

**Universidad del Sureste**

**Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Ictericia, Cianosis y Disnea**

**Materia: Propedéutica, Semiología y Dx  
físico**

**Alumno: Vázquez López Josué**

**Grupo B**

**Grado:4 semestre**

**Profesor: Dr. Osmar E. Vázquez Mijangos**

## **Introducción**

En la introducción vamos a mencionar sobre las partes importantes de la semiología, de los cuales mencionaremos 3 patológicos que son la Disnea, Cianosis e Ictericia, esas patologías determinan en signo y síntomas que puede presentar en los seres humanos, en esas es muy importante de la representa una forma de que la cual podemos identificar cada uno de ellos que presenta en las parte importante de los seres humanos, de los cuales por ejemplo mencionaremos un parte importante de cada patología: la disnea se define como la sensación subjetiva de dificultad en la respiración, que engloba sensaciones cualitativamente diferentes y de intensidad variable y la cianosis da como resultado de una deficiente oxigenación de la sangre del cuerpo humano, de las cuales pude presentar diferentes patológicos y causas de ese., y por el últimos la ictericia es la manifestación más visible de las enfermedades hepáticas y del tracto biliar, que consiste en la coloración amarilla de la piel, las mucosas y los líquidos orgánicos, debido a su impregnación por la bilirrubina. En ese caso los tres patología o enfermedades que mencionamos, es unas de las cuales presenta en el cuerpo humano, que pueden incluir diferentes patológicos y también puede dar causas mayores y tal como menores en ese caso, hablaremos todos los proceso que conlleva a cada enfermedades que menciona, y los cual cada uno tiene diferentes causas y los que pude presentar a un res humanos y millones de humanos, y es muy importante de saber cada uno de ellos para poder tener una mayor saber y prevenir y tener la mayor importante del cuidado como uno mismo, así que se redacta cada ejemplo y causa y procedimientos de cada uno de las enfermedades generales que mencionamos..

## **Desarrollo**

### **DISNEA**

Etimológicamente del latín, disnea significa dificultad en la respiración. La disnea es un síntoma y puede ser definida como la conciencia de respiración desagradable y laboriosa, secundaria al incremento del trabajo respiratorio.

#### **Causas de disnea**

1. Aumento del esfuerzo necesario para superar resistencias de la vía aérea:  
El asma bronquial – enfermedad pulmonar obstructiva crónica – fibrosis quística y obstrucción por cuerpo extraño
2. Aumento de los requerimientos ventilatorios:  
El ejercicio intenso en atletas o moderado en sedentarios – hipoxemia y/o hipercapnia – acidosis – embolia pulmonar – anemia
3. Aumento del esfuerzo necesario para distender el pulmón y la caja torácica:  
Las enfermedades infiltrativas pulmonares – edema de pulmón no cardiogénico, edema de pulmón cardiogénico, cifoescoliosis, derrame pleural y neumotórax
4. Alteraciones psicológicas que modifican el umbral de percepción consciente:  
trastornos por ansiedad – ataques de pánico
5. Deterioro neuromuscular:  
Poliomielitis, lesiones medulares, miastenia grave, síndrome de Guillain-Barré

#### **Evaluación de la disnea mediante escalas:**

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.

## **Fisiopatología**

Para la disnea (aunque estudios por RM han permitido identificar algunas áreas específicas en el mesencéfalo que pueden mediar la percepción de la disnea).

Es probable que la experiencia de la disnea se produzca por la interacción compleja entre la estimulación de quimiorreceptores, alteraciones mecánicas en la respiración y la percepción de esas alteraciones por el sistema nervioso central. Algunos autores han descrito el desequilibrio entre la estimulación neurológica y los cambios mecánicos en los pulmones y la pared torácica como un desacoplamiento neuromecánico.

## **Formas clínicas de presentación**

De acuerdo con la velocidad de instauración de la disnea se la puede dividir en aguda y crónica.

- La disnea 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. Sus causas más frecuentes son:
  - Asma bronquial
  - Ansiedad/hiperventilación
  - Traumatismo torácico
  - Embolia pulmonar
  - Neumotórax
  - Edema agudo de pulmón cardiogénico y asma cardíaca
- 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. Las causas más comunes de disnea crónica son:
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Enfermedad intersticial pulmonar
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC);
  - Enfermedades neuromusculares
  - Obesidad
  - Anemia
  - Ansiedad.

De acuerdo con la situación en la que se produce y su clase funcional, la disnea puede ser catalogada como de esfuerzo o de reposo.

- La disnea de esfuerzo es la manifestación más temprana y frecuente de la insuficiencia cardíaca izquierda. Además de enfermedades cardíacas, 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. La presencia de disnea de reposo en un paciente que no refiere disnea de esfuerzo debe hacer sospechar un origen funcional o psicógeno.

#### **Disnea y de cubito se puede clasificar por:**

- 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 platipnea es la disnea que aparece al ponerse de pie y que cede en decúbito dorsal.
- La ortopnea es la disnea que aparece cuando el paciente adopta la posición de decúbito supino (acostado en la cama).
- La trepopnea es la disnea que se manifiesta en el decúbito lateral.

#### **Examen físico**

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.

En la exploración general se deben buscar signos de anemia, (palidez de conjuntivas) y la presencia de cianosis (coloración azulada de piel y mucosas) que expresa signos de hipoxemia y aumento de la hemoglobina reducida por encima de 5 g/dL.

# 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.

## Fisiopatología

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 O<sub>2</sub>. El transporte de O es la resultante de la existencia de un mecanismo complejo que, en los animales superiores, permite la llegada del O<sub>2</sub> a las células. En los animales inferiores unicelulares, el O<sub>2</sub> difunde directamente por gradiente de PO<sub>2</sub> y de acuerdo con su constante de difusión. El O<sub>2</sub> es poco soluble en agua, pero difunde de manera adecuada en membranas lipofílicas.

El transporte de O<sub>2</sub> 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.

## Etiología

Principalmente se causa por el aumento en la cantidad de hemoglobina reducida (hemoglobina desoxigenada) o de los derivados de hemoglobina (por ejemplo, la metahemoglobina o sulfahemoglobina) en los vasos sanguíneos pequeños de esos tejidos.

## Se puede Clasificar en

- **En la cianosis central**, la sangre que sale del corazón es de color azul debido a un trastorno en la saturación arterial de oxígeno, y se requiere un nivel mínimo de 2.38 g/dL de hemoglobina desoxigenada en sangre arterial (4.25 g/dL en los capilares y pequeñas vénulas) para que la cianosis se haga clínicamente evidente; se aprecia mejor en las áreas donde la epidermis es delgada y los vasos subepidérmicos abundantes: labios, lengua, mucosa oral, nariz, mejillas, orejas, manos y pies.
- **En la cianosis periférica**, la sangre que sale del corazón es roja pero se vuelve azul en el momento en que llega a los dedos de las manos y los pies, debido a enlentecimiento de la circulación sanguínea capilar con extracción aumentada de oxígeno por los tejidos periféricos que permite suficiente acumulación de desoxihemoglobina para tornarla azul en los pequeños vasos subepidérmicos (la mucosa oral sigue estando rosada); causas comunes son el bajo gasto cardiaco, obstrucción arterial y enfermedad venosa (por ejemplo, fenómeno de Raynaud).

## **Semiología**

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 acropaquia o dedos en palillo de tambor que es el agrandamiento selectivo de las extremidades de los dedos que se observa en forma casi exclusiva en las cianosis centrales.

## **Diagnóstico diferencial**

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. Su observación es rara y la diferencia semiológica fundamental está dada porque la coloración azulada no desaparece con la vitropresión.

## **Anamnesis**

Estará dirigida a la búsqueda de antecedentes de enfermedades broncopulmonares (que orientan hacia cianosis central) y cardíacas (cianosis periférica o mixta). Además deberá investigarse el antecedente de ingesta de nitratos (metahemoglobinemia). En todos los casos se preguntará sobre síntomas concomitantes, tiempo de evolución de la cianosis y su relación con el esfuerzo.

## **Examen físico**

Inicialmente se deberá diferenciar la cianosis central de la periférica.

En la primera cianosis central, el examen físico estará orientado hacia el aparato respiratorio en la búsqueda de alteraciones productoras de hipoxemia (bronquitis crónica, neumonía, embolia pulmonar). 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

## **Exámenes complementarios**

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. En todos los casos es de fundamental importancia solicitar un hemograma para evaluar la cantidad de hemoglobina y descartar poliglobulia. En aquellos sin diagnóstico claro, se pedirá una espectroscopia para evaluar la presencia de hemoglobinas anormales. En el paciente con cianosis localizada en una extremidad, se impone la realización de un eco-Doppler vascular

## **ICTERICIA**

La ictericia se lo denomina a la 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 diagnosticar se debe examinar al paciente con luz natural, y la luz artificial puede disimular hiperbilirrubinemias leves. La tez morena, las extremidades paralizadas y las áreas edematizadas tienden a no colorearse en presencia de hiperbilirrubinemia. 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. Sin embargo, solo 70 a 80% de los observadores detectan ictericia con valores de bilirrubina de 2 a 3 mg/dL. La sensibilidad del examen aumenta al 83% cuando la bilirrubina supera los 10 mg/dL y al 96% cuando es mayor de 15 mg/dL. Los valores entre 1 y 2 mg/dL definen la hiperbilirrubinemia subclínica (mal llamada ictericia subclínica), que también tiene significado diagnóstico.

## **Clasificación**

La ictericia existe diferente clasificación para tratar, debido a la necesidad de contar con una determinación de la concentración de bilirrubina para la confirmación diagnóstica, resulta formar por este parámetro y dividirlos en dos grandes grupos según el tipo de bilirrubina predominante com: Hiperbilirrubinemia conjugada y Hiperbilirrubinemia no conjugada.

## **Anamnesis y examen físico**

La historia clínica, es el primer paso en el abordaje de un paciente icterico y quizás el más importante, pues esto orientará sobre el cuadro en general y dictará los exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes por escoger. Es aquí donde deberá recopilarse toda la información clínica pertinente. Deberá investigarse lo siguiente:

**1. Antecedentes:** edad; historia familiar de enfermedad hepática; comorbilidad (antecedentes patológicos); exposición a toxinas (accidental o intencional), historia de medicamentos de uso común o esporádico; antecedentes quirúrgicos y uso de anestésicos; exposición a agentes infecciosos; uso de drogas ilícitas intravenosas.

**2. Síntomas:** dolor abdominal; fiebre; tiempo de evolución de la ictericia; pérdida de peso; coluria y acolia

**3. Signos:** datos de hepatopatía crónica; exploración abdominal (dolor, masas, líquido); estado del sensorio (encefalopatía); cicatrices abdominales; Ascitis.

## **Conclusión**

Como la conclusión se dio a conocer cada uno de las enfermedades generales de signos y síntomas que presenta cada uno de ellos, los cual se menciones cada uno de sus causas y cada uno de sus clasificaciones, de los cuales se interviene en un procesos médica para poder tratar y diagnosticar los que un paciente presenta y también es muy importante de comprender cada uno de ellos que las cual presenta, ya que es importante de que conlleemos sus características y parte.

En lo más importante de cada uno de ellas, es saber diagnosticar y identificar sus causa de puede presentar aun un ser humano, por las cuales, como sabes que tienes diferentes característica y causas los cuales no usen los mismo patología, siempre y cuando se presenta a una identificación, si puede ser las misma, pero los mas no lo son, pero es importante de poder llevar a cabo un mayor disciplina y mayo valor para informar cada uno de ellos, para poder obtener su resultadis bien y cin ayudas de los medicamentos para curarlo...

## Bibliografía

Sofia I. Hernandez, J. J. (mayo 2013). Disnea, cianosis y ictericia. En H. A. Alvarez, *Semiología Médica-fisiopatología, semiotécnica y propedéutica 2 edición*. Buenos Aires: 1ª edición en formato digital. ensayo..!