

## **Predicción del riesgo de síndrome de la muerte súbita del lactante a partir de las características obstétricas: estudio retrospectivo de una cohorte de 505.011 nacidos vivos**

Los médicos explican diariamente el riesgo a sus pacientes. Tras esta explicación, se pide a personas en situación de estrés que tomen complejas decisiones, cuyos efectos pueden ser importantes y duraderos para ellas mismas y sus familias.

Ningún médico puede desconocer las importantes limitaciones de los datos sobre los que se basan nuestras estimaciones del riesgo. Los datos raras veces son poblacionales y a menudo se refieren a estudios de cohorte relativamente pequeños o a series de casos, cuyo diseño deja mucho que desear.

Cada persona porta una singular combinación de factores clínicos y sociodemográficos. No obstante, la mayoría de los sistemas de puntuación del riesgo no puede utilizar esta información adicional para asignar un riesgo específico al paciente. Así se pierde gran cantidad de información modificadora y el riesgo se divide en "mucho" o "poco". La mejor estimación del riesgo de que dispone el médico ante un paciente determinado suele estar muy simplificada y, por ello, suele ser inexacta. Un sistema poblacional y validado, que pueda incorporar factores específicos del paciente para modificar el riesgo típico, devuelve la capacidad a los pacientes, a sus familias y a los médicos.

El abordaje descrito en este artículo ha sido utilizado con eficacia en la estimación prenatal del riesgo de síndrome de Down<sup>1</sup>. En principio, la asignación del riesgo por la edad y la historia materna se basó en la suposición de que todas las mujeres de una edad en concreto corrían un riesgo similar. El programa Nuchal Translucency/First Trimester Serum Screening combinó datos generales específicos de la paciente (edad, paridad, peso), información de técnicas de imagen (transparencia nucal) y datos bioquímicos (proteína plasmática A relacionada con el embarazo, gonadotropina coriónica humana libre beta) para permitir la evaluación individual del riesgo de una mujer en concreto y en un embarazo específico<sup>2</sup>. Se han apuntado nuevos refinamientos para conseguir valores predictivos positivos incluso mayores, al tiempo que disminuye la tasa de falsos negativos<sup>3,4</sup>.

El equipo que presentó sus datos ha ampliado aún más este abordaje. Mediante los datos poblacionales de 10 años, pudo determinar cómo inciden los factores específicos sobre el riesgo poblacional típico de síndrome de la

muerte súbita del lactante (SMSL). Es posible calcular el riesgo específico de un paciente a partir del cálculo de una proporción de probabilidades sumaria, basada en estos factores, aplicado al riesgo poblacional conocido. Dada la perturbadora naturaleza de los actuales sistemas de monitorización del SMSL, esta refinada evaluación del riesgo devuelve el poder de decisión a los padres al ofrecerles una información más palpable.

Como en todos los sistemas que abordan el riesgo, es necesario evaluar la posibilidad de producir daño por la percepción de que el paciente corre un aumento del riesgo. Un "número" incluso pequeño puede hacer que un riesgo remoto parezca concreto y amenazador. Pese a que puede provocar auténticos dilemas tanto a los médicos como a las familias, aleja la atención de la dependencia del paciente de la interpretación de riesgo importante de su médico. Muchos pueden encontrar indudablemente incómoda esta situación, que constituye el reto de este nuevo abordaje. Sin embargo, se adapta a la medicina actual porque trata de capacitar a las personas que realmente corren el riesgo para que tomen sus propias decisiones informadas.

Conflicto de intereses: ninguno.

JOHN KEOGH, MBBS (HONS), MRCOG, FRANZCOG  
Lecturer in Obstetrics and Gynaecology, University of Sydney;  
Staff Specialist in Obstetrics and Gynaecology,  
Hornsby Hospital, Sydney, Australia.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Smith GCS, White IR. Predicting the risk for sudden infant death syndrome from obstetric characteristics: a retrospective cohort study of 505,011 livebirths. *Pediatrics*. 2006;117:60-6.
2. Spencer K, Liao AW, Skentou H, Cicero S, Nicolaides KH. Screening for triploidy by fetal nuchal translucency and maternal serum free beta-hCG and PAPP-A at 10-14 weeks of gestation. *Prenat Diagn*. 2000;20:495-9.
3. Wald NJ, Watt HC, Hackshaw AK. Integrated screening for Down's syndrome based on tests performed during the first and second trimesters. *N Engl J Med*. 1999;341:461-7.
4. Cuckle H, Sehmi I. Calculating correct Down's syndrome risks. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:371-2.