

# [Episodio Aparentemente Letal]



## [Módulo Lactantes]

**Autores:**

**Alicia Llombart Vidal y María del Carmen Vicent Castelló**

Fecha de elaboración: Mayo 2015.

Fecha de consenso e implementación: Junio 2015.

Fecha prevista de revisión: 2018.

Nivel de aplicación: R1



El episodio aparentemente letal (EAL) se considera como aquel suceso que aparece de manera súbita en un lactante y que impresiona de riesgo vital para el observador. Se caracteriza por una serie de signos y síntomas como la apnea, los cambios de coloración (tanto palidez como cianosis central) (Anexo 1) 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.

La incidencia, aunque se calcula infraestimada, es de 0.6-2.6 eventos por cada 100.000 nacidos vivos. Se distribuye de manera equitativa entre géneros y la edad de presentación más frecuente se sitúa entre la 1ª semana y los 2 primeros meses de vida. Hasta en un 7% de los casos proporciona fallecimiento del paciente.

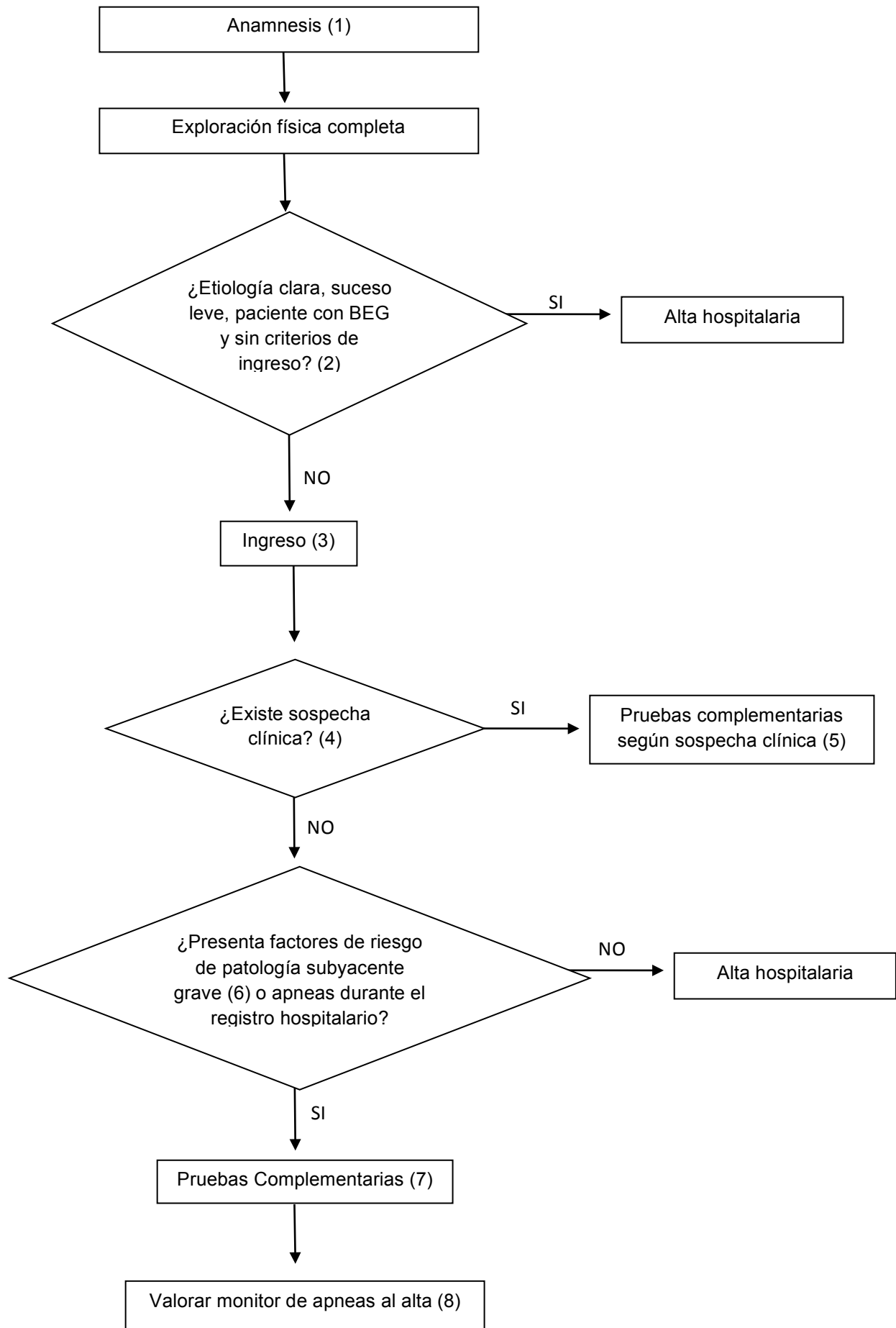
En cuanto a la etiología, en >30% de los casos no vamos a encontrar un diagnóstico claro. En el resto, los diagnósticos más frecuentes son: RGE, infecciones (del tracto respiratorio, del tracto urinario, septicemias, etc.) y convulsiones. Los malos tratos se deben de considerar en aquellos casos en que exista discrepancia en la anamnesis entre cuidadores, retraso en solicitar atención médica, o si encontramos signos sugerentes en la exploración física como serían las hemorragias retinianas.

Existen dos factores de riesgo claro; por una parte la edad posconcepcional <43-44 semanas debido a la inmadurez del centro respiratorio y de los mecanismos del despertar, y por otra parte las primeras horas posnacimiento, sobretodo las 2h primeras, relacionado en este caso con el contacto piel con piel o la lactancia, fundamentalmente en mujeres primíparas.

También existen factores de riesgo para presentar un EAL más grave como son: la edad posconcepcional <43 semanas y/o <30 días de vida, ser prematuro, presentar más de un episodio en 24h o padecer una enfermedad de base como podría ser un Sdr. de Down o una cardiopatía congénita.

Existen diferencias clínica en cuanto al síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) aunque su separación como entidades clínicas diferentes no esta claramente establecida. (Anexo 2)

En cuanto al manejo de los pacientes con EAL se propone el siguiente protocolo:



- (1) La anamnesis debe recoger 4 aspectos fundamentales; comprobar si el suceso que nos cuentan es realmente un EAL, si ha habido cianosis, cuál ha sido la gravedad del suceso, es decir, si ha precisado estimulación o reanimación, y los antecedentes personales del paciente.
- (2) Los criterios de ingreso serían: paciente <43 semanas de edad posconcepcional (Edad posconcepcional (EPC) = edad gestacional + edad posnatal) y/o <30 días de vida, prematuridad, haber tenido más de 1 episodio en 24 horas, antecedentes médicos importantes o precisar de tratamiento concomitante hospitalario (oxigenoterapia, antibioterapia iv, anticonvulsivantes, etc.).
- (3) Ingreso con monitor cardiorrespiratorio y pulsioximetría durante un mínimo de 24h.
- (4) Diagnóstico diferencial de causas de EAL (anexo 3).
- (5) Valorar individualmente las siguientes exploraciones según la patología asociada:
  - a. Infecciosa: estudio de orina, urocultivo, hemocultivo, LCR, coprocultivo, virus en heces
  - b. Respiratoria: PCR de VRS y/o Bordetella
  - c. Cardiológica: ECG, Holter
  - d. Metabólica: estudio metabólico en sangre y orina
  - e. Neurológica: estudio de imagen, EEG
  - f. Digestiva: pHmetría
  - g. Maltrato: prueba de imagen cerebral, fondo de ojo, serie ósea, tóxicos en orina
  - h. ORL: radiografía lateral de laringe
- (6) Factores de riesgo de patología subyacente grave: episodios previos de EAL, muertes prematuras inexplicables en familiares de primer grado, episodios recurrentes, necesidad de maniobras de reanimación, exploración física alterada o pruebas complementarias anormales (en caso de haberlas realizado).
- (7) Pruebas complementarias a realizar (de forma escalonada):
  - a. Analítica: hemograma, gasometría, ionograma, aminotransferasas, urea, creatinina, PCR, glucemia, amonio, lactato, piruvato
  - b. Tira reactiva y sedimento de orina
  - c. ECG
  - d. Rx de tórax
  - e. Determinación de PCR para VRS y/o Bordetella (si el contexto lo sugiere)
  - f. Determinación de tóxicos en orina
  - g. Ecografía transfontanelar u otra prueba de imagen
  - h. Fondo de ojo
  - i. EEG
  - j. Estudio metabólico en sangre y orina
  - k. Estudio de RGE

- (8) El monitor de apneas estaría indicado en aquellos pacientes con riesgo de padecer un EAL grave o en aquellos lactantes con afectación de la vía aérea, neumopatía crónica o respiración irregular. Hay que informar a los padres de que estos aparatos no diferencian los fallos en los registros por captación y que por tanto pueden dar falsas bradicardias y/o apneas. Más importante que el monitor de apneas, es instruir a los padres en una correcta actuación frente un EAL, tanto a nivel de estimulación (evitando siempre el zarandeo) como de reanimación cardiopulmonar básica.

Anexo 1.

Definición de:

- *Apnea*: Se considera apnea patológica todo episodio de ausencia de flujo respiratorio de duración superior a 20 segundos, independientemente de la repercusión clínica que pueda tener, y también los episodios de ausencia de flujo de vía aérea de menor duración que se acompañan de repercusión cardiocirculatoria (bradicardia y/o hipoxemia).
- *Cianosis central*: Coloración azulada de la piel y las mucosas por la presencia de sangre desoxigenada en sangre arterial. Se diferencia de la cianosis periférica en que la cianosis central afecta a mucosas (en especial de la boca y de la lengua).

Anexo 2.

	EAL	SMSL
Relación con el sueño	<ul style="list-style-type: none"><li>• No relacionado con decúbito prono</li><li>• Suele ocurrir con el paciente despierto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumenta R con decúbito prono</li><li>• Suele ocurrir con el paciente dormido</li></ul>
Edad del paciente	Entre la 1ª semana y los 2 meses de vida (sobretudo si <43 semanas de EPC)	Entre los 3-4 meses
Edad de la madre	Distribución normal a la media	Edad menor de la media
Multiparidad	No aumenta el riesgo	Aumenta el riesgo
Distribución por género	De forma equitativa entre géneros	Más prevalente en varones

Anexo 3.

<p><b>Gastroenterológicas (33%):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RGE patológico</li> <li>• GEA</li> <li>• Disfunción esofágica</li> <li>• Abdomen quirúrgico</li> <li>• Disfagias</li> </ul>	<p><b>Cardiovasculares (1%):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatía congénita</li> <li>• Miocardiopatía</li> <li>• Arritmias cardíacas / QT prolongado</li> <li>• Miocarditis</li> </ul>
<p><b>Apnea idiopática de la infancia (23%)</b></p>	<p><b>Endocrino-metabólicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Errores innatos del metabolismo</li> <li>• Hipoglucemia</li> <li>• Trastornos electrolíticos</li> </ul> <p><b>Infecciosas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepsis</li> <li>• Infección del tracto urinario</li> </ul> <p><b>Otros diagnósticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maltrato infantil</li> <li>• Sdr. del bebé zarandeado</li> <li>• Espasmo del sollozo</li> <li>• Semiahogamiento</li> <li>• Reacción a medicamentos o tóxicos</li> <li>• Anemia</li> <li>• Respiración periódica</li> <li>• Sdr. de Munchausen por poderes</li> </ul>
<p><b>Neurológicas (15%):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis</li> <li>• Apnea central/hipoventilación</li> <li>• Meningitis encefalitis</li> <li>• Hidrocefalia</li> <li>• Tumor cerebral</li> <li>• Trastornos neuromusculares</li> <li>• Reacción vasovagal</li> </ul>	
<p><b>Respiratorias (11%):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VRS</li> <li>• Tos ferina</li> <li>• Aspiración</li> <li>• CVA</li> <li>• Hiperreactividad bronquial</li> <li>• Cuerpo extraño</li> </ul>	
<p><b>ORL (4%):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laringomalacia</li> <li>• Estenosis subglótica y/o laríngea</li> <li>• Apnea obstructiva del sueño</li> </ul>	

## Bibliografía

1. García Fernández de Villalba M., Climent Alcalá F.J.. Episodio aparentemente letal en la práctica clínica. Anales de Pediatría Continuada. 2014;12.
2. [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_13824\\_44585.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_13824_44585.pdf)
3. Esparza Olcina MJ. Abordaje de los episodios aparentemente letales en lactantes: revisión sistemática. Evid pediatr. 2014;10:75.