

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. SAUL PERAZA MARIN

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: PEDIATRIA

TEMA: BRUE (Brief Resolved Unexplained Events)

UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 6° "A"

FECHA DE ENTREGA: 01-OCTUBRE-2020



INTRODUCCION

En el año 1970, los conceptos de síndrome de muerte súbita del lactante y muerte súbita abortada comienzan a ser mencionados en la literatura, este último específicamente utilizado para referirse a aquellos pacientes que sufrían un evento aparentemente mortal pero que lograban vivir. Para similares presentaciones clínicas se empleaban los términos de muerte súbita frustra, crisis de apnea o crisis de cianosis, sin existir una categorización del riesgo que implicaba el episodio.

En 1986 el Instituto Americano de Salud y Desarrollo Humano plantea el concepto de ALTE, del inglés "Apparent Life-Threatening Events", el cual paulatina mente se va incorporando en distintas instancias científicas internacionales hasta ser recomendado en 1994 por la Academia Americana de Pediatría (AAP). Luego de esto, se generó un notorio aumento de las investigaciones y publicaciones al respecto. Entre los años 2003 y 2005, se publican los consensos europeo² y latinoamericano de ALTE. El año 2014, un grupo de especialistas de distintos centros asistenciales de nuestro país, publican el primer consenso de ALTE en Chile, conforme a la realidad de nuestro medio y a recomendaciones internacionales.

Recientemente, en el 2016, el Subcomité de ALTE de la Sociedad Americana de Pediatría recomienda un nuevo concepto, en el marco de la publicación de una guía clínica para el enfrentamiento clínico de estos lactantes, donde sugiere modificar el término de ALTE por BRUE.

BRUE del inglés Brief Resolved Unexplained Events, definido como eventos breves, resueltos e inexplicados, basándose en nuevas investigaciones, avances en medicina clínica y el análisis sobre el recurso en salud empleado. Sin embargo, se limita a comparar los casos de ALTE menor con BRUE, dejando de lado a las situaciones de ALTE de riesgo mayor.

El concepto de BRUE corresponde a un evento que ocurre en menores de un año, presentado en forma brusca, corta (menos de 1 minuto) y resuelta, sin necesidad

de reanimación. Incluye, uno o más de los siguientes criterios: cambio del patrón respiratorio (apnea, disminución o irregularidad), cambio del color (cianosis o palidez), alteración del tono muscular o de la conciencia y que, luego de una historia clínica y examen físico completo, no se encuentre explicación.

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.

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.

Tabla 1. Diferencias entre ALTE Y BRUE.

ALTE (1987)	BRUE (2016)
<p>Episodio brusco e inesperado, caracterizado por:</p> <p>Apnea (central u ocasionalmente obstructiva)</p> <p>Cambio de color (cianóticos o pálidos, o en ocasiones eritematosa)</p> <p>Cambio en tono muscular (marcada flacidez)</p> <p>Asfixia o náuseas</p> <p>Observador cree que el niño ha muerto</p>	<p>Lactante menor 1 año, con un episodio brusco, corto (menor 1 minuto) mas o igual 1 de los sig. Criterios.</p> <p>Respiración irregular, disminución de FR o ausente = “cambio de patrón”</p> <p>Cianosis o palidez</p> <p>Marcado cambio de tono</p> <p>Nivel de conciencia alterado</p> <p>Sin explicación luego de anamnesis y examen físico.</p>

Este nuevo término proporciona un enfoque para la evaluación del paciente que se basa en el riesgo de que el lactante sufra nuevos episodios o tenga un trastorno subyacente grave. Ofrece recomendaciones de manejo basadas en la evidencia, o puntos clave, para los pacientes de bajo riesgo, cuya historia y examen físico son normales. Sin embargo, no ofrece recomendaciones para los pacientes de alto riesgo, cuya historia y examen físico sugieren la necesidad de una mayor investigación y tratamiento (por falta de pruebas o la disponibilidad de guías de práctica clínica específicas para su manejo).

CAUSAS MAS FRECUENTES

1._Reflujo gastroesofágico (RGE). Es muy frecuente en los lactantes, por lo que es importante reflexionar antes de atribuir un episodio de este tipo al RGE. Está demostrado que puede causar apnea e hipoxia por laringoespasma y aspiración, siendo la causa más frecuente de ALTE. Las características que sugieren RGE son: atragantamiento, regurgitación, arcada o vómito, tos durante el episodio, que con frecuencia es posterior a una toma.

2._Maltrato. Es una causa probada de episodios apneicos y de ALTE, a menudo difícil de diagnosticar, por lo que es importante tenerla en cuenta siempre que se valore algún lactante con muerte súbita o BRUE/ ALTE. La forma más frecuente es el trauma craneal y hay que tener en cuenta que la mortalidad de los ALTE de esta etiología es alta (hasta el 30% según las series).

3. Infecciones respiratorias. Son la causa de aproximadamente un 8% de los ALTE. Los patógenos más frecuentes son el virus respiratorio sincitial (VRS) y B. pertussis. En presencia de síntomas respiratorios, hay que considerar la infección como una posible causa de un ALTE/BRUE.

4. Infecciones bacterianas invasivas. Es raro que estas infecciones (meningitis, bacteriemia, infección del tracto urinario, neumonía) sean causa de un BRUE: estos lactantes suelen estar febriles y con afectación del estado general en su presentación.

5. Crisis epilépticas. Los síntomas sugestivos en el episodio son: alteración de la consciencia, obstrucción respiratoria, mirada fija y/o desviada, movimientos tónico-clónicos o sacudidas, hipo o hipertonia, además de alteraciones físicas previas, como micro o macrocefalia y fenotipo dismórfico.

6. En los lactantes más mayores, pueden considerarse los espasmos del sollozo como posible causa de un ALTE/BRUE (a partir de los 6 meses de edad). Son espasmos laríngeos desencadenados por: sorpresa, enfado, miedo, frustración, que pueden producir apnea, llegando a la pérdida de consciencia, con palidez o cianosis acompañantes y con hipotonía en los casos más graves.

7. Patologías cardiacas: arritmias (taquicardia supraventricular, síndrome de preexcitación, síndrome de QT largo congénito, síndrome de Brugada), miocarditis y miocardiopatías congénitas (cardiopatía hipertrófica o dilatada). Hay que considerarlas en pacientes con antecedentes de muerte súbita en familiares de primer grado y en lactantes que presentan dificultad para la alimentación, con diaforesis o cianosis.

8. Habrá que tener en cuenta un posible síndrome de apnea obstructiva del sueño en lactantes con malformaciones craneofaciales (micrognatia, principalmente), laringomalacia, enfermedades neuromusculares, acondroplasia, síndrome de Prader Willi, síndrome de Down o malformación de Chiari.

9. Los errores innatos del metabolismo (sobre todo, las alteraciones en la oxidación de los ácidos grasos y las alteraciones del ciclo de la urea) pueden ser la causa de hasta el 5% de los ALTE.

CUADRO CLINICO

Incluye uno o más de los síntomas y signos siguientes: apnea, cambios en el color (palidez, rubicundez, cianosis y plétora), tono muscular (flacidez y rigidez), asfixia, sofocación o tos. Estos episodios pueden necesitar estimulación o resucitación para estimular al niño y reiniciar la respiración normal.

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

La evaluación de un evento inicialmente consiste en una anamnesis completa, que incluye

- Observaciones del cuidador que presenció el evento, en particular descripción de los cambios en la respiración, color, tono muscular y de los ojos, sonidos emitidos; duración del episodio; y signos precedentes como dificultad respiratoria o hipotonía
- Intervenciones realizadas (p. ej., estimulación suave, respiración boca-boca, RCP)
- Consumo prenatal (materno) y familiar actual de drogas, tabaco y alcohol
- Información acerca del parto del lactante (p. ej., edad gestacional, complicaciones perinatales)
- Hábitos alimentarios (si ha habido arcadas, tos, vómitos o escaso aumento de peso)
- Antecedentes de crecimiento y desarrollo (p. ej., percentiles de longitud y peso, hitos del desarrollo)
- Eventos anteriores, incluyendo enfermedad reciente o traumatismo
- Exposición reciente a enfermedades infecciosas
- Antecedentes familiares de eventos similares muertes prematuras, síndrome de QT largo u otras arritmias o posibles trastornos causales.

Examen físico

Se realiza un examen físico para verificar signos vitales anormales, signos respiratorios, malformaciones y deformidades evidentes, alteraciones neurológicas (p. ej., postura, caída inadecuada de la cabeza), signos de infección

o traumatismos (en particular, hemorragia retiniana en el fondo de ojo) e indicadores de un posible abuso físico.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Los posibles BRUE se clasifican como de bajo o alto riesgo según la anamnesis y el examen físico.

CRITERIOS PARA DESIGNACIÓN DE MENOR RIESGO

Edad > 60 días • La edad gestacional \geq 32 semanas y postconcepcional \geq 45 semanas • No recurrente • No requirió reanimación cardiopulmonar (RCP) realizada por personal de salud capacitado o persona altamente capacitada. • No hay características en la historia de preocupación (por ejemplo, fiebre o infección, un posible abuso infantil, historia familiar de muerte súbita inexplicada, exposición a sustancias tóxicas) • No hay hallazgos preocupantes examen físico (por ejemplo, hematomas, soplos cardíacos, organomegalia).

ALTO RIESGO

Incluyen a todos aquellos que no cumplan con los criterios de bajo riesgo. Las nuevas pautas no contienen recomendaciones para su evaluación y manejo.

PRONOSTICO

Muy a menudo, BRUE es inofensivo y no es un signo de problemas de salud más graves o la muerte. Es poco probable que BRUE sea un factor de riesgo para el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS).

Lactantes de bajo riesgo

Los padres y los cuidadores deben recibir educación sobre los eventos breves resueltos no explicados (BRUE) y entrenamiento en RCP y cuidados seguros para lactantes. La monitorización cardiorrespiratoria no es necesaria. Los lactantes deben ser reevaluados dentro de las 24 horas.

Lactantes de alto riesgo

Se trata la causa si se la identifica.

Si los padres y cuidadores están interesados y parecen ser capaces de usarlos, se les pueden recetar dispositivos de control de la apnea para usar en el hogar durante un período específico. Los monitores deben estar equipados con grabadores de eventos. Se debe enseñar a los padres cómo usar el monitor e informarles que las falsas alarmas son frecuentes y que la monitorización domiciliaria no ha mostrado reducir la tasa de mortalidad. Asimismo, debe eliminarse la exposición al humo del tabaco.

Los lactantes que no fueron hospitalizados deben recibir seguimiento con su médico de atención primaria dentro de las 24 horas.

BIBLIOGRAFIA

- Manuel Rocca Rivarola. (2011). BRUE: Un nuevo término y enfoque que podría mejorar nuestra práctica. 2016, de 2016 Sitio web: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primeros/2016/Com_RoccaRivarola_anticipo_27-10-16.pdf.
- Martín Díaz. (2019). Episodio aparentemente letal y muerte súbita. 2019, de Pediatría Integral Sitio web: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii01/04/n1-037-045_MariaMartin.pdf.
- Christopher P. Raab. (2019). Eventos de aparente amenaza a vida y eventos breves, resueltos e inexplicados. 2019, de Manuales MSD Sitio web: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-diversos-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/eventos-de-aparente-amenaza-a-vida-y-eventos-breves-resueltos-e-inexplicados>.
- Daniel Zenteno-Araos, Javiera Díaz-Silva, Pablo Brockmann-Veloso. (2020). Aplicación de una nueva terminología “BRUE: Eventos breves, resueltos e inexplicados”. Definiciones y recomendaciones. *Scielo*, 1, 15.
- MSc. Dra. Daisy Hevia Bernal, MSc. Dra. Leisy Perea Hevia, MSc. Dra. Elena Povea Alfonso, MSc. Dra. Regla Broche Cando, MSc. Dra. Leicy Ortega Perdomo, Dr. Carlos Alberto Perea Ruiz. (2013). Caracterización actualizada ALTE. *Scielo*, 1, 13.