidencia del mecanismo exacto por el que incrementa el riesgo de sufrir SMSL al contar con estudios escasos (13).
- Las infecciones. Los lactantes fallecidos por SMSL tienen ciertas similitudes con los bebés que mueren por un shock séptico, por lo que se plantea que en algunos casos puedan tener un desencadenante infeccioso (13).

- Momento de desarrollo. Como se ha mencionado anteriormente en la definición, el pico de incidencia se encuentra entre los 2 y 4 meses de vida, periodo en el que se producen cambios en el desarrollo de los patrones cardiacos, ventilatorios y de sueño-vigilia en bebés. Por lo que se sugiere que los lactantes son vulnerables a dicho síndrome durante un periodo crítico de maduración autónoma (13).

Los factores de riesgo asociados al SMSL son diversos. Engloban desde condiciones genéticas hasta prácticas de sueño y entorno ambiental. Se dividen en:

#### **1.4.1 Factores de riesgo del lactante**

- Pertenecer al sexo masculino (1, 2, 14, 15).
- Raza negra o nativo americano (2, 16).
- Prematuridad, nacer antes de las 37 semanas de gestación tiene mayor riesgo en comparación con el recién nacido (RN) a término (1 - 3, 14, 17, 18).
- Tener bajo peso al nacer, peso inferior a 2500 gramos conlleva un riesgo 3 veces mayor en comparación con los bebés normopesos (2500 – 4000 gramos) (1, 3, 13, 14, 17, 19).
- Ser hermano de una víctima de SMSL, supone de 5 a 6 veces más de probabilidad (13).
- En gestación gemelar se multiplica el riesgo por 2 en comparación con la gestación única. Esto es debido a que hay mayor probabilidad de que los hijos sean prematuros y que tengan bajo peso al nacer. El riesgo es aún mayor entre gemelos del mismo sexo (13).

#### **1.4.2 Factores de riesgo maternos**

- Edad materna menor de 20 años de edad (1, 3, 13, 14, 20).
- Hábito tabáquico pre- y postnatal. No solo incumbe a la madre si no también al padre. La exposición pasiva del lactante a la nicotina aumenta el riesgo (1, 13, 21).
- Consumo de alcohol y drogas durante el periodo perinatal (tanto de la madre como del padre) (1, 3, 22).
- Ausencia de control parental. Falta de supervisión por parte de los padres en la vida de los hijos (20).

- Complicaciones gestacionales. Complicaciones que se dan durante el embarazo e influyen en el crecimiento y desarrollo del niño. Pueden ser anemia, preeclampsia/eclampsia (1, 14).
- Complicaciones durante el parto. Complicaciones como la rotura prematura de membranas, placenta previa, alfafetoproteína materna elevada, desprendimiento de placenta (1, 13)...

### **1.4.3 Factores de riesgo ambientales**

- Posición decúbito prono (boca abajo) para dormir. Se trata de un factor clásico y con mayor impacto en la reducción de la mortalidad del SMSL (13).
- Posición decúbito lateral (“de lado”) para dormir, ya que aumenta la probabilidad de que el niño acabe durmiendo en posición decúbito prono (13).
- Dormir sobre colchón o superficies blandas, como lo son sofás, colchones de aire (13)...
- Ropa de cama suelta. Almohadas, cojines, mantas, peluches... Esto supone un riesgo 5 veces mayor. Si coexiste la posición decúbito prono junto con la ropa de cama suelta, aumenta el riesgo hasta 21 veces más (13).
- Colecho. Compartir cama con padres o familiares aumenta el riesgo de sufrir SMSL, sobre todo si los padres son consumidores de tabaco, si el lactante es menor de 3 meses de edad, si la superficie es blanda, si se comparte con ambos padres, o cuando con quien la comparte ha consumido alcohol (13, 23).
- Excesiva ropa para dormir. No existe evidencia suficiente para conocer el mecanismo, no se sabe si es debido al aumento de la temperatura corporal o por el mayor riesgo de asfixia (14).
- Calor ambiental excesivo (1, 14).
- Asientos de seguridad y otros dispositivos (como hamacas, portabebés...). No se deben utilizar estos dispositivos para dormir fuera del coche, ya que aumenta el riesgo (13).
- Bajo nivel socioeconómico (17, 20).

### **1.5 Medidas preventivas**

Teniendo en cuenta la definición de SMSL, las recomendaciones irán dirigidas a prevenir en los lactantes menores de un año los factores de riesgo mencionados anteriormente.

Los factores modificables existentes según la NANDA-I son los siguientes (20):

- Retraso o falta en la atención prenatal. Realizar un seguimiento insuficiente del embarazo multiplica el riesgo x5.
- Niño excesivamente caliente o arropado en exceso.
- Posición decúbito prono o lateral para dormir. El riesgo de sufrir SMSL en decúbito lateral disminuye hasta 5 veces comparado con la posición decúbito prono. Asimismo, en decúbito supino el riesgo disminuye 2 veces en comparación con la posición lateral.
- Exposición prenatal y postnatal al humo del tabaco. El riesgo se multiplica por 5 si la cifra de cigarrillos al día es superior a 20.
- Uso de colchón y prendas blandas durante el sueño.

Por otro lado, existen algunos factores de riesgo no incluidos en la NANDA-I, pero sobre los que la enfermería puede intervenir, expuestos a continuación en la *Tabla 2*. Estos se establecieron por el grupo de la Prevención en la Infancia y la Adolescencia (PREVINFAD) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) mediante una clasificación de grados de recomendación para prevenir el SMSL siguiendo la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (20).

Recomendaciones de Grado A (buena evidencia)

- Evitar posición prona (hasta los 6 meses de edad)
- Recomendar lactancia materna a demanda.
- Desaconsejar tabaquismo de los padres.

Recomendaciones de Grado B (evidencia moderada)

- Uso del chupete.
- Control adecuado de la gestación y del periodo perinatal.
- Evitar consumo de alcohol y drogas (prenatal y postnatal)
- Evitar el colecho.

Recomendaciones de Grado I (evidencia insuficiente)

- Cuna en habitación de los padres.
- Tª 20 – 22 °C.
- Evitar arropamiento excesivo.

*Tabla 2. Clasificación de los grados de recomendación para prevenir el SMSL.  
Elaboración propia a partir de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (20)*

La postura del bebé para dormir, es el factor más determinante y modificable. La posición decúbito prono es la que más incrementa el riesgo de sufrir SMSL, mientras que decúbito lateral incrementa el riesgo pero en menor medida. En cambio, la posición más segura para dormir, es la posición decúbito supino (14, 24).

Se debe promover lactancia materna (LM) a demanda hasta los 6 meses de edad, dado que es un factor protector contra el SMSL. El efecto es mayor cuando la lactancia es exclusiva, ya que los niños alimentados con este tipo de LM tienen un umbral de despertar menor que los niños alimentados con fórmula. Además, durante la noche, una vez finalizada la alimentación del lactante, se recomienda que éste sea devuelto a su cuna (1, 2, 17, 25 - 28).

El uso del chupete tiene una evidencia moderada, debido a que altera los umbrales de excitación o respuestas autonómicas durante el sueño. Se debe promover la succión no nutritiva con chupete durante el sueño; se recomienda su uso al inicio del sueño, pero no debe reinsertarse una vez el bebé está dormido. No se debe usar cordel ni prendas que sujeten el chupete a la ropa del lactante para evitar el estrangulamiento del niño (1, 2, 13, 14, 27).

Se recomienda evitar el colecho (compartir cama con padres o familiares) ya que hay riesgo de sobrecalentamiento y de superposición del lactante. El Comité de Lactancia Materna de la AEP recomienda a los padres que desean mantener proximidad con el bebé durante la noche optar por una cuna al lado de la cama o una tipo “sidecar”, ya que facilita la lactancia y no interfiere con la frecuencia en las tomas del pecho. Por otro lado, hay factores de riesgo que contraindican el colecho transitorio (2, 20):

- Si alguno de los padres presenta disminución de la capacidad para despertarse debido a cansancio extremo, a la ingesta de medicación sedante, al consumo de alcohol o drogas ilícitas, o si alguno de ellos fuma (17).
- Si el lactante duerme en la cama de los padres, no hacerlo sobre una superficie blanda, ni ubicarlo en medio de ambos, si no al costado de alguno de ellos (17).

Se desaconseja practicar el colecho con hermanos u otros familiares o cuando conviven muchas personas en la misma habitación. Además, también se desaconseja realizar esta práctica en un sillón o sofá. Por último, se deben extremar los cuidados en niños con afecciones neurológicas y con restricción de sus movimientos. No obstante, la ausencia de los riesgos mencionados no afirma que el colecho sea seguro. Por lo tanto, durante los primeros meses se aconseja cohabitación sin colecho (17, 26, 29).



Tanto la Academia Americana de Pediatría como el Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil de la AEP y el Comité de Lactancia Materna de la AEP exponen que la forma más segura de dormir para un lactante es en decúbito supino, en una cuna independiente de la cama de los padres, pero en la misma habitación que ellos (cohabitación) (14).

El incumplimiento de las recomendaciones está asociado con factores socioeconómicos, como el bajo nivel de estudios de los padres, la edad de la madre menor a 20 años, el tipo de vivienda y la cantidad de convivientes (20).

## **1.6 Consecuencias para los padres**

El SMSL no solo afecta a los lactantes, sino que también lo hace a los padres. Este suceso puede tener profundas y duraderas consecuencias emocionales tanto para los padres como para la familia afectada.

Durante el periodo neonatal se establece un vínculo emocional muy especial entre los padres y el neonato. El vínculo comienza desde el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo del tiempo. La pérdida de un bebé puede causar a los padres un gran impacto emocional. A su vez, pueden experimentar emociones como la tristeza, la ira, la culpa, la desesperación, impotencia...

La pérdida de un bebé a causa del SMSL, supone un acontecimiento vital traumático para los padres y familiares, ya que experimentan una situación de pérdida de un ser querido de forma súbita e inesperada (30, 31).

Este suceso puede llevar a los padres a experimentar un proceso de duelo. El duelo se manifiesta tras la pérdida de un ser querido, por lo que se considera un proceso doloroso y a la vez personal, ya que se trata de una experiencia subjetiva en la que las manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales que atraviesa la persona pueden evolucionar con el tiempo (30, 31).

El duelo es diferente según la persona, interfieren mediadores como la relación con el fallecido, las circunstancias de la muerte, la forma de ser del afectado, el historial de salud mental y otros factores como el apoyo social con el que dispongan los dolientes (30, 31).

Éste se compone de una sucesión de fases o etapas por las que la persona que lo vive atraviesa y en las cuales está activamente implicada, dado que tiene que adaptarse a la situación mediante una serie de tareas (30).

Algunas de las fases que se atraviesan durante el duelo son:

- Sensación de incredulidad, irrealidad y negación de los hechos. En las horas y días sucesivos a la pérdida, se puede observar las reacciones mencionadas, o puede que los padres se muestren aparentemente enteros (30).
- Pueden estar presentes las vivencias de inestabilidad o la ausencia de sentimientos en las fases iniciales del duelo (30).
- Seguidamente, se suele observar en los padres la presencia de sentimientos de tristeza. En algunas ocasiones puede haber barreras tanto internas como externas que dificulten la expresión de la tristeza, lo cual puede influir y condicionar el proceso del duelo (30).
- En algunos casos, existe en los padres la presencia de un profundo sentimiento de enfado, que puede ir dirigido hacia otros miembros de la familia o hacia el personal sanitario. Se debe vigilar que dicho enfado no sea dirigido contra uno mismo, ya que esto podría dar lugar a conductas autolesivas o incluso suicidas (30).
- También pueden aparecer sentimientos de culpa y de autorreproche. Algunos padres se culpan por no sentir la cantidad suficiente de dolor y tristeza que ellos consideran adecuada. Además, si presentan emociones positivas, tienen el pensamiento de que traicionan al bebé fallecido. Algunos padres, se niegan a participar en actividades que les haga desconectar, aunque sea por un tiempo, de su sufrimiento (30).
- En cualquier momento del proceso del duelo, pueden aparecer sentimientos de impotencia al no tener la capacidad de cambiar y solucionar la situación (30).
- Es muy común la necesidad de comprender y encontrar una posible explicación médica para lo que ha sucedido. Algunos padres, se sienten aliviados una vez informados de que la causa del fallecimiento fue el SMSL, ya que se liberan de la responsabilidad y sentimiento de culpa. Otros en cambio, mantienen la creencia de que podrían haberlo evitado y que son los últimos responsables (30).
- En ocasiones, puede darse un trauma acumulativo cuando no existe apoyo familiar y social necesario para sostener la experiencia del duelo. Esto puede llevar a un duelo complicado (30).
- Duelo desautorizado socialmente. En algunos casos, los familiares y el entorno social de los dolientes expresan comentarios que muestran invalidez, impaciencia o desinterés por su experiencia, como lo son “ya tendrán más hijos”, “al menos tienen otros hijos en los que apoyarse” (30).

Cuando los padres sufren la pérdida de un hijo, necesitan que alguien los escuche para compartir la experiencia, expresar emociones... Al igual que necesitan comprensión y apoyo, tanto de su entorno familiar como de su entorno social. Los profesionales sanitarios son una figura esencial para los padres que están viviendo el proceso de duelo, ya que brindan apoyo, tranquilizan a los padres y familias en cuanto a reacciones y sensaciones que experimenten, y asisten a sus necesidades desde el primer momento (30, 31).

Los profesionales de la salud deberán ser conscientes del proceso del duelo y de las complicaciones que puedan llevarse a cabo. Los profesionales deberán seguir una serie de recomendaciones a la hora de intervenir en el duelo de los padres. Las recomendaciones son:

- Facilitar la escucha activa, creando un ambiente apto para ello. Así mismo, deberán mostrar una actitud empática con los padres, y mantener una actitud de aceptación ante las distintas reacciones que puedan experimentar los progenitores. Se fomentará y aceptará la manifestación del dolor y del sufrimiento como parte del proceso (30).
- Los profesionales brindarán información a los padres y familiares de manera clara y concisa (30).
- Se ayudará y facilitará el proceso de aceptación de la realidad (30).
- Se recomienda abstenerse de consolar o aliviar a los padres y familiares mediante la narración de situaciones o experiencias similares; al igual que se debe evitar intentar disminuir el dolor que experimentan los dolientes (30).

En determinados casos, el duelo puede complicarse, y generar un gran malestar psicológico que puede provocar una incapacidad para la vida y para relacionarse. Algunas de las complicaciones del duelo son: larga duración, aparición de un trastorno mental, un duelo enmascarado... En estos casos, los profesionales se centrarán en intervenir para identificar y abordar los conflictos que interfieren y obstaculizan las tareas del duelo, y que, por tanto, afectan a su resolución (30, 31).

## 2. Justificación

El síndrome de muerte súbita del lactante sigue siendo un problema de gran relevancia hoy en día. A pesar de haber descendido la incidencia a lo largo de los años, como se puede observar en el *Gráfico 1*, sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños menores de un año de edad.

Este síndrome tiene gran importancia en la actualidad, ya que afecta a familias de todo el mundo, causando un gran impacto emocional en ellas.

A pesar de todos los estudios realizados a lo largo de los años, sigue sin conocerse la causa exacta del SMSL. La falta de conocimientos resalta la complejidad de dicha condición y la necesidad de realizar investigaciones continuas para aumentar los conocimientos de este suceso y poder realizar educaciones para la salud de calidad.

La información que poseen las familias sobre ello es muy limitada o incluso inexistente. Este déficit de conocimientos puede ocasionar en los padres sentimientos como ansiedad, miedo e incertidumbre, especialmente en relación con las prácticas de sueño de sus hijos. Los padres carecen de una orientación clara sobre cómo reducir los riesgos asociados a este síndrome, lo que contribuye a un estado vulnerable emocionalmente de los padres, quienes buscan proporcionar entornos seguros para sus hijos. De ahí, la necesidad de realizar un proyecto educativo sobre el SMSL.

Más allá de las campañas de concienciación que se realizan hoy en día, se realizará un proyecto educativo enfocado específicamente en los padres con hijos de hasta 6 meses de edad. Se proporcionará la información necesaria para que adquieran conocimientos sólidos sobre el SMSL, ofreciendo información sobre los factores de riesgos relacionados existentes y proporcionándoles las herramientas necesarias sobre las medidas de prevención para disminuir los riesgos.

Este proyecto pretende que se reduzcan los casos del SMSL, no solo buscando a partir de información y de habilidades prácticas la seguridad de los niños, sino que también creando una cultura de conciencia y cuidado sobre este síndrome que perdure en el tiempo. El proyecto aspira al desarrollo de una comunidad que esté más informada y preparada.

# Metodología

## 1. Población y captación

### 1.1 Población diana

La población a la que va dirigido este proyecto educativo son padres y madres de recién nacidos y lactantes menores de 6 meses de edad, pues, como se expone anteriormente, el pico de incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante se encuentra entre los 2 y 5 meses de edad, y se da raramente a partir de los 6 meses.

Este colectivo, es imprescindible en la prestación de cuidados y crianza de los lactantes, por lo que este proyecto ayudará a ampliar sus conocimientos, pudiendo así, actuar en base a la evidencia científica, siguiendo las recomendaciones dedicadas a prevenir el SMSL.

En definitiva, los criterios de inclusión que se aplicarán en el proyecto son:

- Padres primerizos (padres que hayan tenido un hijo por primera vez)
- Padres con experiencia en paternidad.

Además, se dará especial importancia a:

- Padres con antecedentes de algún hijo fallecido por SMSL anteriormente.
- Padres con situaciones de riesgo conocidos para el SMSL.

La característica que deben tener en común los 2 grupos mencionados anteriormente es que tengan hijos cuyo rango de edad esté comprendido entre los 0 y 6 meses. En los casos en los que se cumpla ese criterio, se considerarán población diana.

Asimismo, podrán asistir como oyentes a las sesiones educativas profesionales de la salud del propio centro, como matronas, enfermeros, pediatras y cualquier otro profesional sanitario, ya que tienen un papel clave en la educación y el apoyo a los padres sobre el SMSL.

Por otro lado, se establecerán criterios de exclusión con el propósito de identificar y de excluir a aquella población que no podrían beneficiarse adecuadamente del proyecto o incluso presentar obstáculos para su desarrollo. Por tanto, uno de los criterios de exclusión que se aplicarán en el proyecto será la participación de padres que no tienen hijos en edad de riesgo.

El proyecto educativo se llevará a cabo en la localidad de Aranjuez, concretamente en el centro de salud situado en la calle Abastos, siendo el que más población de Aranjuez abarca. Este centro cuenta con numerosos profesionales de enfermería, de medicina, de pediatría...

## 1.2 Captación

La captación se llevará a cabo en los centros de salud del distrito de Aranjuez. Se captarán a padres que cumplan los criterios de inclusión tanto en el centro de salud de las Olivas, como en el centro de salud de Aranjuez (localizado en la calle Abastos). Para ello, se solicitarán los permisos necesarios en los respectivos centros para poder iniciar este proceso.

Una vez obtenidos los permisos para la impartición de las sesiones, comenzará el proceso de la captación. Para ello, se utilizarán carteles divulgativos (*Anexo 1*), que serán colocados por los pasillos y las consultas de las áreas de pediatría para captar la atención de los padres y dar visibilidad.

También se podrán utilizar recursos como la mensajería, mediante la que se enviará un mensaje informando a los padres que cumplan con los criterios de inclusión, sobre el proyecto que se llevará a cabo y en el que se adjuntará el folleto informativo (*Anexo 2*) y el formulario de inscripción (*Anexo 3*), el cual deberán rellenar y entregar en el centro de salud impreso, aunque también tendrán la opción de rellenarlo y enviarlo de forma telemática al correo proporcionado en el folleto informativo (*Anexo 2*).

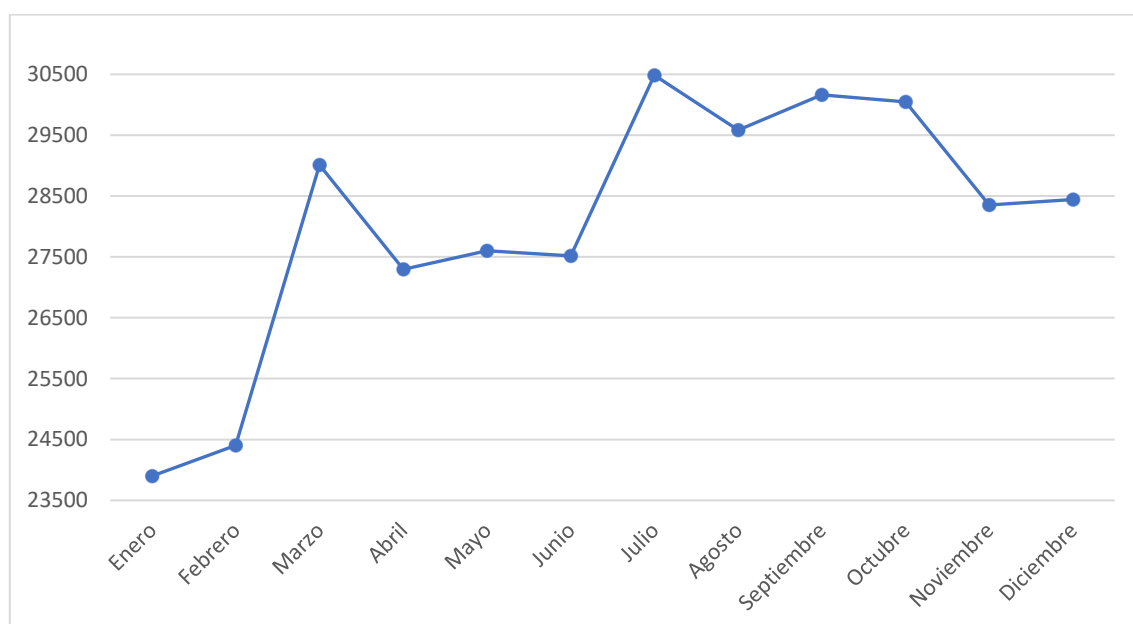
Los profesionales de enfermería del área de pediatría juegan un papel muy importante en el proceso de la captación de la población, ya que pueden informar a las familias y promover la participación y la asistencia a las sesiones educativas.

El personal de enfermería aprovechará las revisiones de salud del niño sano, que se realizan desde la primera semana de vida hasta los 4 meses, para captar a la población que cumpla los criterios de inclusión. Por tanto, durante las consultas, los profesionales de enfermería informarán sobre las sesiones que se impartirán, el lugar, la fecha, los contenidos, y les proporcionarán a los familiares tanto el folleto informativo (*Anexo 2*) como el formulario de inscripción (*Anexo 3*). Así mismo, el personal de enfermería estará dispuesto a resolver cualquier tipo de dudas que los familiares puedan tener sobre las sesiones.

Por otro lado, los pediatras también desempeñan un papel fundamental en la captación de la población, ya que durante las revisiones existentes pueden proporcionar información a las familias sobre la importancia del taller educativo y recomendar su participación activa en él. Asimismo, los pediatras podrán responder a cualquier duda que les pueda surgir sobre las sesiones, y podrán orientar a las familias para que, en el caso de tener alguna duda o inquietud, se comuniquen con el personal de enfermería del área de pediatría.

Las sesiones educativas se llevarán a cabo en la sala de reuniones/maternidad (sala dedicada a impartir sesiones educativas a padres o familiares) del centro de salud de Aranjuez (calle Abastos), localizada en la planta baja.

La captación de la población se llevará a cabo durante los meses de julio, agosto y septiembre, ya que como se puede observar en el *Gráfico 2*, son los meses en los que hay mayor número de nacimientos según los datos obtenidos del año 2022.



*Gráfico 2. Número de nacimientos por meses en España, en el año 2022.  
Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística.*

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivos generales

El objetivo general del proyecto educativo es aumentar los conocimientos de los padres respecto al síndrome de muerte súbita del lactante, ayudándoles a establecer prácticas seguras para dormir para sus hijos.

## 2.2 Objetivos educativos específicos

Se establecerán objetivos teniendo en cuenta las diferentes áreas de aprendizaje: área cognitiva, área de habilidades y área afectiva.

- Área cognitiva. Objetivos relacionados con el “saber”, con la comprensión de información y con el recuerdo.
  - o Conocer lo que es el síndrome de muerte súbita del lactante.
  - o Ser capaces de identificar la población de riesgo.
  - o Ser capaces de identificar los factores de riesgo.
  - o Conocer las prácticas seguras para dormir a sus hijos.
- Área de habilidades. Objetivos que hacen referencia al “saber hacer”.
  - o Demostrar habilidad en llevar a cabo prácticas seguras para dormir a sus hijos.
  - o Realizar maniobras de reanimación en caso de una emergencia de SMSL.
- Área afectiva. Objetivos que hacen referencia al “saber ser” y “saber estar”.
  - o Expresar y compartir emociones, dudas y preocupaciones acerca del SMSL.
  - o Comunicar la ansiedad y estrés asociados con la preocupación por el SMSL.

## 3. Contenidos

Conceptos principales sobre el síndrome de muerte súbita del lactante.

- Definición del SMSL.
- Incidencia y epidemiología.

Factores de riesgo.

- Factores de riesgo del lactante: prematuridad, tener bajo peso al nacer...
- Factores de riesgo maternos: hábito tabáquico, consumo de alcohol o drogas, complicaciones de la gestación o durante el parto...
- Factores de riesgo ambientales: posición decúbito prono y lateral, colecho, calor ambiental...



### Medidas preventivas.

- Importancia de seguir las prácticas seguras para dormir.
- Posición para dormir del lactante (decúbito supino).
- Entorno seguro para el sueño: sin objetos sueltos en la cuna, colchón firme...
- Temperatura adecuada de la habitación.
- Lactancia materna.
- Uso del chupete.

### Signos y síntomas de alerta.

- Identificación de signos que puedan indicar riesgo de SMSL.
- Cómo actuar en caso de observar algún síntoma preocupante.

### Reanimación cardiopulmonar (RCP) en niños.

- Maniobras básicas de reanimación en recién nacidos y lactantes.
- Identificación de situación de paradas cardio – respiratorias (PCR).

## **4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales**

### **4.1 Planificación general**

La planificación general del presente proyecto educativo dirigido a los padres sobre el SMSL se divide en distintas fases:

- Definición de la población diana.
- Formulación de los objetivos generales del proyecto.
- Formulación de los objetivos específicos del proyecto. Se definen objetivos en referencia a las diferentes áreas del aprendizaje: área cognitiva, área afectiva y área de habilidades.
- Elección de los contenidos que se van a tratar en las sesiones educativas.
- Selección de los medios que se van a utilizar, de los materiales de apoyo y de los instrumentos para la evaluación.
- Establecimiento del cronograma general.
- Captación de participantes.

- Inscripción de participantes y asignación de grupos.
- Desarrollo de las sesiones.
- Evaluación, a corto, medio y largo plazo.
- Conclusión del proyecto y elaboración de conclusiones.

## 4.2 Cronograma general

El proyecto educativo estará compuesto de un total de 3 sesiones, con una duración de 90 minutos de duración cada una de ellas. Se facilitarán dos grupos, uno de ellos en el que las sesiones se realizarán en horario de mañana y otro de tarde, y conseguir así que los padres puedan inscribirse y asistir al taller según sus preferencias y su disponibilidad. Las sesiones se impartirán durante el mes de septiembre, en un periodo de 2 semanas.

Una vez realizadas y finalizadas la fase de captación y la inscripción de los participantes, comenzarán a desarrollarse las sesiones educativas, siendo la primera de ellas el 16 de septiembre de 2024. Las sesiones en horario de mañana se realizarán en días alternos lunes y miércoles de 11:00 a 12:30, y en horario de tarde se desarrollarán martes y jueves de 17:00 a 18:30.

El cronograma general quedará establecido según se muestra recogido en la *Tabla 3*.

	<b>GRUPO DE MAÑANA (11:00 – 12:30)</b>	<b>GRUPO DE TARDE (17:00 – 18:30)</b>
<b>1ª SESIÓN</b>	16/09/2024	17/09/2024
<b>2ª SESIÓN</b>	18/09/2024	19/09/2024
<b>3ª SESIÓN</b>	23/09/2024	24/09/2024

*Tabla 3. Cronograma general de las sesiones del proyecto educativo.*

## 4.3 Número de participantes

El proyecto educativo estará dirigido a un máximo de 14 participantes para cada una de las sesiones. Teniendo en cuenta la posibilidad de que asistan dos personas por familia, las sesiones estarán destinadas a un total de 7 familias.

En el formulario de inscripción, los familiares deberán indicar el grupo al que desean asistir, para así poder organizar y gestionar los grupos. En el caso de que fuera necesario, se podrá habilitar un grupo más tanto en horario de mañana como de tarde, por lo que se añadirían 2 semanas más al cronograma del proyecto educativo, y así lograr que todas las personas inscritas puedan participar en el proyecto.

#### **4.4 Docentes**

Los docentes encargados de impartir cada una de las sesiones serán: un profesional titulado/diplomado en enfermería, especialista en pediatría, y otro titulado/diplomado en enfermería, especialista en obstetricia y ginecología (matrona), ambos trabajadores del centro donde se lleva a cabo el proyecto educativo.

#### **4.5 Lugar de celebración**

Como ya se ha mencionado anteriormente, el proyecto se llevará a cabo en la sala de reuniones del centro de salud de Aranjuez, en la calle Abastos. Dicha sala se encuentra en la ubicada en la planta baja del centro.

La sala destinada para las sesiones cuenta con capacidad suficiente para colocar al menos 16 sillas, así como espacio para un proyector, una pizarra, una camilla o cuna, y muñecos de simulación.

#### **4.6 Sesiones**

A continuación, se muestran en tablas las características de cada una de las sesiones, detallando sus objetivos, los contenidos, la duración y los métodos empleados, así como los materiales necesarios para llevar a cabo cada actividad.

#### 4.6.1 Primera sesión

DURACIÓN	CONTENIDOS	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS
10 minutos	Presentación y acogida	Presentación de los docentes y de los participantes para crear un clima de confianza y que favorezca la participación	Técnica de iniciación grupal: Dinámica del ovillo. El ovillo de pasa de una familia a otra, quedándose siempre con el extremo del hilo. Cuando las familias reciban el ovillo, se presentarán y dirán lo que deseen obtener con la asistencia al taller. Se formará una telaraña que los unirá.	Ovillo de lana Disposición de la sala en círculo
5 minutos	Introducción. Objetivos y contenidos de las sesiones educativas	Garantizar que los participantes conozcan los objetivos y contenidos del taller	Técnica expositiva: lección con discusión	Presentación PowerPoint
10 minutos	Cuestionario pre – post test	Mostrar los conocimientos previos de los participantes sobre los contenidos del taller	Técnica de evaluación pre – post test	Papel Bolígrafos o lápices

15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiciones del síndrome de muerte súbita del lactante</li> <li>- Incidencia y epidemiología</li> </ul>	Aumentar los conocimientos de los participantes acerca de la definición del SMSL, su incidencia, su epidemiología, diagnósticos...	Técnica expositiva: lección con discusión	Presentación PowerPoint
30 minutos	<p>Factores de riesgo (FR) del SMSL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FR del lactante</li> <li>- FR maternos</li> <li>- FR ambientales</li> </ul>	Aumentar los conocimientos de los participantes acerca de los factores de riesgo y que logren reconocerlos en su día a día	Técnica expositiva: lección con discusión	Presentación PowerPoint
10 minutos	Cuestionario "Kahoot!"	Mostrar los conocimientos de los participantes sobre los contenidos impartidos en la sesión	Técnica de evaluación	Móviles u ordenadores Proyector Ordenador
10 minutos	Dudas y conclusiones	Aclarar las dudas de los participantes	—	—

#### 4.6.2 Segunda sesión

DURACIÓN	CONTENIDOS	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS
10 minutos	Resumen de la sesión anterior	Reforzar la retención de la información y establecer el contexto	Técnica de “investigación de aula”: tormenta de ideas. Los participantes expondrán ideas sobre lo que recuerden del día anterior, que se apuntarán en la pizarra. Finalmente, los docentes explicarán a modo de resumen los contenidos de la sesión anterior.	Pizarra Bolígrafo de pizarra
15 minutos	Dinámica verdadero/falso	Verificar la información que poseen los padres previa a la sesión sobre las prácticas seguras para dormir	Técnica de evaluación. Los docentes leerán diferentes frases a los participantes. Tendrán una tarjeta de color rojo y otra de color verde. Al terminar de leer la frase, los participantes levantarán una de las dos tarjetas indicando “verdadero” si alzan la tarjeta verde y “falso” si alzan la roja.	Tarjetas recortadas de cartulina roja Tarjetas recortadas de cartulina verde Papel con las afirmaciones

40 minutos	Medidas preventivas y prácticas seguras para dormir	Aumentar los conocimientos de los participantes acerca las medidas preventivas, así como los hábitos seguros para dormir de sus hijos	Técnica expositiva: lección con discusión	Presentación PowerPoint
15 minutos	Signos y síntomas de alerta	Lograr que los participantes sepan identificar los signos y síntomas de alerta que indiquen que sus hijos estén en peligro	Técnica expositiva: lección con discusión	Presentación PowerPoint
10 minutos	Dudas y conclusiones	Aclarar las dudas de los participantes	—	—

#### 4.6.3 Tercera sesión:

DURACIÓN	CONTENIDOS	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS
10 minutos	Resumen de la sesión anterior	Reforzar la retención de la información y establecer el contexto	Técnica de “investigación de aula”: tormenta de ideas.  Los participantes expondrán ideas sobre lo que recuerden del día anterior, que se apuntarán en la pizarra. Finalmente, los docentes explicarán a modo de resumen los contenidos de la sesión anterior.	Pizarra  Bolígrafo de pizarra
25 minutos	Maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar en niños	Lograr que los participantes adquieran conocimientos sobre cómo realizar maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar en sus hijos en caso de que sea necesario	Técnica expositiva: lección con discusión	Presentación PowerPoint
25 minutos	Prácticas reanimación cardiopulmonar	Entrenar y desarrollar la capacidad de realizar una reanimación cardiopulmonar	Técnica para el desarrollo de habilidades: práctica RCP	Muñecos de simulación



10 minutos	Dudas y conclusiones	Aclarar las dudas de los participantes	—	—
10 minutos	Cuestionario pre – post test	Mostrar los conocimientos adquiridos por los participantes tras las sesiones	Técnica de evaluación pre – post test	Papel Bolígrafos o lápices
10 minutos	Encuesta final de satisfacción	Mostrar el grado de satisfacción de los participantes en cuanto a la técnica pedagógica, el horario, la sala...	Técnica de evaluación	Papel Bolígrafos o lápices

#### **4.7 Material necesario.**

Los materiales necesarios para la impartición de las sesiones serán los siguientes:

- Una sala adecuada para las sesiones con las características descritas anteriormente.
- Al menos 16 sillas para los participantes.
- Un proyector para mostrar las presentaciones de PowerPoint y las imágenes o videos necesarios.
- Una pantalla para proyectar imágenes.
- Un ordenador para el control de las presentaciones y contenidos.
- Una pizarra para escribir o dibujar conceptos clave.
- Un rotulador o tiza para la pizarra.
- Un ovillo de lana para realizar la dinámica de iniciación grupal.
- Lápices o bolígrafos para que los participantes puedan realizar los cuestionarios necesarios.
- Un muñeco para utilizar en demostraciones prácticas.
- Una cuna o camilla para demostraciones prácticas.
- Una sábana para cubrir la cuna o camilla durante las demostraciones.
- Un chupete para ejemplificar las medidas de seguridad.
- Tarjetas recortadas de cartulina roja y verde para la dinámica verdadero/falso.
- Muñecos de simulación de bebés para las prácticas de reanimación cardiopulmonar.

#### **5. Evaluación**

La evaluación es una parte integral del proyecto educativo, representando un componente de gran importancia. A través de ella, se determinará la eficacia del proyecto, es decir, permitirá determinar si el proceso de enseñanza – aprendizaje ha sido significativo y si se han alcanzado los objetivos establecidos. Se evaluarán las diferentes áreas de aprendizaje, cognitiva mediante la adquisición de conocimientos, afectiva mediante el desarrollo de actitudes, y psicomotriz mediante la adquisición de habilidades. Además, con la evaluación se identificarán posibles áreas de mejora para futuras ocasiones.

Para realizar la evaluación, se tendrán en cuenta una serie de aspectos. Se analizará si el número de asistentes y el lugar de celebración han sido adecuados, si la metodología pedagógica empleada durante las sesiones ha sido de utilidad.

### **5.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo**

Para la evaluación de la estructura y del proceso educativo se utilizarán métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos para obtener una evaluación exhaustiva de todos los parámetros relevantes.

Esta evaluación permite obtener información sobre el funcionamiento del taller, la organización, la metodología pedagógica, la utilidad de los contenidos desarrollados, la efectividad de los recursos y los medios empleados.

Para la evaluación de la estructura y del proceso educativo, en la tercera y última sesión se entregará a los participantes una encuesta final de satisfacción (*Anexo 4*), mediante la que se realizará una evaluación cuantitativa que permitirá valorar y obtener información sobre la adecuación de la programación de las sesiones, es decir, se valorará la planificación del taller, los contenidos abordados en cada sesión, las técnicas pedagógicas empleadas con respecto a los objetivos planteados, la calidad de los materiales empleados, el conocimiento de los docentes, evaluación final del profesorado, claridad en las explicaciones, y cumplimiento de objetivos entre otras muchas cosas.

Para ello, el cuestionario utilizará una escala tipo Likert, en la que se evaluará el grado de satisfacción de los participantes respecto a los parámetros expuestos mediante números del 1 al 5, siendo el 1 la puntuación más baja y el 5 la más alta. De igual manera, la encuesta dispondrá de un apartado con preguntas abiertas y cerradas para recoger propuestas de mejoras.

Por otro lado, los docentes evaluarán la eficacia del proceso de captación mediante el control y la verificación del número de participantes en cada una de las sesiones. Para ello se entregará una hoja de asistencia (*Anexo 5*) a los participantes, que deberán cumplimentar al inicio de cada sesión. Asimismo, los docentes valorarán mediante la observación la participación y el ambiente percibido en las sesiones.

## 5.2 Evaluación de los resultados educativos

La evaluación de los resultados educativos es esencial para verificar si se han alcanzado tanto los objetivos generales como los objetivos específicos en relación a las diferentes áreas de aprendizaje. Esta evaluación se llevará a cabo durante las sesiones si procede, al final del taller, y a medio y/o largo plazo.

### 5.2.1 Evaluación a corto plazo

Se evaluarán los objetivos educativos planteados en relación a las tres áreas de aprendizaje.

- **Área cognitiva.** Se evaluará la efectividad de la metodología pedagógica empleada y si los participantes han adquirido el nivel de conocimientos esperado. Se utilizarán métodos de evaluación cuantitativos. Para ello, en la primera sesión se entregará un cuestionario pre – post test (*Anexo 6*), que los participantes realizarán en un periodo de 10 minutos. Al finalizar la tercera y última sesión, se hará la entrega del cuestionario pre – post test (*Anexo 6*) que permitirá evaluar el grado de comprensión de los contenidos abordados en las sesiones. Al finalizar el tiempo de realización, se entregará a los participantes la hoja de soluciones del cuestionario pre – post test (*Anexo 7*). Asimismo, se realizará un juego llamado “Kahoot!” en la primera sesión que evaluará el grado de conocimientos adquiridos mediante la obtención de puntuaciones.
- **Área afectiva.** La evaluación de esta área persigue evaluar los cambios de actitudes, las emociones y los valores de los participantes. Se evaluará en cada una de las sesiones en los últimos 10 minutos dispuestos para dudas y conclusiones.
- **Área de habilidades.** En esta área, se evaluará si los participantes han adquirido y demostrado las capacidades y habilidades necesarias para llevar a cabo prácticas seguras para dormir a sus hijos, y para realizar maniobras básicas de reanimación en un lactante. Para ello, se utilizará un método de evaluación cualitativa en la que se realizarán prácticas de reanimación cardiopulmonar en la tercera sesión tras haber impartido los respectivos contenidos. Los docentes, evaluarán y corregirán posibles errores a los participantes.

### 5.2.2 Evaluación a medio y/o largo plazo

Una vez finalizado el taller, se enviará un correo electrónico a los participantes en el que se adjuntará un cuestionario de evaluación a medio y/o largo plazo (*Anexo 8*) que deberá ser completado y reenviado al mismo correo electrónico. Estos mensajes se enviarán al mes y a los 3 meses, respectivamente.

El objetivo principal de esta evaluación será determinar si los conocimientos, actitudes y habilidades adquiridos en el taller educativo han permanecido en los participantes durante esos meses. Además, se podrá verificar si los contenidos educativos han sido eficaces en el día a día de las familias, analizando y comprobando si se han alcanzado los objetivos generales del taller educativo.

## Cronograma del proyecto educativo

FASES	FECHA
Fase de recogida de bibliografía y elección del tema.	octubre – diciembre 2023
Elaboración del proyecto y presentación.	enero – abril 2024
Petición de permisos, disponibilidad de medios y captación de los participantes.	julio – septiembre 2024
Realización del curso.	septiembre 2024
Evaluación de resultados.	septiembre 2024
Publicación de resultados obtenidos.	octubre 2024 – diciembre 2024

## Bibliografía

1. Ibáñez Tomás E, Berga Liarte L, Alcalá Millán P, Figuerola Novell J, Eddrhourhi Laadimat H, Zamora Bagüés M. Cuidados de enfermería para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021;2(7):80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8068646>
2. Munkel Ramirez L, Duron Gonzalez R, Bolanos Morera P. Síndrome de muerte súbita del lactante. Medicina legal de Costa Rica [Internet]. 2018;35(1):65–74. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152018000100065&lng=en&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152018000100065&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
3. Monge Jiménez T, Montero Granados C. Síndrome de muerte súbita del lactante. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2010;67(592):215–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=28658>
4. Gorrita Pérez RR, Román Lafont J. Síndrome de muerte súbita del lactante: un tema para la polémica. Revista de Ciencias Médicas de la Habana [Internet]. 2013;19(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48320>
5. Ferrer Marrero D, Sánchez Ojeda Y, Alfonso Barrios G, Palma Machado L. Aspectos epidemiológicos y diagnósticos del síndrome de muerte súbita infantil. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2014;18(3):328–41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-02552014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
6. Quirós González G, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. Muerte súbita del lactante. Medicina legal de Costa Rica [Internet]. 2016;33(1):44–56. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/2215-5287-mlcr-33-01-00044.pdf>
7. Garcia AJ III, Koschnitzky JE, Ramirez J-M. The physiological determinants of Sudden Infant Death Syndrome. Respir Physiol Neurobiol [Internet]. 2013;189(2):288–300. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resp.2013.05.032>
8. Carlin RF, Moon RY. Risk Factors, Protective Factors, and Current Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome: A Review. JAMA Pediatr. 2017;171(2):175–180. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2588414>

9. Spinelli J, Collins-Praino L, Van Den Heuvel C, Byard RW. Evolution and significance of the triple risk model in sudden infant death syndrome. J Paediatr Child Health [Internet]. 2016;53(2):112–5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpc.13429>
10. Fernández Sarabia J, García Rodríguez VE. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. En: Apnea neonatal y su implicación en el síndrome de muerte súbita del lactante [Internet]. Ediciones Ergon; 2013. p. 95–103. Disponible en: <https://www.aeped.es/grupo-trabajo-estudio-muerte-subita-infantil/documentos/libro-blanco-muerte-subita-infantil>
11. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortiz González LC, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1). Factores de riesgo. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2013;15(60):361–70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638755017.pdf>
12. Barsman SG, Dowling DA, Damato EG, Czeck P. Neonatal nurses' beliefs, knowledge, and practices in relation to sudden infant death syndrome risk-reduction recommendations. Adv Neonatal Care [Internet]. 2015;15(3):209–19. Disponible en: [https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/abstract/2015/06000/neonatal\\_nurses\\_beliefs,\\_knowledge,\\_and\\_practices.9.aspx](https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/abstract/2015/06000/neonatal_nurses_beliefs,_knowledge,_and_practices.9.aspx)
13. Tarraga Marcos ML, Romero de Ávila Montoya JM, Tarraga Marcos A, Tarraga López PJ. Síndrome de muerte súbita del lactante. Journal of negative & no positive results [Internet]. 2022;7(3):282–97. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v7n3/2529-850X-jonnpr-7-03-282.pdf>
14. Ruiz Botia I, Cassanello Peñarroya P, Díez Izquierdo A, Martínez Sánchez JM, Balaguer Santamaria A. Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones? Anales de Pediatría (Barcelona, Spain: 2003) [Internet]. 2020;92(4):222–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403319302516?via%3Dihub>
15. Trachtenberg Felicia L., A. Haas Elisabeth, C. Kinney Hannah, Stanley Christina, Krous Henry F. Risk Factor Changes for Sudden Infant Death Syndrome After Initiation of Back-to-Sleep Campaign. Pediatrics [Internet]. 2012;129(4):630–38. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/129/4/630/32332/Risk-Factor-Changes-for-Sudden-Infant-Death>



16. Moon RY. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* [Internet]. 2011;128(5):1341–67. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/128/5/e1341/30900/SIDS-and-Other-Sleep-Related-Infant-Deaths>
17. Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2017;115(5). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n5a33s.pdf>
18. Shapiro-Mendoza CK, Parks S, Lambert AE, Camperlengo L, Cottengim C, Olson C. The Epidemiology of Sudden Infant Death Syndrome and Sudden Unexpected Infant Deaths: Diagnostic Shift and other Temporal Changes. *SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future* [Internet]. University of Adelaide Press, Adelaide (AU); 2018. Disponible en: <https://europepmc.org/article/nbk/nbk513373#abstract>
19. Athanasakis E, Karavasiliadou S, Styliadis I. The factors contributing to the risk of sudden infant death syndrome. *Hippokratia* [Internet]. 2011;15(2):127–31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110293>
20. Herrero MD. Abordaje enfermero del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *Nuberos científica* [Internet]. 2016;3(18):45–51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7501268>
21. García García DE, Silva DM, Moreno Miravalles DM. Síndrome de la muerte súbita del lactante. *CorSalud* [Internet]. 2014;6(1):90–5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2014/cors141o.pdf>
22. Bailey BA, Sokol RJ. Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Research & Health* [Internet]. 2011;34(1):86–91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23580045>
23. Vennemann M, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA. Factores de riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante en el ambiente del sueño: estudio alemán sobre el síndrome de la muerte súbita del lactante. *Pediatrics* [Internet]. 2009;67(4):220–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-factores-riesgo-sindrome-muerte-subita-13137458>

24. Adams SM, Ward do CE, Garcia KL. Sudden Infant Death Syndrome. Am Fam Physician [Internet]. 2015;91(11):778–83. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0601/p778.pdf>
25. Buñuel Álvarez JC, Cuervo Valdés JJ. La lactancia materna se asocia a menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. Evidencias en pediatría [Internet]. 2011;7(3):61. Disponible en: <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/4317>
26. Rossato N. Lactancia materna y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. Archivos Argentinos de Pediatría [Internet]. 2011;109(5):388–90. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2011/v109n5a02.pdf>
27. Caussade DS. Recomendaciones actuales para la prevención de muerte súbita. Neumol Pediatr [Internet]. 2015;10(3):130–3. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/355>
28. Alcívar Mendoza NA, Toledo Santana N. Revisión bibliográfica sobre la lactancia materna exclusiva y su influencia en la salud de la población. QhaliKay Rev Cienc Salud [Internet]. 2022;6(3):41–51. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/4968>
29. Task force on sudden infant death syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics [Internet]. 2016;138(5). Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/138/5/e20162938/60309/SIDS-and-Other-Sleep-Related-Infant-Deaths-Updated>
30. de la Cruz Labrado J. El proceso de duelo por la muerte súbita del lactante. Aspectos psicológicos e intervención con padres y familias. En: Libro blanco de la muerte súbita infantil [Internet]. Ediciones Ergon; 2013. p. 247–55. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_13\\_82521977.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_13_82521977.pdf)
31. Martin K. When a Baby Dies of SIDS [Internet]. Routledge; 1998. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315415819/baby-dies-sids-karen-martin>

## Anexos

### Anexo 1. Cartel divulgativo



# SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

TALLER EDUCATIVO DIRIGIDO A PADRES CON HIJOS RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DE HASTA 6 MESES DE EDAD



**¿CUÁNDO?** SEPTIEMBRE 2024

**¿DÓNDE?** CENTRO DE SALUD ARANJUEZ (CALLE ABASTOS)  
SALA DE REUNIONES, PLANTA BAJA

PARA MÁS INFORMACIÓN NO DUDES EN  
PREGUNTAR AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

*Elaboración propia.*

## Anexo 2. Folleto informativo

### Inscripción

¡¡MUY FÁCIL!!

Para inscribiros, tendréis que rellenar el formulario de inscripción que podréis solicitar al personal de enfermería de pediatría.

Deberéis indicar el número de asistentes por familia (máximo 2) y el grupo en el que deseáis asistir (horario de mañana o tarde)

Tras rellenarlo, tendréis la opción de entregarlo presencialmente al personal de enfermería, o de enviarlo de forma telemática al correo:

[tallermuertesubita@salud.madrid.org](mailto:tallermuertesubita@salud.madrid.org)

### Cronograma

	GRUPO DE MAÑANA (11:00 – 12:30)	GRUPO DE TARDE (17:00 – 18:30)
1ª SESIÓN	16/09/2024	17/09/2024
2ª SESIÓN	18/09/2024	19/09/2024
3ª SESIÓN	23/09/2024	24/09/2024



 Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria

 Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria

 COMILLAS

 ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA

 SAN JUAN DE DIOS

## SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

TALLER EDUCATIVO DIRIGIDO A PADRES CON HIJOS RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DE HASTA 6 MESES DE EDAD

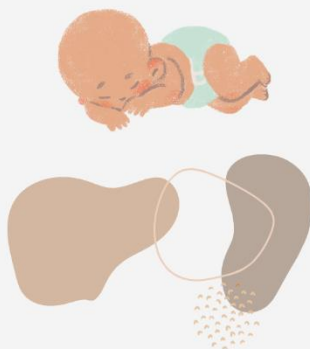


¿CUÁNDO? SEPTIEMBRE 2024

¿DÓNDE? CENTRO DE SALUD ARANJUEZ  
(CALLE ABASTOS)  
SALA DE REUNIONES, PLANTA BAJA

### Objetivos

El objetivo general del taller es aumentar los conocimientos de los padres respecto al síndrome de muerte súbita del lactante, brindándoles información clave para establecer prácticas seguras de sueño para sus hijos, y ayudándoles a identificar los factores de riesgo asociados.



### Contenidos

#### Primera sesión

Datos básicos y generales de la muerte súbita: definición, incidencia, epidemiología, diagnósticos...

Factores de riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante.

- Factores de riesgo del lactante
- Factores de riesgo maternos
- Factores de riesgo ambientales

#### Segunda sesión

- Factores protectores y medidas para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante
- Prácticas seguras para dormir para los lactantes
- Signos y síntomas de alerta del síndrome de muerte súbita del lactante

#### Tercera sesión

- Práctica y desarrollo de maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar en el lactante
- Intercambio de pensamientos y sensaciones sobre la asistencia al taller



Elaboración propia.

## Anexo 3. Formulario de inscripción

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL TALLER SOBRE “EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE”

#### Datos personales – Asistente N°1

Nombre y Apellidos		DNI
Dirección		Código Postal
Número de teléfono	Correo electrónico	

#### Datos personales – Asistente N°2

Nombre y Apellidos		DNI
Dirección		Código Postal
Número de teléfono	Correo electrónico	

A continuación, deberá seleccionar el horario en el que desea asistir a las sesiones. Se ofrecerán 2 grupos, uno de ellos lunes y miércoles en horario de mañana de 11:00 a 12:30, y otro, martes y jueves en horario de tarde de 17:00 a 18:30.

Grupo (Marcar con una X)	Grupo de mañana	Grupo de tarde

En Aranjuez, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

Firma asistente N°1 : \_\_\_\_\_

Firma asistente N°2 : \_\_\_\_\_

*Elaboración propia.*



## Anexo 4. Encuesta final de satisfacción

### **ENCUESTA FINAL DE SATISFACCIÓN DEL TALLER “EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE”**

#### **INSTRUCCIONES**

- Esta encuesta tiene como propósito determinar el grado de satisfacción de los participantes y recoger sus sugerencias con el fin de implementar las mejoras pertinentes en futuras ediciones del taller.
- Por favor, evalúe cada ítem del 1 al 5, donde 1 representa la puntuación más baja y 5 la más alta. Seleccione el número que mejor refleje su experiencia o percepción en relación con el taller, deberá marcar con una “X” la opción escogida para cada uno de los ítems.
- Al final de la encuesta, dispondrá de un apartado donde puede compartir sugerencias y/o comentarios acerca del taller.
- El tiempo del que dispondrá para su realización será de 10 minutos.

*Gracias por su colaboración.*

<b>ORGANIZACIÓN</b>					
<b>ÍTEMS A EVALUAR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Claridad respecto a la información proporcionada previa al taller (objetivos, horario, ubicación, contenidos...)					
Facilidad para la inscripción al taller.					
Planificación de las sesiones (horario, duración, grupos...)					
Estructura y programación general de cada sesión.					
Tiempo empleado en cada dinámica.					
Adecuación de las instalaciones y condiciones del espacio donde se llevaron a cabo las sesiones (iluminación, ventilación, amplitud...)					
La disponibilidad de dos grupos, mañana y tarde, ha facilitado su participación en el taller.					

SESIONES FORMATIVAS					
ÍTEMS A EVALUAR	1	2	3	4	5
El contenido fue claro, lo que facilitó la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes.					
Adecuación de la metodología utilizada.					
La metodología utilizada contribuyó al logro de los objetivos planteados.					
Los objetivos establecidos se ajustaron correctamente a los contenidos abordados.					
Cumplimiento de los objetivos establecidos.					
Adecuación del material didáctico y las herramientas de apoyo utilizadas.					
Grado en que se han cubierto sus expectativas.					

PERSONAL DOCENTE					
ÍTEMS A EVALUAR	1	2	3	4	5
Grado de predominio del tema.					
Claridad en la transmisión de conocimientos.					
El docente estaba dispuesto para ayudar y aclarar dudas.					
El docente tuvo en cuenta las necesidades de los participantes.					
Valoración global que merece el docente.					

VALORACIÓN GLOBAL					
ÍTEMS A EVALUAR	1	2	3	4	5
Grado en que se han cubierto sus expectativas.					
Recomendaría la asistencia al taller a otras familias.					
Valoración global del taller.					

**Sugerencias y/o comentarios:**

*Gracias por su tiempo y participación. Su opinión es fundamental para recoger propuestas que nos ayuden a mejorar de cara a futuras sesiones.*



## Anexo 5. Hoja de asistencia

### HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER SOBRE “EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE”

Sesión número: \_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre	Apellidos	DNI/NIE	Firma

## Anexo 6. Cuestionario pre – post test

### **CUESTIONARIO PRE – POST TEST** **“EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE”**

#### **INSTRUCCIONES**

- Cumplimentará el siguiente cuestionario al iniciar la primera y al finalizar la última sesión, con el fin de valorar la eficacia del contenido teórico expuesto por los docentes.
- El cuestionario consta con 10 preguntas tipo test. Cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta, siendo solo una de ellas correcta.
- Deberá responder en el cuadro de respuestas, localizado en la última página, marcando con una X la opción escogida para cada una de las preguntas.
- El tiempo del que dispondrá para su realización será de 10 minutos.

*Gracias por su participación y dedicación en este taller educativo.*

**1. ¿Cuál es la definición correcta sobre el SMSL?**

- a) Es la muerte de un niño por accidente.
- b) Es la muerte de un niño sin causa aparente que ocurre durante el sueño.
- c) Es la muerte de un niño por una enfermedad crónica.
- d) Muerte de un niño por complicaciones médicas.

**2. ¿Cuál es la edad más común en la que ocurre el SMSL?**

- a) Entre 4 y 6 meses.
- b) Entre 10 y 12 meses.
- c) Entre 7 y 9 meses.
- d) Entre 2 y 4 meses.

**3. ¿Cuál es un factor de riesgo del lactante para el SMSL?**

- a) Lactancia materna exclusiva.
- b) Tener un peso adecuado al nacer.
- c) Prematuridad (nacer <37 semanas de gestación)
- d) Posición decúbito prono (boca abajo) para dormir.

4. **¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo materno?**
  - a) Lactancia materna exclusiva.
  - b) Consumo de alcohol o drogas.
  - c) Lactancia artificial.
  - d) Tener un parto natural.
5. **¿Cuál es la posición recomendada para dormir del lactante?**
  - a) Decúbito supino (boca arriba)
  - b) Decúbito lateral (de lado)
  - c) Decúbito prono (boca abajo)
  - d) La postura para dormir es indiferente.
6. **¿Qué se debe evitar en el entorno seguro para el sueño del lactante?**
  - a) Colchón firme.
  - b) Temperatura adecuada.
  - c) Uso del chupete.
  - d) Objetos sueltos en la cuna.
7. **¿Qué signo puede indicar riesgo de SMSL?**
  - a) Ronquidos.
  - b) Fiebre.
  - c) Apnea.
  - d) Estornudos.
8. **¿Cuál es una de las medidas preventivas importantes para el entorno seguro del sueño del lactante?**
  - a) Uso de almohadas en la cuna.
  - b) Mantener la habitación bien ventilada.
  - c) Temperatura alta en la habitación.
  - d) Colchón suave.
9. **¿Qué práctica de alimentación está asociada como un factor protector contra el SMSL?**
  - a) Lactancia mixta.

- b) Lactancia artificial con fórmula exclusiva.
- c) Lactancia materna exclusiva.
- d) Introducción temprana de alimentos sólidos.

**10. ¿Qué se debe identificar para iniciar una reanimación cardiopulmonar (RCP) en lactantes?**

- a) Parada cardio – respiratoria (PCR)
- b) Fiebre alta.
- c) Fractura de huesos.
- d) Apnea.

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CONSIDERE CORRECTA:

Nº PREGUNTA	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C	OPCIÓN D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

## Anexo 7. Soluciones del cuestionario pre – post test



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA

SAN JUAN DE DIOS



Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria



### SOLUCIONES CUESTIONARIO PRE – POST TEST “EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE”

Nº PREGUNTA	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C	OPCIÓN D
1		✗		
2				✗
3			✗	
4		✗		
5	✗			
6				✗
7			✗	
8		✗		
9			✗	
10	✗			

## Anexo 8. Cuestionario de evaluación a medio y/o largo plazo

### **CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN A MEDIO Y/O LARGO PLAZO DEL TALLER “EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE”**

#### **INSTRUCCIONES**

- Nos ponemos en contacto con usted tras la finalización de las sesiones del taller, haciéndole entrega del presente cuestionario, que deberá cumplimentar y reenviar al siguiente correo electrónico: [tallermuertesubita@salud.madrid.org](mailto:tallermuertesubita@salud.madrid.org)
- Deberá indicar en el asunto del mensaje:
  -  Taller sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.
  -  Grupo de mañana / Grupo de tarde, según el turno en el que asistió a las sesiones.
- Marque con una “X” el momento en el que realiza la evaluación:
  - ☐ Al mes.
  - ☐ A los 3 meses.

*Gracias por su colaboración.*

**1. ¿Considera de utilidad la realización de talleres dirigidos a padres sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)?**

**2. ¿Ha puesto en práctica en su día a día alguna de las habilidades y conocimientos aprendidos en el taller?**

**3. ¿Ha modificado alguna práctica o hábito relacionado con el sueño de su hijo tras la información recibida?**

**4. ¿Siente que la información ha mejorado su confianza y tranquilidad en relación con el cuidado de su hijo?**

**5. Describa brevemente la utilidad que tienen los contenidos abordados en el Taller en su día a día.**



