



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN
LICENCIATURA MEDICINA HUMANA



Materia:

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico

Nombre del Trabajo:

Ensayos de disnea, cianosis e ictericia

Alumno:

Luis Antonio Meza Puon

Grado:

4

Grupo:

A

Docente:

Dr. Osmar Emanuelle Vázquez Mijangos

INTRODUCCION

En este trabajo se hablaron de tres temas los cuales son disnea, cianosis e ictericia. En cada uno de ellos veremos su definición un poco de su fisiopatología, causas, clasificación y enfoque diagnóstico.

En disnea veremos su definición y una definición que sigue siendo valida hoy en dia y que fue hecha en 1965, se mencionan algunas de las hipótesis las cuales tratan de explicar como se da la disnea y que da la sensación de falta de aire, en el enfoque diagnostico se detalla de que manera se puede diagnosticar la disnea, normalmente no es una enfermedad grave por si sola, pero a veces esta acompañada por enfermedades mas graves.

En la cianosis se define que es y hasta que nivel se le denomina cianosis, su clasificación, enfoque diagnostico, además esta enfermedad esta altamente asociada a la hipoxia mas sin embargo no siempre es asi, tambien se mencionan algunos casos especiales de cianosis y los diferentes tipos de hemoglobina que existen.

Por ultimo tema es el de ictericia en el cual se comenta que es de las enfermedades de la piel mas frecuentes y que representa gran peligro ya que las causas son varias, asi tambien se habla un poco de la fisiopatología, se mencionan los valores séricos normales y cuando se le denomina ictericia, los tipos de bilirrubina, se menciona su clasificación, algunos fármacos que lo pueden producir y los exámenes complementarios, metodos invasivos y no invasivos.

DISNEA

Existen muchas maneras de describir a la disnea pero una de las descripciones más factible es la de: una sensación consciente y desagradable de respiración anormal. También existe una definición que sigue teniendo validez y esa es la definición de Julios H. Comroe en 1965 el cual lo describió de la siguiente manera: “Es la respiración trabajosa y dificultosa; es una forma desagradable de respirar, si bien no es dolorosa en el sentido usual tanto la percepción de la sensación por el paciente como su reacción ante la misma”.

En esta enfermedad los pacientes usan palabras las cuales ya te dan a sospechar que pueden padecer disnea, algunas de las frases más usadas por esos pacientes son: me canso al respirar, me ahogo, me falta aire, me cuesta mucho trabajo respirar, etc.

FISIOPATOLOGIA

La disnea es una función del esfuerzo realizado para respirar. Esta enfermedad es el resultado del incremento del trabajo respiratorio y la disfunción de los músculos encargados de la respiración. También se puede producir a consecuencia del trabajo mecánico respiratorio para que pueda superar la resistencia elástica del pulmón, la resistencia del flujo aéreo de las vías respiratorias y la fricción tisular. Se conoce que la sensación está vinculada con la hipercapnia, hipoxia, el aumento del trabajo respiratorio y con factores psicológicos.

A día de hoy no existe una sola teoría que explique completamente la fisiopatología de disnea. Una hipótesis es que la corteza motora y el tronco cerebral generan eferencias hacia la corteza sensorial sincrónicas con la eferencias motoras de comando de la musculatura respiratoria, estas señales la corteza sensorial los interpreta como esfuerzo, en esta hipótesis dice que la sensación de falta de aire se origine por el aumento de la actividad motora del tronco cerebral y los quimiorreceptores carotídeos y aórticos.

Otra hipótesis menciona que las sensaciones torácicas que refieren los pacientes, se originan en receptores pulmonares y de la caja torácica. En la actualidad se conocen 3 tipos de receptores pulmonares involucrados con la sensación de disnea:

- a) Receptores al estiramiento de la pequeña vía aérea, que estimulan con la insuflación pulmonar,
- b) Receptores a gases o partículas irritantes de las vías aéreas de grueso calibre

c) Receptores J del intersticio, sensibles a la distensión y congestión de los vasos pulmonares

CAUSAS DE DISNEA

1. Aumento de los requerimientos ventilatorios (hipoxia, acidosis)
2. Aumento del esfuerzo necesario para superar resistencias de la vía aérea (asma bronquial, fibrosis quística)
3. Aumento del esfuerzo necesario para distender el pulmón y la caja torácica (dificultad respiratoria, derrame pleural)
4. Deterioro neuromuscular (poliomielitis, lesiones medulares)
5. Alteraciones psicológicas que modifican el umbral de percepción consciente (trastorno por ansiedad, hiperventilación y ataques de pánico)

CLASIFICACION DE LA DISNEA

Grado I: disnea que aparece ante los grandes esfuerzos o esfuerzos mayores que los habituales

Grado II: disnea que surge frente a esfuerzos moderados o habituales

Grado III: disnea que se presenta ante esfuerzos leves o menores que los habituales

Grado IV: disnea de reposo

ENFOQUE DIAGNOSTICO

Para el paciente con disnea se debe apoyar con la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios

ANAMNESIS DEL PACIENTE

Tipo de evolución:

- Aguda
- Crónica

Clase funcional:

- Disnea de esfuerzo
- Disnea de reposo
- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna

Síntomas asociados

- Tos
- Expectoración purulenta
- Hemoptosis
- Dolor torácico

HALLAZGOS DE EXAMEN FISICO

- Palidez
- Edema en MMII, tercer ruido y ritmo de galope
- Fiebre
- Edema asimétrico en los miembros inferiores
- Roncus y silbilancias
- Estertores crepitantes
- Estertores “velcro”

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Hemograma
- Creatinina sérica
- Radiografía sérica
- Electrocardiograma
- Electrocardiograma

OTROS METODOS DE ESTUDIO

- MRC
- BORG
- NYHA
- AHA

CIANOSIS

La cianosis se describe como una coloración azulada de la piel y las mucosas. Es un signo cardinal en la definición de los trastornos de la oxigenación tisular.

FISIOPATOLOGIA

Se desarrolla cianosis cuando la hemoglobina reducida es de 5g/dL o mayor en la sangre capilar, lo que significa que hay un defecto en el transporte de O₂. En el ser humano el transportador sanguíneo del O₂ es la hemoglobina. La hemoglobina normal en el ser humano tiene 4 cadenas polipeptídicas dos alfa y dos beta, cada una de las cadenas

tiene 1 átomo de hierro en estado ferroso por lo que el O₂ se une al FE₂ de forma reversible, a consecuencia de eso existen dos formas de hemoglobina la desoxihemoglobina y la oxihemoglobina, la desoxihemoglobina es 500 veces mas afín por el O₂ que la oxihemoglobina. La desoxihemoglobina se halla en una conformación tensa y oxihemoglobina en una forma relajada. Una de las enfermedades asociadas puede ser el fenómeno de Raynaud

SEMIOLOGIA

La oxiHb y la Hb reducida tienen distinta coloración ya que tienen diferente espectro de absorción de la luz en el espectro visible. El tinte azul está dado por la sangre que se encuentra en los capilares y vénulas en los plexos subpapilares, por lo que la cianosis debe ser buscado en los tegumentos más delgados, la búsqueda debe hacerse con una luz natural y nunca con la luz artificial, con la vitropresion se puede comprobar la desaparición de la cianosis.

La cianosis crónica se acompaña de signos específicos, como la poliglobulia, consecuencia de la hipoxia crónica y factor contribuyente a la aparición de cianosis, acropaquia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La coloración azulada característica de la cianosis puede presentarse en la argiria, que es el depósito de sales de plata a nivel cutáneo, el cual es algo muy raro de ver y su diferenciación semiológica es mediante la vitropresion la cual no desaparece al aplicarlo.

CLASIFICACION

Cianosis central

1. De causa pulmonar (neumonía, dificultad respiratoria del adulto, bronquitis crónica, neumonía grave)
2. Alteraciones de la Hb (metahemoglobina-sulfohemoglobinemia)

Cianosis periférica

1. Generalizada (insuficiencia cardiaca, shock cardiogenico, taponamiento cardiaco, policitemia o poliglobulia, alteraciones de la hemoglobina)
2. Localizada (trombosis venosa profunda, obstrucción arterial, vasculitis, exposición al frio)

Cianosis mixta

1. Tetralogía de Fallot

2. Comunicación interventricular o interauricular con shunt-izquierda (complejo de Eisenmenger)
3. Anomalía de Ebstein
4. Transposición de los grandes vasos

SITUACIONES ESPECIALES

- Metahemoglobinemia
- Hemoglobina anormales
- Poliglobulia
- Policitemia

ENFOQUE DIAGNOSTICA

Generalmente cianosis se asocia con hipoxemia, sin embargo hay ocasiones en las cuales puede haber hipoxemia sin cianosis y cianosis sin hipoxia tisular.

ANAMNESIS

Está dirigida a la búsqueda de antecedentes de enfermedades que puedan causar disnea ya sean enfermedades broncopulmonares y cardiacas, también se investigara el consumo de nitratos. Se preguntara sobre algunos síntomas, el tiempo de evolución y su relación con el esfuerzo.

EXAMEN FISICO

Lo primero que se tiene que hacer es diferenciar la cianosis central y periférica. De primera el examen estará orientado a defectos en el aparato respiratorio que puedan provocar hipoxemia. En una cianosis periférica generalizada se debe orientar hacia el aparato cardiaco vascular y buscar signos como la insuficiencia cardiaca, taponamiento o shock. Y en una cianosis periférica localizada se debe de buscar signos de trombosis venosa profunda u obstrucción arterial.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- QS
- BH
- ES
- EGO
- Gasometría

ICTERICIA

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas por el aumento de las concentraciones de la bilirrubina sanguínea. Es una de las alteraciones de la coloración de la piel con mayor significado clínico y la presencia de esta asegura la existencia de una situación mórbida.

La concentraciones normales de bilirrubina sérica varia de 0.3 y 1mg/dL, pero cuando supera los 2mg/dL esta se exterioriza y es cuando se le llama ictericia.

FISIOPATOLOGIA

- ❖ El metabolismo de la hemoglobina origina el 80-85% de la bilirrubina y el clivaje de la mioglobina, el citocromo, y otras enzimas que contienen hemo y la eritropoyesis ineficaz, generan el 15-20% restante. Dos tercios son originales del sistema reticuloendotelial del hígado y el resto en el bazo, la medula ósea y los capilares. Hay dos tipos de bilirrubina las cuales se llegan a diferenciar porque una de ellas no se encuentra conjugada con ácido glucurónico y la otra sí. Los nombres que reciben estos dos tipos de bilirrubina son la bilirrubina indirecta o no conjugada la cual es hidrófoba y está ligada a la albumina, no se filtra en el riñón y no aparece en la orina. Y la bilirrubina directa o conjugada, esta se filtra por el riñón y da origen a la coluria cuando sobrepasa el umbral renal.

En la ictericia obstructiva las sales y ácidos biliares entran a la sangre, por lo que ocasiona bradicardia y prurito por irritación de las fibras colinérgicas y de algunas terminaciones nerviosas libres que son encargadas de conducir los estímulos de dolor.

CLASIFICACION

Existen muchas maneras de clasificar a la ictericia pero una forma sencilla de clasificarla es de la siguiente manera:

Con predominio de la bilirrubina indirecta o no conjugada

- A) Pre hepáticas
 - Producción excesiva: hemolisis, eritropoyesis ineficaz y reabsorción de grandes hematomas
 - Disminución del aporte de bilirrubina: insuficiencia cardiaca congestiva grave
- B) Hepáticas
 - Alteración de la captación: síndrome de Gilbert
 - Disminución en la conjugación: ausencia o deficiencia de glucuroniltransferasa
 - Hereditarios: síndrome de Crigler-Najjar
 - Adquirida: fármacos, hepatopatía grave

- Inmadurez transitoria: ictericia neonatal

Con predominio de la bilirrubina directa o conjugada

A) Hepáticas

- Trastornos hereditarios de la excreción: síndrome de Dubin-Johnson y Rotor
- Por lesión hepatocelular: hepatitis viral, por fármacos o alcohol, cirrosis
- Por colestasis intrahepática
 - Aguda: fármacos, sepsis, embarazo, posoperatorio
 - Crónico: cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, sarcoidosis, linfomas, colestasis recurrente benigna

B) Poshepáticas: colestasis renal extrahepática: coledocolitiasis, neoplasias

ENFOQUE DIAGNOSTICO

Hoy en día hacer el diagnóstico de ictericia es muy fácil y hay un 90% de ser certeros con el diagnóstico, para ello se debe de seguir esta secuencia:

1. Anamnesis
2. Examen físico
3. Exámenes de laboratorio
4. Métodos por imágenes no invasivos, en especial la ecografía
5. Estudios invasivos y endoscopias

ANAMNESIS

En esta parte se deberán de preguntar los siguientes datos:

Edad, sexo, hábitos, tóxicos, exposición, contactos, ingesta de medicamentos hepatotóxicos, forma de comienzo, presencia de fiebre y escalofrío, prurito, deterioro del estado general y otros antecedentes.

EXAMEN FISICO

En el examen físico se deberá prestar atención especial a:

Estado general, piel, sistema linfoganglionar, palpación hepática, palpación de la vesícula, palpación del bazo, otros hallazgos físicos, manifestaciones neurológicas, sangrado cutaneomucoso, color de la orina y de la materia fecal.

Grado de ictericia

- ❖ Color amarillo pálido (ictericia flavinica)
- ❖ Color amarillo rojizo (ictericia rubinica)
- ❖ Un tinte verde aceituna (ictericia verdinica)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ORINA OSCURA

- ❖ Coluria
- ❖ Urobilinogeno
- ❖ Melanuria
- ❖ Hemoglobina; hematuria
- ❖ Porfirinuria
- ❖ Fármacos: pirazolonicos, complejo vitamínico B, rifampicina

EXAMENES DE LABORATORIO

- ❖ Hemograma
- ❖ Eritrosedimentacion
- ❖ Hepatograma
- ❖ Suedocolinesterasas
- ❖ IgM para virus A
- ❖ Antígeno temprano para citomegalovirus

METODOS POR IMÁGENES NO INVASIVOS

- Ecografía
- Tomografía
- Colangiorensonancio

METODOS INVASIVOS Y ENDOSCOPICOS

- CTP
- CPRE
- Biopsia hepática

FARMACOS QUE PUEDEN PRODUCIR ICTERICIA

- Isoniacida, rifampicina, estolato y erilsuccionato de eritromicina, trimetroprima-sulfametoxazol, tetraciclinas, ketoconazol, tiabendazol
- Furosemda, clortalidona, alfa-metildopa, captopril, nifedipina, warfarina
- Clorpropamida, tolbutamida, fenformina
- Estrógenos, anabólicos
- Naproxeno, sulindac, alopurinol

CONCLUSION

Pues todas las enfermedades presentadas tienen su grado de dificultad y aunque parecen leves a veces sus causas son muy graves y si no se atiende en el momento se puede llegar a dificultar y puede acabar con la muerte.

Siempre hay que tener en cuenta la utilización de la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios, ya que cada enfermedad tiene sus características en signos y síntomas, la mayoría de las enfermedades presentadas en este trabajo pueden ser diagnosticadas mediante clínica, mas sin embargo su causa ya necesita de exámenes complementarios, aunque el examen complementario solo se usa en dado caso de estar seguro de que es esa enfermedad, para evitar gastos extras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(S/f). Semiología%20Médica,%20Argente%20-%20Alvarez.pdf. Recuperado el 26 de abril de 2023, de <http://Semiología%20Médica,%20Argente%20-%20Alvarez.pdf>