

c a r t a s a l e d i t o r**Acerca de
"Síndrome de muerte
súbita infantil.
Aspectos epidemiológicos
en Guerrero"****Señor editor:**

Leí con interés el artículo del doctor Artemio Laguna Flores y colaboradores¹ y juzgo loable que traten de aportar datos sobre esta entidad nosológica tan poco estudiada en México y, en general, en toda Hispanoamérica. Sin embargo, me parece que incurren en graves problemas metodológicos que invalidan su conclusión principal: "no se encontraron casos confirmados de muerte súbita, por lo que se concluye que este problema no tiene trascendencia epidemiológica en Guerrero".

El objetivo de su investigación fue "conocer la epidemiología del síndrome de muerte súbita en la infancia (SMSI) en Guerrero...", y para ello aplicaron dos encuestas:

- La primera a 44 pediatras de los 60 registrados en el Colegio de Pediatría de Guerrero; todos radicados en Acapulco. Se les preguntó sobre el número de casos de SMSI que habían atendido en los últimos 10 años.
- La segunda a 1005 madres seleccionadas por cuota (no al azar, como ellos dicen): en su propio lugar de origen, cada estudiante del curso de pediatría de la Universidad Autónoma de Guerrero aplicó la encuesta a 10 madres (436 de Acapulco y 569 de otras 30 poblaciones del estado), con el único criterio de que el último hijo tuviera menos de 12 meses de edad al momento de la entrevista. Para fines del objetivo antes mencionado se les preguntó sobre el número de hijos fallecidos, la causa y si el acontecimiento había sido en forma repentina sin haber enfermedad previa.

De los 44 pediatras contestaron la encuesta 40 y sólo seis refirieron haber visto casos de SMSI (cuatro uno y dos, dos casos). En las 1005 madres entrevistadas se identificaron 67 lactantes fallecidos antes de los 12 meses de edad (los autores estimaron en forma inadecuada una mortalidad de 6.6%: 67 niños muertos por 100 entre las 1005 madres —peras con manzanas—). Por los datos presentados en el cuadro V se puede calcular, en forma aproximada, que el número de embarazos referidos por las 1005 madres fue de alrededor de 5000, sin poder saber con exactitud cuántos correspondieron a nacidos vivos (sin embargo, tomaré esta cifra como la más cercana a la real para el cálculo de los datos que presentaré más adelante).

Es obvio que el abordaje metodológico para contestar el objetivo no fue el adecuado. Los niños con muerte súbita en las comunidades no son llevados al pediatra. Generalmente los familiares acuden con el médico más cercano a la comunidad, quien la mayoría de las veces no es un especialista, o al servicio de urgencias del hospital más próximo. Ahí les confirman la muerte del niño y les dan el certificado de defunción correspondiente, el cual siempre lleva un diagnóstico (aun cuando el instructivo de llenado aclara que cuando no hay bases para formularlo se pongan los síntomas o signos predominantes). El médico por costumbre, para evitarse problemas legales o por desconocer la existencia de esta entidad, anota diagnósticos tales como neumonía fulminante, broncoaspiración, o gastroenteritis aguda con deshidratación (no es raro que los familiares, sorprendidos, asustados y apesadumbrados por la muerte repentina del niño, contesten afirmativamente a preguntas tales como: ¿se puso morado?, ¿respiraba con dificultad?, ¿alguien más en la casa tenía gripa?, ¿tenía diarrea?, ¿tenía sed?, ¿estaba desnutrido?). Así, con la aparente necesidad de llenar en el certificado el espacio correspondiente al diagnóstico y, más aún, de darle una explicación a los padres, el médico saca rápidamente conclusiones y, conforme a su experiencia, emite juicios y diagnósticos con mucha frecuencia falsos.

En un porcentaje no bien conocido pero probablemente alto en Guerrero, el niño es enterrado

por los familiares con un certificado expedido por un lego en medicina (el presidente municipal, por ejemplo) que anota un diagnóstico tal vez más inexacto pero más rutinario; o, como es bien sabido, se le entierra en forma clandestina, entonces, la causa de la muerte es formulada por alguna comadrona, curandero, brujo o simplemente por la persona de más autoridad en la casa.

Es claro que los pediatras de Acapulco no fueron la fuente adecuada para indagar la frecuencia del SMSI, pero, ¿y las madres? La población seleccionada de ninguna manera corresponde a una muestra representativa de Guerrero ni de las otras ciudades o pueblos en donde se tomó. Para ello debió seguirse otra metodología. No obstante, se obtuvieron datos interesantes que sugieren una conclusión contraria a la mencionada en el artículo: un caso de muerte repentina en 67 lactantes muertos de 5000 niños nacidos (según los datos obtenidos del cuadro V) implica una tasa de 0.2×1000 , cifra cercana a los límites más bajos informados en Estados Unidos de América del Norte (0.3 a 3.4×1000 nacidos vivos²). Más aún, si tomamos los casos de *ahogamiento* y de *se ignora* como probables *muertes súbitas* la tasa se elevaría a 1×1000 , cifra comparable con la mayoría de las tasas referidas en los países desarrollados. Aunque se podría refutar que no hubo confirmación por autopsia, este hecho no invalida el diagnóstico desde el punto de vista epidemiológico, pues para fines prácticos en México no se realiza la autopsia a los niños lactantes que mueren repentinamente (si bien debería hacerse).

En 1992 la doctora Tomé y sus colaboradores hicimos un estudio en Tlaxcala buscando la frecuencia del sobrediagnóstico de infección respiratoria y diarrea aguda como causa de muerte en niños.³ En forma colateral encontramos que de 180 niños muertos por infección respiratoria aguda y 59 por diarrea aguda, según el certificado de defunción, el interrogatorio a la madre (autopsia verbal⁴) reveló que el diagnóstico correcto era el de muerte súbita en 12.2 y 1.7 % de los casos, respectivamente (es decir, 23 niños). En ese año, en Tlaxcala se registraron como nacidos vivos a 15 245 niños, lo que daría una tasa de 1.6 casos de SMSI por cada mil niños nacidos vivos.⁵


Con los datos anteriores considero que el SMSI en México puede presentarse con una frecuencia similar a la de los países desarrollados y que amerita estudios específicos para conocer su frecuencia real y los motivos del subdiagnóstico —en su caso— en los certificados de defunción.

Atentamente

Héctor Guiscafré Gallardo

Pediatra, infectólogo e investigador,
Unidad de Investigación Epidemiológica
y en Servicios de Salud,
Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Edificio Administrativo, tercer piso,
Distrito Federal, México

Referencias

1. Lagunas AF, Lagunas JL. Síndrome de muerte súbita infantil. Aspectos epidemiológicos en Guerrero. Rev Med IMSS 2001;39(5):453-458.
2. Willinger M, Hoffman HJ, Hoffman RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: Meeting. National Institutes of Health. Pediatrics 1994;93:614-818.
3. Tomé P, Reyes H, Guiscafré H, Martínez H, Rodríguez L, Gutiérrez G. Sobrediagnóstico de infección respiratoria y diarrea aguda en muertes de niños en Tlaxcala, México. Análisis comparativo entre certificados de defunción y autopsias verbales. Bol Med Hosp Infant Mex 1994;51:159-166.
4. Martínez H, Reyes H, Tomé P, Guiscafré H, Gutiérrez G. La autopsia verbal: una herramienta para el estudio de la mortalidad en niños. Bol Med Hosp Infant Mex 1993;50:57-63.
5. Dirección de Planeación, Departamento de Información para la Salud. México: Secretaría de Salud de Tlaxcala; 1993. 

Carta al editor

Respuesta a la carta sobre "Síndrome de muerte súbita infantil..."

Agradezco de antemano las observaciones que el doctor Héctor Guiscafré Gallardo hace al estudio que sobre síndrome de muerte súbita infantil (SMSI) se realizó en 31 comunidades de 14 municipios guerrerenses.¹ La finalidad inicial de dicho estudio fue conocer la epidemiología de ese padecimiento en el estado Guerrero, así como determinar, en caso de encontrar el problema, los criterios que puedan influir en su prevención y profilaxis. No fue posible alcanzar los objetivos al no encontrar ningún caso demostrable de SMSI, por lo que al final del último párrafo del artículo se propone efectuar investigaciones en otras entidades del país, para así definir la frecuencia real del síndrome.

El estudio se considera orientador en relación con lo que ocurre acerca del problema analizado en las comunidades en donde se investigó el problema; la mortalidad reportada corresponde a 67

lactantes que las madres encuestadas informaron y en ningún momento se pretendió dar una cifra de mortalidad infantil general, sin embargo, indirectamente podemos estimar dicha mortalidad a través de la información que se proporciona en el cuadro V.

Con base en ello y respecto a 1.8 % de las madres que tuvieron entre siete y 12 embarazos —y no 18 % que por error de escritura quedó plasmado en el cuadro V—, que si se lleva a 2 % da como resultado un promedio de embarazos por madre de 2.6, con lo cual se puede estimar una mortalidad infantil de 2.58 %. Entonces, la cifra por muerte inesperada o repentina sería de 0.39 por mil nacimientos, rubro donde se colocaría a los ocho lactantes fallecidos repentinamente y en los que no se efectuó necropsia para poder identificar la causa de la muerte. Por lo tanto, y de acuerdo a lo referido en la bibliografía,^{2,3} al ser la

necropsia un estudio indispensable para el diagnóstico definitivo de SMSI, los ocho casos no pueden englobarse en dicha patología.

En las observaciones que señala el doctor Guiscafré en su carta al editor, es importante enfatizar lo siguiente:

1. No considera el concepto de síndrome de muerte súbita infantil, sino que adopta el concepto de muerte inesperada o repentina. Debe recordar que para el diagnóstico de SMSI se requiere efectuar la necropsia y no encontrar causa específica de la muerte. En su estudio usa el concepto de *autopsia verbal*, cuyo significado es totalmente diferente a lo que se quiere señalar con el término de necropsia.^{4,5} Afirmar que con la autopsia verbal se puede llegar al diagnóstico de muerte súbita es un grave error, el término *autopsia verbal* no es sinónimo de *necropsia*.⁴
2. El doctor Guiscafré da a entender que la investigación se efectuó únicamente en comunidades rurales cuando dice que “los niños con muerte súbita en las comunidades no son llevados al pediatra”; esa consideración no se aplica para Acapulco, Chilpancingo, Iguala y otras ciudades en donde se efectuó la encuesta y en las que los pacientes cada vez acuden más al pediatra. La apreciación del doctor es incorrecta.
3. No señala cuál es la *metodología adecuada*. La investigación que refiere⁴ trata acerca del sobrediagnóstico en infecciones respiratorias y diarrea aguda, y en un pequeño párrafo señala: “...se calificó como muerte súbita cuando ésta ocurrió sin datos de enfermedad previa...”; no informa de resultados soportados en la necropsia para confirmar lo que ahí se asevera. Con la *autopsia verbal* no se puede demostrar la existencia de SMSI.
4. Si se revisan publicaciones de artículos médicos nacionales e internacionales, con frecuencia se encuentran errores metodológicos, gramaticales y de impresión. Sin embargo, los errores de apreciación subjetiva son aún más criticables; solo mencionaré tres en los que incurre el doctor Guiscafré:

- Primero, decir que “si tomamos los casos de *ahogamiento* y de *se ignora* como probables muertes súbitas”, ésta es una apreciación subjetiva sin validez, ya que, como se ha mencionado previamente, para efectuar el diagnóstico definitivo de SMSI se requiere de la necropsia puesto que dicha patología es una entidad nosológica totalmente diferente al ahogamiento o a la muerte inesperada; cada entidad con su fisiopatología propia.
- Segundo, en el artículo al que hace referencia se señala que “... se calificó como muerte súbita cuando ésta ocurrió sin datos de enfermedad previa...”, dando por hecho, sin efectuar necropsia, de que se trataba de muerte súbita.⁴
- Tercero, en el último párrafo de su carta, al decir “...que el SMSI en México *puede* presentarse con una frecuencia similar a la de los países desarrollados...” no es correcto hacer aseveraciones sin fundamento.

Finalmente, es necesario señalar que la crítica constructiva se acepta como parte importante para mejorar el quehacer del hombre, pero cuando esta crítica deja entrever sarcasmo o ironía, como ocurre en la carta del doctor Guiscafré al señalar “peras o manzanas”, se está incurriendo en falta de respeto entre los seres humanos y entre los propios médicos, lo cual también es criticable e inaceptable.⁶⁻⁸

Referencias

1. Lagunas FA, Lagunas JL. Síndrome de muerte súbita infantil. Aspectos epidemiológicos en Guerrero. Rev Med IMSS 2001;39(5):453-458.
2. Ridaura ZC, Wapnir MI, López CE, Mendoza LE. Muerte inesperada y síndrome de muerte súbita en la infancia. Frecuencia en autopsias de muerte pediátrica extrahospitalaria. Patología 1980;18:341-350.
3. Willinger M, Hoffman HJ, Hoffman RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: Report of meeting held. January 13 and 14, 1994. National Institute of Health. Pediatrics 1994;93(5):814-818.
4. Tomé P, Reyes H, Guiscafré H, Martínez H, Rodríguez L, Gutiérrez G. Sobrediagnóstico de infección respiratoria y diarrea aguda en muertes de niños en

- Tlaxcala, México. Análisis comparativo entre certificados de defunción y autopsias verbales. Bol Med Hosp Infant Mex 1994;51(3):159-166.
5. Martínez H, Reyes H, Tomé P, Guiscafré H, Gutiérrez G. La autopsia verbal: una herramienta para el estudio de la mortalidad en niños. Bol Med Hosp Infant Mex 1993;50:57-63.
6. Los deberes generales del médico, artículo 7.1. En: Código de ética y deontología médica. Colegio de Médicos Cirujanos Mexiquenses, A. C, 7 de octubre de 1998. p. 21.
7. Villalpando GJ. Ética médica. Rev Med IMSS 1991; 29:5-12
8. Comisión Nacional de Bioética. Código-guía bioética de conducta profesional. Cap. VIII. Relaciones interpersonales con respecto a otros médicos, personal de salud y profesionistas afines. Art. 8°. Marzo 2001. p. 19.

Atentamente
Artemio Lagunas Flores,
profesor de Pediatría y Genética,
Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma de Guerrero

medigraphic.com