COMENTARIO EDITORIAL

Comentario sobre:
Muerte inesperada del lactante. Análisis de 591 casos

Sudden infant death. 591 cases analysis

Arch Pediatr Urug 2017; 88(1):12-18

El artículo "Muerte inesperada del lactante. Análisis de 591 casos" muestra algunos aspectos del camino recorrido en cuanto a la manera de enfocar cada caso de muerte inesperada de un lactante. Las recomendaciones internacionales para disminuir su incidencia pasaron, en relativamente pocos años, de llamarse en 1992 "*Back to sleep campaign*" -*Campaña dormir boca arriba*- para la reducción del riesgo de muerte súbita del lactante, a ser en 2011 "*SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment"* –SMSL y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño: expansión de las recomendaciones para un entorno de sueño seguro durante el primer año de vida-. Esta campaña se actualizó en 2016[1].

Este cambio obedeció a la percepción que la muerte por sofocación y la muerte súbita coinciden en el momento de mayor frecuencia, entre los 2 y 6 meses. Cuando se hace el diagnóstico de muerte por sofocación, no se considera muerte súbita.

Sin embargo, debemos recordar que la falla en el mecanismo del microdespertar al que se atribuyen los casos de muerte súbita, se da en un entorno desfavorable, durante el primer año de vida, en un niño vulnerable. Ese entorno desfavorable puede ser la temperatura ambiental elevada, el exceso de abrigo, el humo de tabaco, o la presencia de objetos sueltos y/o blandos junto al niño. Como vemos, se superponen las circunstancias que pueden llevar a una muerte súbita o a una muerte por sofocación.

Esta reflexión se debe a que el cambio de clasificación puede dar una falsa impresión de disminución de un diagnóstico o aumento del otro cuando en realidad comparten los mecanismos fisiopatológicos y el periodo etario del niño. De todos modos, el objetivo final es trabajar por un entorno de sueño seguro.

Otro punto a considerar es la forma de enfrentar cada caso de muerte inesperada. Desde 2004 en adelante se han definido las "buenas prácticas clínicas" en la investigación de todo caso de muerte inesperada de un lactante, basadas en la historia clínica completa, el examen posmortem detallado y la investigación de las circunstancias de la muerte[2]. El más actual es el Kennedy Report[3] que añadió el trabajo conjunto de la policía y el pediatra durante el relevamiento de la historia clínica del niño y el examen de la escena de muerte, y la inclusión de un equipo interdisciplinario especializado para el análisis del caso, incluyendo la necesidad de dar apoyo a la familia.

El Programa MIL comenzó en Montevideo, Uruguay, el 1º de octubre de 1998 como una necesidad de integrar los aspectos pediátricos, patológicos y médico-legales, y formular políticas sanitarias válidas[4]. El protocolo del Programa MIL incluye el estudio anátomo-patológico, la entrevista familiar y la revisión de la historia clínica del niño.

Otros protocolos internacionales ponen especial énfasis en el examen del lugar del hecho, es decir, de las circunstancias en que fue encontrado el niño. El sesgo de recuerdo puede hacer que algunos detalles importantes para un correcto diagnóstico pasen desapercibidos cuando la entrevista a la familia se realiza varios días después del hecho. El protocolo de la Asociación Española de Pediatría incluye una lista exhaustiva de las cosas que se deben observar en el lugar: detalles sociales, ambientales, temperatura, higiene, humo, olores, abrigo, posición, convivientes, huellas de consumo de alcohol, drogas, violencia, etcétera. Esta tarea es responsabilidad del médico forense y se completa con datos que surgen de la entrevista familiar posterior[5].

Una excelente revisión sobre las formas de investigar estos casos, mostró que hay cuatro modelos de investigación: liderado por la policía, por el forense, por el profesional de la salud o por un equipo especializado. Las conclusiones fueron que la investigación de cada caso debe ser minuciosa y completa, se recomienda trabajar en equipo entre los profesionales del sector legal y de la salud para no duplicar acciones y compartir la información, tener políticas claras de los aspectos a investigar y los profesionales intervinientes tienen que estar capacitados y familiarizados con los detalles a buscar[6]. No se ve lo que no se sabe que hay que observar.

El tercer punto a considerar es para qué sirven estos datos que muestran una realidad indiscutible, de cualquier forma que se la denomine. Muchas de estas muertes son evitables.

Los autores del manuscrito que comentamos, señalan que los datos encontrados permiten implementar campañas educativas y recomendaciones sobre sueño seguro dirigidas a la comunidad. Quizás habría que recordar que la comunidad la formamos todos.

Los padres de los niños porque son los principales cuidadores. La familia ampliada porque ayuda durante esta etapa de gran dedicación. Los centros de cuidado infantil, incorporados a la vida cotidiana como una realidad de la situación económica y social de muchas familias. Los profesionales de la salud, que deberían dar las pautas antes, durante y después del nacimiento del niño. Los educadores que tienen la oportunidad de difundir estas cosas desde las primeras nociones de educación para la salud. Los medios de comunicación masiva, cuyo papel relevante en la transmisión de conocimientos, adecuados o no, nadie discute. Las organizaciones intermedias, las autoridades públicas, de salud, de educación, que debieran vigilar por el bienestar de su comunidad.

Entonces, el gran interrogante es por qué el conocimiento no se acompaña de la acción. Si fuera suficiente difundir las recomendaciones de sueño seguro para proteger a los niños, ¡sería tan fácil! Puede ser que haya ignorancia en algunos casos pero van algunas inquietudes:

¿Por qué en las unidades de cuidado intensivo neonatal no se implementan las recomendaciones para el sueño seguro en los prematuros antes del egreso?[7]

¿Por qué estudiantes universitarias con conocimientos sobre el tema, no siguen dichas recomendaciones y sienten que su instinto materno es más seguro que el conocimiento científico?[8]

¿Por qué alguien puede fabricar, promocionar y vender objetos de comprobado riesgo para los niños pequeños, sin que nadie fiscalice estas acciones?[9]

Como vemos hay muchos desafíos para enfrentar. Se ha hecho mucho pero falta mucho más.

Dra. Norma Rossato
Editora asociada. Archivos Argentinos de Pediatría

Referencias bibliográficas

1. **American Academy of Pediatrics.** Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics 2016; 138(5): e20162938.
2. **Krous H, Beckwith J, Byard R, Rognum T, Bajanowski T, Corey T, et al.** Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. Pediatrics 2004; 114(1):234-8.
3. **Royal College of Pathologists. Royal College of Paediatrics and Child Health.** Sudden unexpected death in infancy: a multi-agency protocol for care and investigation. London: RCPCH, 2004. Disponible en: http://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/page/SUDI_report_for_web.pdf. [Consulta: 10 febrero 2017].
4. **Gutiérrez C, Palenzuela S, Rodríguez Á, Balbela B, Rubio I, Lemes A, et al.** Muerte inesperada del lactante: diagnóstico de situación en la ciudad de Montevideo. Arch Pediatr Urug 2001; 72(3):185-97.
5. **Suárez M, Hernández J, Álvarez P, Giner J, Morentin B, Fernández A, et al.** Investigación posmórtem de la muerte súbita infantil. En: Asociación Española de Pediatría. Grupo de Trabajo Muerte Súbita Infantil. Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3 ed. Madrid: Ergon, 2013:189-214. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf. [Consulta: 10 febrero 2017].
6. **Garstang J, Ellis C, Sidebotham P.** An evidence-based guide to the investigation of sudden unexpected death in infancy. Forensic Sci Med Pathol 2015; 11(3):345-57.
7. **Barsman S, Dowling D, Damato E, Czeck P.** Neonatal nurses' beliefs, knowledge, and practices in relation to sudden infant death syndrome risk-reduction recommendations. Adv Neonatal Care 2015; 15(3):209-19.
8. **Caraballo M, Shimasaki S, Johnston K, Tung G, Albright K, Halbower A.** Knowledge, attitudes, and risk for sudden unexpected infant death in children of adolescent mothers: a qualitative study. J Pediatr 2016; 174:78-83.e2.
9. **Rossato N.** Nidos de contención para recién nacidos y riesgo de muerte súbita del lactante. Arch Argent Pediatr 2013; 111(1):62-8.

Correspondencia: Dra. Norma Rossato.
Correo electrónico: nerossato@gmail.com