

# BRUE: muerte aparentemente letal

Los pacientes menores de un año que se presentan con un BRUE se clasifican como pacientes de bajo o alto riesgo sobre la base de la historia y el examen físico. Se caracteriza por una serie de signos y síntomas como la apnea, los cambios de coloración (tanto palidez como cianosis central) y los cambios en el tono muscular (tanto hiper como hipotonía). En algunos casos precisará de la estimulación por parte del cuidador para revertir el cuadro. El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define como: "muerte súbita de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación post mortem, que incluye: práctica de la autopsia, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica".

## Epidemiología

La incidencia descrita de EAL es 0,6-2,64 eventos por cada 1000 niños vivos, aunque se considera infraestimada. Representa el 0,6-1.7% de las visitas de lactantes menores de 12 meses a servicios de urgencias y ocurren con la misma frecuencia independientemente del género

Se monitorizaron siete pacientes (aproximadamente 7/10 000 nacidos), todos varones. La indicación inicial de monitorización CRD fue ALTE de repetición o ALTE grave (cinco casos), hipotonía neonatal grave (un caso) y el hermano de un paciente con SMSL (un caso). La edad media de indicación fue de 59,8 días. Tres tuvieron cumplimiento parcial, y uno retiró precozmente la monitorización

## ETIOLOGÍA

Reflujo gastroesofágico (RGE): puede provocar laringoespasmo que desencadene un EAL. Dado que los vómitos y el RGE son frecuentes en lactantes sanos, la relación de causalidad es difícil de establecer. Cuando el EAL coincide con un vómito o regurgitación y se caracteriza por una apnea obstructiva, podemos sospechar que la causa sea el RGE. No obstante, sólo se podrá establecer el RGE como causa certera del EAL cuando en la monitorización el episodio va precedido de reflujo detectado por pHmetría o impedanciometría.

Infecciones respiratorias: las infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) y Bordetella pueden ser causa de apneas y EAL, por lo que ante un paciente con cuadro catarral y EAL se debería solicitar PCR para Bordetella y antígeno de VRS en aspirado nasofaríngeo.

- Patología neurológica: se trata sobre todo de convulsiones, aunque muchas enfermedades neurológicas pueden dar lugar a EAL. Datos de la historia clínica que nos orientan a una causa neurológica son la desviación ocular o cefálica o la existencia de período postcrítico.

- Maltrato: deberemos sospecharlo en casos de EAL recurrentes en presencia del mismo cuidador. Suele tratarse de cuidadores que han trabajado en el ámbito sanitario y con

antecedentes de enfermedades raras. Los pacientes pueden tener hermanos con enfermedades poco frecuentes o que también hayan presentado episodios de EAL.

- Patología cardíaca: alteraciones del ritmo (síndrome de Wolff- Parkinson-White o del QT largo), miocarditis o anomalías cardíacas neonatales, entre otras.

## FACTORES DE RIESGO

**Tabaquismo materno** En diversos trabajos se ha demostrado el aumento de riesgo de padecer un episodio aparentemente letal si el paciente se ha expuesto a tabaquismo tanto prenatal como postnatalmente. También se ha objetivado un menor número de arousals durante el sueño en los pacientes con que han sufrido un EAL expuestos a tabaco, proporcionando menor capacidad para despertarse en caso de realizar una apnea.

**Prematuridad** Diferentes trabajos demuestran que entre los pacientes que han sufrido un EAL el tanto por ciento de prematuros es muy alto, probablemente debido a la inmadurez de los centros respiratorios

**Dos primeras horas postnacimiento.** La incidencia de EAL grave en las primeras 24 horas es de 2,6 por 100000 recién nacidos vivos (RNV), siendo más frecuente en las primeras dos horas postnacimiento (siendo la incidencia de fallecimientos de 0.32 por cada 100000 RNV). Estos eventos parecen suceder en madres primíparas, durante el contacto piel con piel o lactancia, al estar el recién nacido en decúbito prono sobre la madre, y durante períodos sin supervisión sanitaria. Deben mantenerse las medidas de estímulo a la lactancia materna pero vigilando estos primeros momentos.

**Edad postconcepcional.** Parece duplicarse el riesgo de EAL en los recién nacidos (RN) con edad postconcepcional (EPC) inferior a las 44 semanas. Esto se relaciona con la inmadurez del centro respiratorio, de los mecanismos del despertar y con los reflejos de la vía aérea

## PREVENCION

La medida más influyente es colocar a los lactantes en decúbito supino para dormir, hasta que cumplan un año de edad o hasta que son capaces de voltearse en ambas direcciones (de decúbito prono a supino y al revés). Aunque durante décadas se ha creído lo contrario, la posición en decúbito supino no aumenta el riesgo de atragantamiento ni aspiración, ni siquiera en niños con reflujo gastroesofágico. El uso de chupete para dormir también se relaciona con un menor riesgo, aunque debe postponerse hasta que la lactancia materna se ha establecido sólidamente a. Además, después de tres décadas de haberse utilizado la monitorización

cardiorrespiratoria domiciliaria, se ha visto que no ha disminuido los casos de SMSL, que los monitores dan falsas alarmas con frecuencia, aumentando la ansiedad de los padres y cuidadores, y no se ha podido comprobar que, en casos de apnea realmente peligrosos, den la alerta a tiempo para una actuación eficaz. Las recomendaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría (AAP) son no utilizarla para prevenir el SMSL.

## RELACIÓN ENTRE EAL Y SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Los siguientes datos epidemiológicos se alzan también en contra de una relación entre EAL y SMSL:

- El pico de edad a la que se suelen producir los EAL es inferior al del SMSL. La mayoría de los EAL ocurren por debajo de los 2 meses, mientras que el pico del SMSL se encuentra entre los 2 y los 4 meses
- El EAL se suele producir de día y el SMSL, durante la noche.
- Los factores de riesgo para ambas entidades muestran sólo un modesto solapamiento. Para el SMSL se han identificado claramente 3 factores de riesgo: la posición en decúbito prono durante el sueño, la ausencia de lactancia materna y el consumo de tabaco durante el embarazo. Entre ellos sólo el último se ha asociado con los episodios de EAL y únicamente en algunos estudios
- La postura en supino durante el sueño ha disminuido de forma considerable la incidencia de SMSL, manteniéndose constante la de los EAL.

## Bibliografía

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_138244\\_4585.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_138244_4585.pdf)

[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii01/04/n1-037-045\\_MariaMartin.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii01/04/n1-037-045_MariaMartin.pdf)

<http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/07/Protocolo-SEPHO-EAL-BRUE-1.pdf>

[http://archivos.pap.es/files/1116-2259-pdf/02\\_RPAP\\_73\\_Modificacion\\_ALTE.PDF](http://archivos.pap.es/files/1116-2259-pdf/02_RPAP_73_Modificacion_ALTE.PDF)

[https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer0/2016/Com\\_RoccaRivarola\\_anticip0\\_27-10-16.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer0/2016/Com_RoccaRivarola_anticip0_27-10-16.pdf)