



Tema:
Brief Resolved Unexplained Events
(BRUE).

1-10-2020

Nombre del alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Nombre del docente: Marín Saúl Peraza.

Semestre: 3er semestre parcial: 2do parcial.

Carrera: MEDICINA HUMANA.

Materia: crecimiento y desarrollo.



Introducción:

En esta investigación podremos saber que un brief resolved unexplained correo de ventilación (o BRUE para abreviar) se produce de repente y puede ser aterrador para los padres y cuidadores. Un evento inexplicable resuelto brevemente es un diagnóstico realizado después de que el médico o el profesional de la salud de su bebé hayan examinado a su bebé y haya determinado que no se conoce la causa del evento.

Cuando ocurre un evento breve e inexplicable resuelto, los bebés parecen dejar de respirar, el color de su piel puede cambiar a pálido o azul, sus músculos pueden relajarse o tensarse, o pueden parecer que se desmayan. Después de un breve período de tiempo, se recuperan (con o sin ayuda médica) y pronto vuelven a la normalidad.

Aunque nunca podemos decir que un bebé que ha tenido un evento inexplicable brevemente resuelto *no tiene* riesgo de problemas futuros, podemos decir que los bebés tienen un riesgo menor si

- Tienen más de 60 días.
- Nacieron a tiempo (no prematuros).
- No necesitaron RCP (reanimación cardiopulmonar) por parte de un profesional de la salud.
- El breve evento inexplicable resuelto duró menos de 1 minuto.
- Este fue su único evento de este tipo.

Brief Resolved Unexplained Events (BRUE).

En la historia de la medicina existen múltiples ejemplos de definiciones o términos que a través de su asociación con enfoques y prácticas modificaron los cuidados de la salud y posiblemente mejoraron los resultados. Entre ellos podemos nombrar el testículo agudo, el abdomen agudo quirúrgico y el síndrome metabólico, el término ALTE o evento de aparente amenaza a la vida, establecido por un consenso de expertos en 1986 se originó para resolver los inconvenientes con la denominación “síndrome de muerte súbita frustra o abortada” utilizada hasta ese momento, por no contar esta con evidencia que la relacionara con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Los eventos de ALTE pueden darse en vigilia o sueño y epidemiológicamente su mayor incidencia ocurre a menor edad, de una a tres semanas antes que la del SMSL.

Se definió al ALTE como aquel episodio inesperado y brusco que alarma al observador y representa para éste una situación de muerte inminente o real. Se caracteriza por la combinación de algunos de los siguientes signos: pausa respiratoria, ahogo o arcada, cambio de color (cianosis, palidez o rubicundez) y alteraciones en el tono muscular. Una de las conclusiones de un trabajo nuestro publicado en 1995, cuya última corrección recuerdo con agrado fue realizada por el Dr. Carlos Gianantonio, fue que el ALTE no constituía un diagnóstico en sí mismo, sino simplemente una forma de presentación clínica. La difusión del acrónimo y sus derivaciones prácticas generaron inicialmente una mejora en los procesos diagnósticos, diferenciándose por un lado el ALTE menor o mayor según los requerimientos de estimulación o reanimación cardiovascular para modificar la evolución de dicho evento y por otro, según el diagnóstico final en idiopático y ALTE secundario a diversas patologías. Con el transcurso de los años, diferentes consensos reforzaron la necesidad de una adecuada historia clínica y un examen físico cuidadoso para avanzar selectivamente con un plan de estudios coherente basado en la experiencia clínica y para los casos graves.

.Sin embargo, la conducta médica muchas veces se inclinó a realizar una cascada de pruebas diagnósticas incluyendo la hospitalización del paciente, a pesar de que esto podría generar un riesgo innecesario y en muchas ocasiones era poco probable

que condujera a un diagnóstico tratable. La definición de ALTE generó incertidumbre en los profesionales por definir de manera imprecisa al evento, al incluir en la misma la impresión subjetiva del observador relacionado al riesgo de vida o sensación de muerte inminente. Dicha impresión provocó una respuesta asistencial y diagnóstica muchas veces excesiva y basada más en una actitud defensiva que en el conocimiento científico, evidenciándose de esa manera lo inadecuado del término elegido. Recientemente, la Academia Americana de Pediatría (AAP) publicó una nueva guía de práctica clínica que recomienda la sustitución del término ALTE con un nuevo término, BRUE (del inglés "Brief Resolved Unexplained Events") o en español, eventos breves, resueltos e inexplicados. Los autores definen BRUE como un acontecimiento observado en niños menores de 1 año de edad, repentino y breve (de menos de un minuto de duración), resuelto en el momento de la consulta, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos: cianosis o palidez, respiración irregular, ausente o disminuida, marcado cambio en el tono muscular (hiper- o hipotonía) o alteración del nivel de capacidad de respuesta.

La propuesta actual también agrega que un evento se denomina BRUE sólo cuando no hay una explicación para el mismo después de realizar una adecuada anamnesis y examen físico. Se revisó de manera muy detallada por parte del subcomité de ALTE de la Academia Americana de Pediatría la evidencia científica desde 1970 a 2014 para desarrollar las primeras recomendaciones para el manejo de los lactantes con un BRUE (eventos breves, resueltos e inexplicados).

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.

La guía clínica de BRUE de 2016 integra el antecedente de edad gestacional y de edad post-concepcional como un marcador relevante en la definición de paciente de bajo riesgo, incluyendo a todo aquel lactante mayor de 60 días o recién nacidos de pre término de 32 semanas en adelante con una edad gestacional corregida de 45 o más días, que no necesitaron reanimación cardiopulmonar por un profesional de salud, con un evento de menos de un minuto y que no presente recurrencia. Para estos pacientes la guía no recomienda hospitalización. Sin embargo, se sugiere considerar la observación en el recinto de urgencia por 1 a 4 horas y la posibilidad de realizarse algunos exámenes con resultados rápidos. La edad y la pre madurez, son factores relevantes en estos lactantes, y punto fundamental para realizar la división entre BRUE de bajo o alto riesgo. Esto ha sido reportado en varios estudios. Tieder y cols, en una revisión sistemática, demostraron que a menor edad el riesgo de repetir eventos de ALTE durante la hospitalización es significativamente mayor en menores de 6 meses. En esta línea, dos estudios chilenos de ALTE reportaron que la mayor parte de los casos sucede antes de los 6 meses, con un alza de los casos alrededor del 2º mes de vida. Otros autores, han demostrado que una edad gestacional corregida < 43 semanas, aumenta hasta en 5,2 veces el riesgo de repetir un evento.

La recurrencia de eventos durante o después de hospitalizaciones se ha relacionado con convulsiones o maltrato infantil. Claudius evaluó el riesgo de múltiples ALTE, 24 horas previo a la hospitalización y encontró mayor probabilidad de recurrencia y gravedad. La utilización de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es un criterio de gravedad e indicación de hospitalización en distintos consensos de manejo de ALTE, pese a la incerteza de su real necesidad. La guía de BRUE lo avala sólo cuando las maniobras RCP son realizadas por personal de salud entrenado.

Recomendaciones para BRUE de bajo riesgo:

En el caso de BRUE de bajo riesgo no están indicados estudios neuroimagen, radiografías de tórax, exámenes de sangre, de orina; tampoco estudios de sueño, terapias antiepilépticas ni otros medicamentos. Estas conductas están respaldadas por una serie de estudios que incluye la nueva guía de la AAP. La hospitalización no estaría indicada, situación re forzada recientemente con un Meta análisis que incluyó 12 artículos y 3.005 pacientes, donde se evaluó el riesgo de muerte post ALTE/ BRUE. Los autores concluyeron que el riesgo de muerte es similar al riesgo de un lactante que no presentó este evento.

Puede considerarse la monitorización con oximetría de 1 a 4 horas en el centro asistencial tanto como la realización de electrocardiograma y estudios para descartar como casusa una infección por Bordetella pertussis. Según el consenso americano, la monitorización durante 1 a 4 horas de signos vitales y oximetría es una posibilidad que podría plantearse, puesto que la recurrencia se presenta en un 12 y 16% de estos pacientes. En caso de presentarse nuevos episodios, es considerado un paciente de riesgo y tendría indicación de hospitalizar. Pese a la baja frecuencia de alteraciones cardiovasculares en el contexto de estos eventos, se puede identificar arritmias u orientar sobre alteraciones estructura les mediante un electrocardiograma, cuyo diagnóstico puede ser relevante para evitar eventos graves posteriores. Se ha reportado infección por Bordetella Pertussis y ALTE, especialmente si existen factores epidemiológicos identificables en ausencia de inmunización a la madre y/o al lactante. Los estudios nasofaríngeos moleculares actuales proporcionan un diagnóstico rápido de la infección.

Conclusión:

En reducción, BRUE es un término aceptado que se basa en un consenso que nos podría permitir optimizar el recurso en salud en nuestro medio. La anamnesis es el pilar diagnóstico para poder determinar el riesgo. Si el riesgo es bajo, se pueden seguir recomendaciones de la AAP planteados en la guía de BRUE y descritas en este artículo. Sin embargo, si el riesgo es alto, se deberían seguir protocolos locales. Resulta de relevancia incorporar las sugerencias dirigidas a los padres sobre educación en el concepto de BRUE y de RCP.

Bibliografías:

1.- National Institutes of Health Consensus: Development Conference on Infantile Apnea and Home Monitoring. Consensus Statement. Pediatrics. 1987;79:292-9.

2.- Zenteno D, Peña R, Fuentes C, Tapia J, Verbal D, Rodríguez I. Efecto de un enfoque estandarizado en lactantes hospitalizados por eventos de aparentemente amenaza a la vida. Biomédica. 2018; 38: 479-85.

3.- Zenteno D, Bancalari A, Navarro X, Díaz V, Rodríguez-Núñez I, Brockmann P. Diagnóstico de los trastornos respiratorios del sueño en recién nacidos con sospecha de apneas: comparación entre la saturometría nocturna y la poligrafía. Rev Chil Pediatr. 2017;88:759-64.

4.- Rocca Rivarola M, Jenik A, Kenny P, Agosta G, et al. Evento de aparente amenaza a la vida. Experiencia de un enfoque pediátrico interdisciplinario. Arch Argent Pediatr 1995;93(2):85-91.

5.- Kahn A, Rocca Rivarola M. ¿Qué es un evento de aparente amenaza a la vida (ALTE)? Arch Argent Pediatr 2001;99(1): 77-9

Mi Universidad