

Episodio aparentemente letal neonatal precoz

R. Plácido Paías, J.F. Mesa Vázquez, M.E. Piñán López, R. Real Terrón, M.P. Medina Gil, M.J. González Carracedo, M. Portillo Márquez, I. Sáez Díez, M. García Reymundo
Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida. Mérida (Badajoz)

Resumen

El contacto «piel con piel» tras el nacimiento ha demostrado efectos beneficiosos sobre la adaptación a la vida extrauterina y el vínculo madre-hijo, así como sobre la frecuencia y la duración de la lactancia materna. Teniendo en cuenta que la mayoría de los episodios aparentemente letales neonatales precoces se producen en las primeras 2 horas de vida, durante el contacto piel con piel, creemos imprescindible garantizar la vigilancia en ese periodo.

Palabras clave: Episodio aparentemente letal, contacto piel con piel, encefalopatía hipóxico-isquémica.

Abstract

Title: Early neonatal apparent life-threatening event

The “skin to skin” contact has demonstrated beneficial effects on the adaptation to extrauterine life, on the mother-child bond and frequency and duration of breastfeeding. Considering that the early neonatal apparently lethal episode happens in most cases in the first two hours of life during the skin to skin contact, we must ensure supervision in that period.

Keywords: Apparent life-threatening event, skin to skin, encephalopathy hypoxic-ischaemic.

Introducción

El contacto «piel con piel» (CPP), es decir, la colocación inmediata del recién nacido (RN) sano sobre el tórax-abdomen de su madre, de forma temprana y durante, al menos, la primera hora de vida, es práctica habitual en las maternidades españolas¹⁻⁴.

Fecha de recepción: 13/12/13. Fecha de aceptación: 14/03/14.

Correspondencia: R. Plácido Paías. Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida. Avda. Antonio Campos Hoyos, 26. 06800 Mérida (Badajoz). Correo electrónico: raquelpaias@gmail.com

Cómo citar este artículo: Plácido Paías R, Mesa Vázquez JF, Piñán López ME, Real Terrón R, Medina Gil MP, González Carracedo MJ, et al. Episodio aparentemente letal neonatal precoz. Acta Pediatr Esp. 2015; 73(1): e18-e22.

La incidencia de episodios aparentemente letales neonatales (EALN) precoces se estima en 0,03-0,05/1.000 RN a término vivos, y se define como un suceso inesperado y brusco en los lactantes (generalmente menores de 6 meses), que impresiona de gravedad al observador, al pensar que el niño se encuentra en situación de riesgo vital.

Caso clínico

Presentamos el caso de una RN a término con 37 semanas, que presentó un EALN a los 85-90 minutos de vida mientras se encontraba realizando el CPP.

Entre los antecedentes familiares cabe citar los siguientes: los padres son jóvenes, sanos y no consanguíneos; un tío materno falleció a los 23 años debido a una parada cardiorrespiratoria de etiología no conocida; la abuela materna tuvo 2 gestaciones con fetos muertos; un familiar de segundo grado padece una enfermedad de Menkes.

El embarazo fue controlado, y se detectó en la madre una hipertensión arterial leve en la última semana previa al parto. La madre tomó progesterona en el primer trimestre y anticoagulantes (ácido acetilsalicílico) durante todo el embarazo, por presentar una historia de 3 abortos previos. Los movimientos fetales los refería como normales. Las serologías de infección connatal y el cultivo rectovaginal para el estreptococo del grupo B fueron negativos. La amniorrexia era inferior a 18 horas, presentaba fiebre materna intraparto (38 °C) y un líquido amniótico levemente meconial. El parto fue eutócico, con presentación cefálica. La niña presentó un buen estado al nacer, con una puntuación de Apgar de 9/10 al minuto y a los 5 minutos, respectivamente, y un peso de 3.180 g. El pH de la arteria umbilical fue de 7,30. No precisó reanimación en el paritorio, y tras el nacimiento inició el CPP.

Aproximadamente a los 90 minutos de vida, estando sobre el pecho de su madre, ésta la notó «excesivamente dormida», sin saber exactamente desde cuándo. Tras constatarse una parada respiratoria con bradicardia extrema, se realizó una reanimación cardiopulmonar y se trasladó a la niña a unidad de cuidados intensivos neonatales. A su llegada, presentaba un mal estado general, con hipotonía generalizada y ausencia de movimientos espontáneos; ambas pupilas estaban midriáticas y arreactivas, con fontanela anterior normotensa; se encontraba intubada, con mala perfusión periférica, presentaba palidez cutánea, cianosis acra y ausencia de los reflejos de Moro, prensión y succión. En la auscultación cardiaca mostraba tonos rítmicos, con una frecuencia cardiaca >100 lpm, sin soplos. Ventilaba correctamente por ambos hemitórax. En el equilibrio ácido-base presentaba una acidosis extrema (pH 6,723; pCO₂ 95,3 mmHg; EB -21,4), así como una presión arterial mantenida, una SatO₂ del 100% y una FiO₂ de 30%, que disminuyó progresivamente hasta el 21%, manteniéndose la SatO₂ en torno al 100%.

La analítica inicial (hemograma, bioquímica, hemocultivo) fue normal. Se administró perfusión de glucosa y calcio a través de la vena umbilical y se inició antibioterapia empírica i.v. con ampicilina y gentamicina. En ese momento las pupilas estaban mióticas, y tras la hipotonía inicial presentó una cierta hipertonia de los miembros, con múltiples clonías, que se intensificaban al estímulo, por lo que se inició tratamiento con fenobarbital en dosis de choque (20 mg/kg), lo que propició que éstas cedieran.

En la ecografía cerebral se visualizaban los ventrículos III y IV de tamaño y morfología normales, sin imágenes de sangrado ni lesiones focales en el territorio intracraneal, y el índice de resistencia (IR) era normal.

Ante la sospecha de una encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), se inició una hipotermia pasiva y se decidió trasladar a la paciente al centro de referencia por ser candidata a presentar una hipotermia terapéutica.

Se realizó una hipotermia controlada, que se mantuvo durante 72 horas, sin incidencias. Necesitó ventilación mecánica convencional hasta los 6 días de vida, así como soporte hemodinámico con dopamina hasta el cuarto día de vida.

La monitorización continua mediante electroencefalograma integrado por amplitud (EEGa) mostraba un trazado de base con un patrón de afectación poshipóxico isquémico grave; a las 48 horas la afectación era moderada, y a las 72 horas el patrón estaba próximo a la normalidad. El control realizado al cabo de 1 semana era prácticamente normal. La ecografía cerebral a los 3 días de vida mostraba un IR de unos 0,53, compatible con un episodio hipóxico-isquémico.

El cribado neonatal de metabolopatías fue normal.

A los 10 días del EALN, en el control mediante EEG, presentaba una actividad globalmente deprimida, asimilable a una moderada afectación cerebral difusa. Clínicamente, se apreciaban signos de encefalopatía de grado II, con ausencia de succión y deglución.

La paciente comenzó la nutrición enteral con lactancia mixta por sonda a los 5 días de vida, y la succión a los 40 días, aunque de forma muy lenta y sin completar las tomas.

Al alta, a los 2 meses del episodio, tenía una exploración neurológica sin cambios con respecto a la previa. Desde el alta hospitalaria realizaba fisioterapia y atención precoz.

En la resonancia magnética cerebral convencional realizada a los 77 días de vida se observaban lesiones compatibles con una EHI en ambos tálamos, los centros semiovais y el troncoencéfalo.

A los 3 meses de vida se realizó un tránsito digestivo superior, en el que se comprobó una incoordinación orofaríngea y una aspiración a las vías respiratorias superiores, por lo que la paciente recibió alimentación exclusiva por sonda nasogástrica, y a los 9 meses de vida se practicó una gastrostomía y una funduplicatura de Nissen.

A los 10 meses de vida, la paciente sigue gastrostomizada y presenta un retraso psicomotor leve.

Discusión

El CPP tras el nacimiento ha demostrado efectos beneficiosos sobre la adaptación a la vida extrauterina y el vínculo madre-hijo, así como sobre la frecuencia y la duración de la lactancia materna¹⁻⁵.

En los últimos años se han publicado artículos sobre los EALN en RN a término sanos mientras realizaban el CPP, en que el factor de riesgo asociado con más frecuencia es la hipoxia secundaria a una obstrucción de las vías respiratorias.

Este caso reúne varios factores de riesgo para un EALN: madre primípara, posible obstrucción relativa de la vía respiratoria del neonato, parto nocturno, madre sedoanalgesada con un alto grado de cansancio y baja capacidad de alerta, sin capacidad para reconocer los signos clínicos de hipoxia.

Otros factores de riesgo asociados son la posición en decúbito prono del RN, la alta temperatura y la baja capacidad del RN para adaptarse a situaciones de hipoxia^{1-4,6-9}.

Conclusiones

En la fase neonatal precoz, durante la práctica del CPP, es necesario garantizar la vigilancia del RN, bajo la supervisión del personal cualificado^{3,7,10,11}. Asimismo, los padres deberían conocer tanto los beneficios del CPP como los signos de hipoxia^{1,4,9}.

Las recomendaciones más aceptadas son las siguientes: madre semiincorporada entre 30 y 450, con una almohada bajo la cabeza, despierta, que comprenda la necesidad de observar la actividad y la coloración del neonato, y con respuesta inmediata del personal sanitario responsable^{2,7,9}.

La monitorización cuidadosa durante el CPP, el posicionamiento de los lactantes y la técnica de alimentación materna, principalmente en las madres primíparas, son actuaciones apropiadas^{9,10}.

Los EALN suponen una elevada morbimortalidad neurológica en los neonatos sanos, y los que sobreviven a ellos presentan con frecuencia datos de encefalopatía^{1,4}.

La hipotermia reduce la morbimortalidad neurológica en los RN con EHI y antecedentes de asfixia perinatal^{1,4}.

Bibliografía

1. Marín N, Valverde E, Cabañas F. Episodio aparentemente letal neonatal durante el «piel con piel». Tratamiento con hipotermia. *An Pediatr (Barc)*. 2013; 79(4): 253-256.
2. Rodríguez-Alarcón Gómez J, Asla Elorriaga I, Fernández-Llebreg L. Episodios aparentemente letales en las primeras 2 horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. *Prog Obstet Ginecol*. 2011; 54(2): 55-59.
3. Sánchez Luna M, Pallas CR; Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71: 349-361.
4. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr*. 2013; 102: 680-688.
5. Melchor Marcos JC. Contacto piel con piel en la sala de partos y muerte súbita del recién nacido. Una llamada de atención. *Prog Obstet Ginecol*. 2011; 54(2): 53-54.
6. De Alba Romero C. Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término. *An Pediatr Contin*. 2013; 11(1): 51-53.
7. Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics*. 2011; 127: 869-873.
8. Toker-Maimon O, Joseph LJ, Bromiker R, Schimmel MS. Neonatal cardiopulmonary arrest in the delivery room. *Pediatrics*. 2006; 118: 847-848.
9. Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and prevent measures. *Transl Stroke Res*. 2013; 4: 236-247.
10. Nakamura T, Sano Y. Two cases of infants who needed cardiopulmonary resuscitation during early skin-to-skin contact with mother. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008; 34: 603-604.
11. Dageville C, Pignol J, De Semet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatr*. 2008; 97: 866-869.