



**Mi Universidad**

## **Ensayo**

*Nombre del Alumno José Francisco Pérez Pérez*

*Nombre del tema: Cianosis*

*Parcial: 2°*

*Nombre de la Materia: Pediatría*

*Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del solar Villareal*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*6° semestre*

## INTRODUCCIÓN

El evento de aparente amenaza a la vida, conocido como Apparent Life Threatening Event (ALTE) es definido como un evento agudo que es percibido por el observador como una amenaza para la vida de un lactante menor de un año, que se acompaña de una combinación de al menos 2 de los criterios siguientes: apnea, cambio de color, alteración del tono, atoro y que implica algún tipo de maniobra de reanimación<sup>1</sup>. La frecuencia reportada de ALTE varía según el tipo de estudio realizado de 0,58 a 10 por cada 1.000 RN vivos y se presenta generalmente durante los primeros 6 meses de vida, con una mayor concentración de casos antes de los 3 meses. Los episodios de aparente amenaza a la vida en RN son descritos en la literatura de diferentes maneras, como ALTE, episodios aparentemente letales<sup>14</sup>, colapso neonatal inesperado, colapso posnatal súbito e inesperado o síndrome de muerte súbita neonatal precoz o síndrome de casi muerte. Esta heterogeneidad en la metodología de selección de pacientes hace imposible determinar si los pacientes incluidos en estos estudios son equivalentes desde el punto de vista clínico, o si los cuadros descritos corresponden a entidades de diferente origen.

Se considera cianosis a la coloración azulada de la piel o de las mucosas secundaria a un oscurecimiento sanguíneo producido por un aumento de la hemoglobina reducida (principalmente HbFe ++) a valores superiores a los 3-5 gr/dl. Toda cianosis neonatal que persista más de 30 minutos tras el nacimiento debe ser investigada, ya que lo más probable es que el estado neonatal se deteriore. Por lo tanto es útil seguir un esquema sistemático que asegure el diagnóstico sindrómico, descarte un fallo de las funciones vitales y finalmente oriente en el diagnóstico diferencial que en la mayoría de casos se reducirá a diferenciar entre una neomopatía o una cardiopatía. En el recién nacido existe un elevado contenido de hemoglobina fetal, cuya afinidad por el oxígeno es mayor que la Hb tipo adulto. Esto implica que cuando aparezca la cianosis en un recién nacido la presión parcial de oxígeno en sangre estani más baja que en un adulto y por lo tanto su situación será más crítica.

### PRIMER PASO: DESCARTAR FALSAS CIANOSIS

Ante la posibilidad de que un recién nacido este cianótico debemos procurar primeramente asegurar el diagnóstico bajo un punto de vista clínico. 2.1.-Falsas apreciaciones: provienen por lo general de observaciones en malas condiciones de iluminación por defecto (oscuridad), o por tonalidad inadecuada (lámparas azules). Este último problema puede provenir también de la luz reflejada por paredes de coloración verdosa o azulada. 2.2.-Hipotermia: si existe una baja temperatura ambiental es normal encontrar una cianosis, especialmente en extremidades, que desaparece después de un recalentamiento progresivo. 2.3.-Problemas hemorrágicos y hematológicos: es la tercera causa a descartar. Generalmente aparentan pseudocianosis con la característica de presentarse afectando a partes concretas de la superficie corporal. Si no desaparece con la vitropresión y se acompaña de petequias se trata de una subfusión hemorrágica, por traumatismo de parto. Son localizaciones bastante típicas la cara (por presentación cefálica más circular de cordón) o en las nalgas y extremidades inferiores (partos podilícos).

### COMPROBAR INTEGRIDAD DE FUNCIONES VITALES

Si no se cumple ninguna de las condiciones anteriores y la coloración azulada afecta de una forma sistemática al recién nacido (afectación simétrica, global, etc.) se tratará de una auténtica cianosis y para su diagnóstico es imprescindible de disponer de una serie de datos anamnesicos tales como la edad gestacional, peso, alteraciones maternas durante la gestación, sufrimiento fetal, antecedentes familiares de mortinatos o de cardiopatías congénitas, terapéuticas utilizadas, tipo de alimentación, distress respiratorio concomitante, etc. El paso siguiente es diferenciar una cianosis central de una cianosis periférica, generalmente la cianosis central se manifiesta en las mucosas (labial, conjuntival, etc.) y en las extremidades, mientras que la cianosis periférica solo afecta a estas últimas. Bajo un punto de vista fisiopatológico, la cianosis central implica una desaturación existente ya en la sangre arterial mientras que en la periférica este fenómeno se produce a nivel de los capilares. Una prueba clínica sencilla consiste en la introducción de la extremidad en agua templada (30-32°C) durante unos 10 minutos. Si la cianosis es periférica, desaparecerá, si por el contrario persiste se trata de una cianosis central. Tras esta decisión, conviene aclarar si coexisten otros síntomas asociados a la cianosis. 3. ~.-Acrocianosis Fisiológica: es monosintomática y periférica. No requiere ningún tratamiento especial. Se debe a trastornos en la regulación

vasomotora de la circulación cutánea y puede persistir semanas o incluso meses. En ocasiones adquiere aspectos característicos: "cutis marmorata", "cambio de color tipo Arlequin", etc. 3.2.- Cianosis de llanto: es central, monosintomática y desaparece tras el llanto. Por lo general su frecuencia disminuye pasados los primeros 10 días de vida. Si se descartan las dos causas anteriores entramos ya en el capítulo de auténticas cianosis patológicas. 3.3.- Cianosis por obstrucción de vía aérea: son de tipo central y suelen acompañarse de un importante distress respiratorio, la obstrucción puede ser natural (atresia bilateral de coanas, velo laringeo, estenosis traqueal, traqueomalacia, rinitis mucosa, etc.) o artificial (chupete "asesino", obstrucción de la sonda endotraqueal en niños ventilados, etc.). 3.4.- Cianosis de origen neurológico: son cianosis de tipo central, acompañadas por lo general de bradipnea. Pueden cursar en crisis (equivalente convulsivo), hemorragia intracraneal, apnea de la prematuridad, o bien progresivas (depresión miocárdica, metabopatías congénitas: hiperglicemia no cetósica). El diagnóstico de orientación se basa en la clínica y los antecedentes, requiriéndose ciertos exámenes complementarios para su confirmación (EEG; ecografía central, screening metabólico, etc.). El tratamiento debe ser específico en cada caso. 3.5.- Cianosis por fallo de suministro: aparecen en niños con elevado requerimiento de oxígeno

## BIBLIOGRAFIA

- Hospitalización por episodios de cianosis en recién nacidos de edad gestacional igual o mayor a 34 semanas C. Paulina Casanueva\* y R. Javier Cifuentes – ELSEVIER
- PROTOCOLOS TERAPEUTICOS CIANOSIS NEONATAL – artículo de pediatría