



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Ensayo: ictericia, cianosis y disnea

Alumno: Anayancy Morales Cano

Grado: 4to semestre

Grupo "B"

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Propedéutica, semiología y diagnóstico clínico.

Docente: Dr. Osmar Emmanuelle Vázquez Mijangos.

INTRODUCCION

En el presente trabajo abarcare los temas de ictericia, cianosis y disnea colocando los puntos más relevantes de cada uno de estos, ya que es de suma importancia tener al menos los conocimientos básicos de estos signos y síntomas para poder realizar una buena práctica y brindar una buena atención a nivel clínico, ya que, si no se conoce lo suficientemente bien estos temas no se podrá llegar a un diagnóstico adecuado.

Como breve prologo de cada tema podemos mencionar que la disnea es la dificultad respiratoria que se puede dividir en aguda o crónica de acuerdo a su velocidad de instauración, y en de esfuerzo y de reposo de acuerdo a la situación en la que se produce. La cianosis es la coloración azulada de la piel y las mucosas. Y la ictericia es la coloración amarilla de la piel y de las mucosas por aumento de la concentración de la bilirrubina sanguínea.

DISNEA

Es un síntoma que se define como la conciencia de respiración desagradable y laboriosa, secundaria al incremento del trabajo respiratorio.

Es importante determinar en cada paciente el significado real de la disnea, que expresa desde afecciones con amenaza vital originadas en los sistemas respiratorio, cardiovascular o neuromuscular, hasta otras en las que no hay sustrato orgánico o es de escasa magnitud.

Las causas de la disnea se encuentran agrupadas de la siguiente manera: Aumento de los requerimientos respiratorios, aumento del esfuerzo necesario para superar resistencia de las vías aéreas, aumento del esfuerzo necesario para distender el pulmón y la caja torácica, deterioro neuromuscular y alteraciones psicológicas que modifican el umbral de percepción consciente.

El sedentarismo, este tipo de personas pueden presentar disnea por desacondicionamiento o falta de condición física, esta se refiere a una respiración pesada.

La anemia puede deteriorar severamente la disponibilidad de oxígeno porque el transporte más importante de este gas está a cargo de la hemoglobina. Se desconoce el mecanismo por el cual la anemia produce disnea.

En la disnea asociada con trastornos psicológicos por ansiedad, es común la presencia de hiperventilación, que genera hipocapnia y alcalosis respiratoria que lleva a la hipocalcemia y a la disminución del flujo sanguíneo cerebral.

Debe establecerse la magnitud de la disnea y para ello es útil el uso de escalas, algunas de tipo visual analógico como la de Mahler, y otras como la de Borg, utilizan una escala progresiva en la que el registro de las respuestas oscila entre 0 (ausencia del síntoma) hasta 10 (expresión máxima o disnea intolerable). Más útil y práctico resulta cuantificar la disnea según el esfuerzo que la genera. En este sentido se puede utilizar la escala de la New York Heart Association, la misma que se utiliza para cuantificar el dolor torácico en la cardiopatía isquémica o el cuestionario del Medical Research Council (MRC).

La disnea puede dividirse en aguda y crónica según la velocidad de instauración. La aguda se presenta con un tiempo de evolución que varía desde minutos a horas y es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias. La disnea crónica se presenta con un tiempo

de evolución de semanas a meses y, en general, es un motivo de consulta programada en los consultorios médicos.

Otra manera de dividir la disnea es de acuerdo con la situación en la que se produce y su clase funcional. La disnea de esfuerzo es la manifestación más temprana y frecuente de la insuficiencia cardíaca izquierda, también puede ser causada por enfermedades pulmonares (es el síntoma más frecuente de los pacientes con EPOC), anemia, obesidad, ascitis o alteraciones de la caja torácica. La disnea de reposo suele estar asociada con edema pulmonar, TEP y neumotórax.

Frente a un paciente con disnea se deberá realizar una cuidadosa anamnesis y un prolijo examen físico que orientarán la solicitud de los exámenes complementarios.

Al inicio de la anamnesis el médico debe prestar especial atención al síntoma principal y, a continuación, completarla preguntando por otros síntomas y signos (aunque el paciente no los haya jerarquizado), además de los antecedentes familiares y personales como los hábitos y los antecedentes laborales, patológicos (asma bronquial, diabetes y síndrome metabólico) y quirúrgicos (si son recientes, frente a una disnea aguda, puede orientar hacia embolia pulmonar).

En la anamnesis de la disnea se debe preguntar también sobre su modo de presentación: gradual y progresivo o brusco.

La ortopnea es la disnea que aparece cuando el paciente adopta la posición de decúbito supino (acostado en la cama). La disnea paroxística nocturna es la aparición de disnea, generalmente por la noche, que despierta al paciente y lo obliga a levantarse o a sentarse en la cama para poder respirar, La trepopnea es la disnea que se manifiesta en el decúbito lateral. También es poco frecuente y se debe a enfermedades unilaterales del tórax, La platipnea es la disnea que aparece al ponerse de pie y que cede en decúbito dorsal. Se asocia con el fenómeno de ortodesoxia (hipoxemia arterial en posición de pie que mejora en el decúbito).

La exploración física comenzará durante la entrevista mediante la observación de signos de dificultad ventilatoria. La incapacidad para completar frases antes de detenerse a tomar aire sugiere deficiencia de la bomba ventilatoria con una menor capacidad vital.

La solicitud de exámenes complementarios estará guiada por el diagnóstico presuntivo que surge de la anamnesis y el examen físico.

CIANOSIS

La cianosis es la coloración azulada de la piel y las mucosas. Se trata de un signo cardinal en la definición de los trastornos de la oxigenación tisular.

Se desarrolla cianosis cuando la concentración absoluta de hemoglobina (Hb) reducida es de 5 g/dL o mayor en la sangre capilar; este hecho indica un defecto en el transporte de O₂. El transporte de O₂ hacia los tejidos depende de las funciones pulmonar y cardiovascular y de los cambios en la curva de disociación de la oxiHb y en la P50.

Los eritrocitos y la Hb tienen que permanecer suficiente tiempo en las circulaciones pulmonar y regionales para permitir el intercambio gaseoso. El flujo pulmonar debe distribuirse adecuadamente en el sector pulmonar en relación con el espacio alveolar para favorecer un adecuado nivel de oxigenación de la Hb.

La velocidad circulatoria, o sea el desplazamiento de una partícula sanguínea en la unidad de tiempo, depende del flujo y el área de sección del segmento vascular considerado. En los tejidos, la velocidad circulatoria disminuye porque el área de sección capilar en su conjunto es mucho más grande que en la aorta o en las arterias de distribución.

La oxiHb y la Hb reducida o desoxiHb tienen distinta coloración debido a sus diferentes espectros de absorción de la luz en el espectro visible. Esa coloración se transmite a la piel y a las mucosas, generando el signo cianosis. Se ha determinado que la cianosis aparece cuando la concentración absoluta de Hb reducida es superior de 5 g/dL de sangre capilar.

La cianosis crónica está acompañada por signos específicos, entre los cuales se encuentra la poliglobulia, consecuencia de la hipoxia crónica y factor contribuyente a la aparición de cianosis. Otro signo es la acropaquía o de do sen palillo de tambor (clubbing en inglés) que es el agrandamiento selectivo de las extremidades de los dedos que se observa en forma casi exclusiva en las cianosis centrales.

Los pacientes con cianosis suelen tener trastornos de la coagulación por disminución de plaquetas y factores de la coagulación. Asimismo, la posibilidad de embolias cerebrales es mayor en los casos de defectos septales congénitos.

La coloración azulada característica de la cianosis puede presentarse en la argiria y se debe al depósito cutáneo de sales de plata en los pacientes que ingieren de manera prolongada medicamentos que las contienen.

Desde el punto de vista clínico, y de acuerdo con el mecanismo de insaturación, se reconocen tres tipos fundamentales de cianosis: central, periférica y mixta.

La cianosis central es universal y puede observarse mejor en los labios, las regiones malares, la lengua y la mucosa bucal, sobre todo sublingual. La cianosis periférica abarca predominantemente regiones acrales y se aprecia en las manos y los pies, los dedos, los lechos ungueales y la piel de las regiones rotulianas y de los tobillos; no afecta las mucosas, mejora con el calor o el masaje, no aparece acompañada por poliglobulia ni acropaquia y no se modifica con la administración de oxígeno. Las cianosis mixtas constituyen una mezcla de insaturación arterial y venosa. Son originalmente centrales y vinculadas con la existencia de cortocircuitos cardíacos o pulmonares de derecha a izquierda que provocan la entrada de sangre venosa al sector arterial, pero pueden asociarse con insuficiencia cardíaca. Un tipo especial de cianosis es la llamada diferencial, que compromete los miembros inferiores, pero no los superiores ni la cara.

En los pacientes con cardiopatías cianóticas, en general congénitas, se desarrolla cianosis por el pasaje de sangre venosa al sector arterial como resultado de la presencia de un cortocircuito de derecha a izquierda en el corazón. La magnitud del defecto determinará el grado de desaturación de la sangre arterial.

La cianosis no constituye un trastorno orgánico per se, sino que es un epifenómeno de una interacción de variables que deben evaluarse e interpretarse cuidadosamente.

La anamnesis estará dirigida a la búsqueda de antecedentes de enfermedades broncopulmonares (que orientan hacia cianosis central) y cardíacas (cianosis periférica o mixta). En todos los casos se preguntará sobre síntomas concomitantes, tiempo de evolución de la cianosis y su relación con el esfuerzo.

El examen físico inicialmente se deberá diferenciar la cianosis central de la periférica. En la primera, el examen físico estará orientado hacia el aparato respiratorio en la búsqueda de alteraciones productoras de hipoxemia. Frente a una cianosis periférica generalizada, el examen se orientará hacia el aparato cardiovascular y buscará signos de shock, insuficiencia cardíaca o taponamiento. En el caso de una cianosis periférica localizada que compromete un miembro, habrá que buscar signos de trombosis venosa profunda o de obstrucción arterial. Si se sospecha cianosis central, se deberá solicitar una radiografía de tórax y un análisis de los gases en sangre arterial. Si se piensa en cianosis periférica generalizada, será necesario pedir además un ECG y un ecocardiograma.

ICTERICIA

Coloración amarilla de la piel y de las mucosas por aumento de la concentración de la bilirrubina sanguínea. Es una de las alteraciones de la coloración de la piel de mayor significado clínico y su presencia asegura la existencia de una situación mórbida.

Para reconocerla se debe examinar al paciente con luz natural, porque la luz artificial puede disimular hiperbilirrubinemias leves. En la esclerótica y en el paladar blando la ictericia se reconoce con facilidad por la especial afinidad de la bilirrubina por la elastina. La concentración normal de bilirrubina sérica varía entre 0,3 y 1 mg/dL (5,1 a 17 nmol/L). Cuando supera los 2 mg/dL se exterioriza clínicamente como ictericia.

El metabolismo de la hemoglobina origina el 80-85% de la bilirrubina, y el clivaje de la mioglobina, el citocromo y otras enzimas celulares (catalasas, peroxidases) tienen hemo (ferroprotoporfirina IX) y la eritropoyesis ineficaz, el 15-20% restante. Dos tercios se originan en el sistema reticuloendotelial del hígado y el resto en el bazo, la médula ósea y los capilares.

En la circulación existen dos formas de bilirrubina a bilirrubina indirecta o no conjugada, que es hidrófoba y se encuentra firmemente ligada a la albúmina, y por tal razón no filtra por el riñón y no aparece en la orina. La segunda es la bilirrubina directa, que filtra libremente por el riñón y da origen a la coluria cuando sobrepasa el umbral renal.

La vida media de la bilirrubina se prolonga de 4 horas hasta 21 días y por lo tanto es lenta la recuperación de sus valores a la normalidad. La ausencia de bilirrubinuria, porque la delta bilirrubina no se excreta por la orina.

Existen diferentes maneras de clasificar las ictericias, pero debido a la necesidad de contar con una determinación de la concentración de bilirrubina para la confirmación diagnóstica, resulta práctico guiarse por este parámetro y dividir las en dos grandes grupos según el tipo de bilirrubina predominante: hiperbilirrubinemia no conjugada: Sobreproducción, disminución de la captación hepática y disminución de la conjugación; hiperbilirrubinemia conjugada: enfermedad hepatocelular, colestasis intrahepática, colestasis extrahepática.

En la anamnesis muchos datos que surgen del primer contacto con el paciente o que se obtienen por la anamnesis de los antecedentes y de la enfermedad actual, pueden brindar, cuando se los evalúa en conjunto, una clara orientación diagnóstica inicial. Son los

siguientes: Edad y sexo, hábitos y tóxicos, exposición y contactos, ingesta de medicamentos hepatotóxicos, forma de comienzo, presencia de fiebre y escalofríos.

De igual modo que la anamnesis, el examen físico dirigido permitirá en muchos casos precisar aún más la etiología probable de la ictericia. Se deberá prestar especial atención a: estado general, piel, palpación del bazo, entre otros.

El hemograma permite evaluar los descensos en el hematocrito y las alteraciones en la morfología eritrocitaria que pueden ayudar en el reconocimiento de una ictericia hemolítica. El proteinograma electroforético en un paciente icterico permite evaluar la suficiencia hepática según la concentración de albúmina.

Ictéricos por defectos congénitos en el metabolismo de la bilirrubina: Antecedentes familiares y de episodios similares con reversión espontánea. La única alteración de laboratorio es la hiperbilirrubinemia no conjugada o indirecta en la forma más común, que es la enfermedad de Gilbert. Ictéricos por hemólisis: Son ictericos anémicos. Tienen heces hipercólicas, orina oscura por aumento de la urobilinuria y ausencia de coluria. Ictéricos por colestasis: Existe una alteración del flujo biliar normal cuya causa puede encontrarse dentro del hígado (colestasis intrahepática) o en la vía biliar (colestasis extrahepática). Ictéricos por hepatonecrosis: Existe ictericia con coluria y normocolia.

Por ser un método accesible, económico y con alto rédito diagnóstico, la ultrasonografía (ecografía) hepatobiliar es el procedimiento de elección para iniciar el estudio por imágenes no invasivo del paciente icterico. La tomografía computarizada (TC) debe solicitarse si la ecografía no ha permitido realizar un diagnóstico definitivo. La colangiorrsonancia es una técnica nueva que permite la visualización de los conductos biliares y pancreáticos sin el uso de material de contraste, y parece ser tan eficaz como la tomografía.

CONCLUSION

Tener conocimiento de los puntos relevantes de estos temas es de suma importancia para nuestra formación ya que nos ayudaran en un futuro para poder realizar un buen diagnóstico, es por eso que en el trabajo trate de enfatizar los puntos más específicos que nos ayudaran en un futuro.

El conocer la definición, la causa, la semiología, clasificaciones, el uso de escalas en algunos casos, la anamnesis, el examen físico y algunos estudios de laboratorio y complementarios es realmente importante.

Conocer un poco la fisiopatología del signo o síntoma nos ayudara a conocer el porque se da y a que posibles patologías pueden estar ligados.

Aunque hay algunos síntomas y signos que conocen a base de anamnesis, hay muchos otros que necesitan un examen físico también.

BIBLIOGRAFIA

Argente, & Álvarez. (s. f.). Semiología Médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza-aprendizaje (2.a ed.). panamericana.