



CARTAS AL EDITOR

Asfixia grave en una lactante por uso incorrecto del «pañuelo portabebés»**Infant suffocation associated with the incorrect use of a baby sling***Sr. Editor:*

En los últimos 5 años, se ha visto un aumento del uso de pañuelos portabebés para el transporte de lactantes. Las bandoleras o pañuelos portabebés son telas, normalmente hechas de algodón, que permiten a los padres transportar al bebé consigo mismos. Se dice que son seguros, cómodos, prácticos y que favorecen el contacto directo de los padres con el niño para así estar más estimulados¹, pero su uso incorrecto puede tener consecuencias fatales. Está descrito que colocar al bebé en ciertas posiciones incrementa el riesgo de asfixia por compromiso de la vía aérea, sofocando al bebé en uno o dos minutos¹. Al perder la consciencia, este no puede llorar, por lo que pasa desapercibido para los padres, que cuando se dan cuenta ya es demasiado tarde². En el 2010, la Comisión de Seguridad de Productos de Consumo (organismo americano encargado de proteger al público del riesgo de lesiones o muerte relacionado con el uso de productos de consumo) puso una alerta y publicó unas recomendaciones del uso correcto de los pañuelos portabebés a raíz de la notificación de 14 casos de muerte por sofocación, 12 de los cuales eran menores de 4 meses^{2,3}.

Presentamos el caso de una niña de un mes de vida que sufre una parada cardiorrespiratoria mientras la madre la transporta con un pañuelo portabebés. La paciente es prematura de 36 semanas de gestación y peso adecuado, sin antecedentes gestacionales y nacida con parto eutócico. En un trayecto de unos 15 minutos, la madre la transporta con un pañuelo en posición horizontal, mamando y tapándola con su abrigo por encima. En ningún momento la madre percibe que la niña tosa, llora o se mueva, solo nota que deja de mamar a medio trayecto. Al llegar al destino y destaparla, la encuentra pálida, con cianosis peribucal y sin signos de vida. Avisa a la policía local, que inicia reanimación básica y la traslada al ambulatorio (que está ubicado delante del domicilio), donde continúan las maniobras de reanimación avanzada y avisan al sistema de transporte medicalizado. Se calcula que para resucitarla requiere 10 min de reanimación básica y 5 de avanzada, recibiendo una sola dosis de adrenalina por vía intravenosa. Se traslada a nuestro centro intubada

y con una vía intraósea. La gasometría venosa inicial muestra un pH de 6,9, pCO₂ 37 mmHg, bicarbonato 7 mmol/l, exceso de base -24 mmol/l y ácido láctico 144 mg/dl. A la exploración, destaca una niña en postura de decorticación con desconexión del medio, hipertónica, con hiperreflexia generalizada y clonus. Recibe tratamiento de soporte con ventilación mecánica, dopamina (máxima a 7,5 µg/kg/min) y corrección hidroelectrolítica. El estudio toxicológico e infeccioso es normal, y se realizan EEG seriados que muestran trazado de base desestructurado, con aplanamiento generalizado y brotes de puntas y polipuntas de bajo voltaje, y lentas multifocales. La resonancia magnética cerebral practicada al sexto día del ingreso muestra afectación difusa de ambas regiones gangliobasales talámicas, compatible con encefalopatía hipóxico-isquémica aguda grave. Dado el mal pronóstico neurológico clinicoradiológico, se decide adecuación del esfuerzo terapéutico, falleciendo a los 10 días del ingreso. Se realiza el protocolo de estudio metabólico, con resultado negativo y autopsia judicial.

A raíz de este caso y los comunicados en la literatura, creemos importante divulgar el riesgo de sofocación debido al uso inadecuado de los pañuelos portabebés. Debemos explicar cómo utilizarlos de forma correcta y no utilizarlos como medios de transporte que dejan las manos libres⁴. Las posiciones incorrectas son la posición fetal (durante los primeros meses de vida los niños no controlan la cabeza por debilidad de la musculatura del cuello, por este motivo, no pueden reposicionar la vía aérea cuando está obstruida) y el contacto directo de la nariz y la boca con la tela o el cuerpo de la persona que transporta el niño²⁻⁴. Se deben utilizar poniendo el niño en posición vertical, con la cabeza en la parte superior del pañuelo sin cubrirle la cara, con la barbilla en alto y alejando la cara del cuerpo para no obstruir la nariz y la boca. Además, los padres deberán ir comprobando que el niño se mantiene en la posición correcta, asegurar que respira sin dificultad y no cubrirlo con abrigos o mantas para mantenerlo caliente²⁻⁴. Los niños con mayor riesgo son los lactantes menores de 4 meses, de bajo peso, prematuros o aquellos con problemas respiratorios⁴. Por todo ello, creemos necesario incluir el uso correcto del pañuelo portabebés en las campañas de prevención de accidentes infantiles que promueve la Asociación Española de Pediatría.

Bibliografía

- Byard RW, Gilbert JD. Infant deaths associated with baby slings. *Med J Aust.* 2011;195:321.

2. Health Canada. Health Canada reminds parents to exercise caution when using infant slings and soft Carriers [advisory] 12 Mar 2010 [accedido 20/3/2012]. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2010/2010_36-eng.php
3. Consumer Product Safety Commission (US). Infant deaths prompt CPSC warning about sling carriers for babies [media release]. 12 mar 2010 [accedido 20/3/2012]. Disponible en: <http://www.cpsc.gov/cpscpub/prereel/prhtml10/10165.html>
4. Australian Competition and Consumer Commission Baby slings-safety alert. 2011 [accedido 20/3/2012]. Disponible en: <http://www.sidsandkids.org/wp-content/uploads/ACCC-safety-alert.Slings-0511>

E. Maqueda Castellote^a, T. Gili Bigatà^{a,*}, S. Sánchez Pérez^a y C. Escofet Soteras^b

^a *Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Pediatría, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Instituto Universitario Parc Taulí, Universidad Autónoma de Barcelona, Campus de Excelencia Internacional, Bellaterra Barcelona, España*
^b *Unidad de Neurología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Instituto Universitario Parc Taulí, UAB, Universidad Autónoma de Barcelona, Campus de Excelencia Internacional, Bellaterra, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tgili@tauli.cat (T. Gili Bigatà).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.06.015>

Episodio de fibrilación auricular tras ingesta de bebida energética y práctica de deporte

Atrial fibrillation after ingestion of a high energy drink

Sr. Editor:

El consumo de bebidas energéticas se ha incrementado en los últimos años entre la población general y en particular esto ha sido más acusado entre los adolescentes, formando parte de sus hábitos¹. Se ha referido que estas bebidas incrementan el estado de alerta y la resistencia física, aunque por su composición producen euforia por las altas dosis de cafeína presente, además de otras xantinas, azúcares, taurina y otras sustancias en cantidad variable cuyos efectos sinérgicos son desconocidos. A su vez, la fibrilación auricular es una patología infrecuente y el consumo de excitantes podría estar implicado como desencadenante.

Presentamos el caso de un adolescente de 13 años, jugador de fútbol, sin antecedentes personales o familiares de interés cardiológico. Durante un entrenamiento presentó un episodio sincopal autolimitado precedido de palpitaciones; se recupera e, inmediatamente, presenta un segundo síncope. Tras un minuto recupera la consciencia y se encuentra bien e intenta continuar, siendo entonces remitido al hospital, donde se le monitoriza. Está hemodinámicamente estable, con ritmo cardíaco irregular de 100-180/min y taquipnea (45 respiraciones por minuto). Presión arterial 132/68 mmHg. El resto de los signos vitales son normales. A la auscultación se aprecia un soplo de características funcionales. Presenta euforia. En el electrocardiograma se aprecia una fibrilación auricular (fig. 1).

Ecocardiografía: sin malformaciones estructurales; diámetro diastólico de ventrículo izquierdo de 48 mm, septo interventricular de 7,8 mm con una fracción de eyección normal, sin apreciarse trombos a nivel auricular. Troponina-I (<0,01 ng/ml), TSH, T4 y electrolitos normales. Tóxicos en orina negativos (cannabis, cocaína y anfetaminas). Se

administró una dosis oral de 300 mg de flecainida, con buen resultado (ECG basal en ritmo sinusal a 80). El paciente confesó la toma habitual de bebidas energéticas de varias marcas (tabla 1), habiendo ingerido una de ellas previo al entrenamiento (volumen 250 ml con cafeína 341 mg/l y taurina 4 g/l). En al menos otras 2 ocasiones tuvo síntomas similares tras la ingesta de estos productos. Fue dado de alta tras 48 h de observación, desaconsejando el consumo de bebidas energéticas, la práctica de deporte de competición y recibiendo amiodarona 200 mg cada 12 h por vía oral.

La analítica previa al alta informó: perfil lipídico normal (colesterol total 178 mg/dl, HDL 51 mg/dl) con hormonas tiroideas (TSH y T4 libre) normales. A los 6 meses se encontraba asintomático, sin haber presentado nuevos episodios de palpitaciones, por lo que se suspendió el antiarrítmico y se remarcó evitar el consumo de excitantes. Al año de seguimiento, el paciente permanece asintomático, niega el consumo de bebidas energéticas y continúa practicando deporte de forma regular, evitando sobreesfuerzos.

La fibrilación auricular es una entidad infrecuente en niños que no presentan patología cardíaca estructural. En nuestro paciente, la única causa que podría estar relacionada era el consumo previo de una bebida energética; asociación que cobra más fuerza al referir en la anamnesis cuadros similares tras ingestión de estas bebidas. La revisión de la bibliografía sobre el consumo de cafeína y taurina no aporta datos claros². Incluso en estudios experimentales con animales, el papel de la cafeína como desencadenante de arritmias auriculares no está demostrado^{3,4}. En el estudio *Danish Diet, Cancer and Health Study*⁵ de Frost, observaron que la ingesta de más de 4 tazas de café no se asoció a un riesgo incrementado de fibrilación auricular. En la cohorte estudiada por Conen⁶ en mujeres sanas los resultados fueron similares. No obstante, la principal limitación de ambos estudios fue que la única sustancia estudiada fue la cafeína. Las publicaciones sobre el efecto arritmógeno de las bebidas energéticas, o lo que es lo mismo, la combinación de cafeína y taurina, son escasos. En un estudio publicado por Berguer en 2009, se postuló que