



Medicina humana

Brayan Velázquez Hernández

Osmar Emmanuelle Vázquez Mijangos

PASIÓN POR EDUCAR

Ensayos

Semiología

Grupo: “B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 25/04/2023

INTRODUCCION

Iniciamos con 3 temas que son muy importantes para el saber en conocimiento más que nada hablaremos de tres temas que son cianosis disnea y ictericia dando a conocer un probadita de cada tema ya que son muy largos e les facilito a la introducción a la lectura para lo más importante que debemos conocer para una buena investigación de estas tres lecturas para facilitar lo que es La lectura al mismo tiempo mucho se ha dicho sobre el avance que tenemos en estos temas ya que los vamos a encontrar en el hospital más que nada para ayudarnos a una mejor comprensión al llegar el paciente a consulta este trabajo fue elaborado del el libro para un mejor entendimiento y comprensión a la hora de leer y aumentar la confianza de los lectores en busca de información deducida en mi trabajo.

ICTERICIA

Se le denomina ictericia la coloración amarilla de la piel y las mucosas todo aumento de la concentración de la bilirrubina sanguínea para reconocer se debe caminar al paciente con la luz natural ya que la luz natural puede afectar a con hiperbilirrubinemia y las extremidades paralizadas y las áreas dematizadas tienden a no colorear en presencia de hiperbilirrubinemia la concentración normal de la bilirrubina sérica varía entre 0,3 mg/dl se exterioriza clínicamente como ictericia. La sensibilidad del examen aumenta al 83% cuando la bilirrubina supera los 10MG/DL Y AL 86% CUANDO es mayor de 15mg/Dl los valores entre 1 y 2 mg /dl. La hiperbilirrubinemia se define como ictericia el metabolismo del hemoglobina original el 80 y 85 por cientos de la bilirrubina una parte de la bilirrubina conjugada está unida covalentemente a la albumina y esta aumenta progresivamente a medida que la ictericia progresa la vida media de la bilirrubina se prolonga de 4 horas hasta 21 días Por lo tanto es lenta la recuperación de sus valores a la normalidad en la circulación Existen dos formas de bilirrubina que se diferencia entre sí porque una de ellas aunque no ha llegado al hepatocito no se encuentra conjugada con el ácido uránico lo vamos a conocer como bilirrubina conjugada y la otra es la directa la primera se va siempre se va a encontrar firmemente ligada a la albúmina y esta se filtra en el riñón y no aparece en la orina como y la segunda la directa que filtra libremente por el reñón y da origen a la coluria cuando sobrepasa el umbral renal existen diferentes maneras de clasificar la ictericia pero debido a la necesidad de contar con una determinación de la concentración de la bilirrubina para la confirmación diagnóstica resulta práctico guiarse por ese parámetro y dividirlos en dos grandes grupos según el tipo de bilirrubina predominante sobre producción hemólisis extravascular extravasación hemólisis intravascular disceritropoyesis También vamos a clasificar como hábitos y tóxicos hábitos sexuales cómo sería homosexualidad y bisexualidad y drogadicciones vamos a calcular también esto como también sería el dolor abdominal deterioro del Estado general exposición y contactos deterioro y otros antecedentes que deberíamos averiguar sobre esas patologías como ingesta de medicamentos a la hepatopsódicos formas del comienzo presencia de fiebre y escalofríos todo esto vamos a checar y en el examen físico 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 presentar especial atención como el estado general y algunos colores como amarillo o pálido para detectar coexistencia de anemia o una ictericia leve para que podamos confirmar eso también Vamos a checar color amarillo o rojizos un tinte verde

aceituno que se observan los pacientes con colestiasis la piel además los signos de rascado en los casos de colestitis y otros signos característicos que deben Buscar en la piel de un paciente y te dice como coloraciones amarillas la hiperpigmentación de la piel se observa en la hemocromatosis y el amarillo de Kaiser Blazer en la córnea es caracterizado de enfermedad de Wilson.

CIANOSIS

Cianosis en situaciones especiales esta va a dar una fisiopatología cardiopatía cianóticas en general congénitas se desarrolla cianosis por pasaje de sangre venosa al sector arterial y Esto va a dar un resultado a la magnitud del defecto determinado y el grado de saturación de la sangre arterial y vamos a tener cardiopatías más comunes como heterología de fallot anomalías de austrain grandes vasos complejo de ensay Maker tetralogía de Fire vamos a ver que existe un defecto del tabique interventricular con estenosis pulmonar valvular el Shut de derecho a izquierdo aparece desde el nacimiento en los primeros meses de vida y se acompaña de dedos de palillo temblor y poliglobulia vamos a encontrar que cianosis la poliglobulia taquicardia taquipnea pérdida de conciencia y esto nos va a llevar a la magnitud de la obstrucción pulmonar y de la desaturación sanguínea arterial Esto va a ser una anomalía de epstein se caracteriza por presencia de válvulas tricúspide arterial excesivamente largas que se hacen pequeñas en el ventrículo derecho y agrandan las aurículas derechas vamos a encontrar de esto que la válvula determina aumento de la presión auricular de efecto del tipo fosal cortocircuito derecho a izquierdo va a haber una transición de los grandes vasos la cianosis resulta evidente desde el nacimiento y va a pasar a usualmente persistencia desde el conducto arterioso o de la fosa oval va a haber otro pasaje parcial de la sangre oxigenada hacia el sector aórtico sistémico un complejo de einsteiner va a ser los grandes comunicaciones aurículas o ventrículos y esto nos va a llevar a la aparición de cianosis indica la inversión del flujo y representa el grado de la hipertensión pulmonar vamos a empezar con la exploración física durante la entrevista mediante la observación del signo de dificultad de la ventilatoria la incapacidad para completar frases antes de detenerse de tomar aire deficiencia de la bomba ventilatoria con una menor capacidad vital vamos a encontrar aumentada la frecuencia respiratoria y manifestaciones respiratoria como la retracción supraventricular persona sentada con el peso sobre las manos apoyadas en las rodillas problemas de la bomba respiratoria rigidez pulmonar o la pared del tórax vamos a encontrar que el paciente suele tener una respiración rápida y superficial taquipnea e hipopnea un paciente con EPOC o asma el presente de una obstrucción al paso del aire en el tracto respiratorio inferior el paciente con obstrucción de la vía aérea extra torácica presenta un fenómeno inverso bradipnea inspiratoria acompañada del estrellador de tiraje supraesternal y supraventricular en exploración general se deben Buscar signos de anemia palidez de conjuntivas en presencia de cianosis coloración azulada de piel y mucosas esclerosis cutánea y las alteraciones compatibles con enfermedades de rinouts orienta hacia la enfermedad del tejido conectivo sabemos que la cianosis es la coloración azulada anormal de la piel y mucosas causadas por la circulación de la sangre azulada en capilares superficiales y vénulas definición clásicas que sabemos se produce cuando la hemoglobina reduce tiene valores mayor 5 gramos de cilitros como síntomas vamos a tener la coloración azulada como un signos cianosis como síndrome

síndrome cianótico vamos a encontrar que tenemos dos el pseudocianosis que va a ser la coloración azulada causada por depósito de pigmentos azulados en la piel la cianosis diferencial vamos a encontrar que la coloración rosada en la parte superior del cuerpo productal y cianosis en la parte inferior del cuerpo productal sabemos que la moléculas vamos a transportar cuatro moléculas de oxígeno le hemoglobina va a llevar cuatro cadenas péptidas dos alfas y dos betas cada cadena una de globina más el grupo hemo y este grupo hemo va a contener hierro y el oxígeno se va a unir al hierro y va a ser hierro ferroso la hemoglobina posee un color diferente en el aspecto de la luz dependiendo del Estado reducido oxigenado vamos a encontrar dos tipos de cianosis la central y la periférica que abandona El corazón es azulada la periférica la Pero se ve azul a medida que llega a tejidos distales y periféricos va a haber un menor aporte de oxígeno de hipoxemia y hemoglobinopatía otra va a ser la mayor consumo de oxígeno alteraciones del gasto cardíaco alteraciones de vasomotoras vamos a encontrar que el síndrome cianótico va a ser un central afecta mucosas principalmente oral labial lingual no mejoras al aplicar calor o masajes musculares una piel Generalmente muy caliente Generalmente refleja alteración a nivel pulmonar en hemoglobina origen pulmonar neumonía época neumotórax vamos a tener un origen alteración de la hemoglobina hemoglobunopatías hemoglobinapinemia y la cianosis periférica no afecta a mucosas pero sí segmentos distales del cuerpo uñas de dos manos mejoras de aplicar calor o masaje muscular piel Generalmente tiene fría generalmente se refleja alteraciones a nivel cardiovascular y tisular periférico localizada trombosis venosa profunda en bola arterial flebotrombosis y generalizada en insuficiencia cardíaca shock cardiogénico taponamiento exposición al frío

DISNEA

Disnea esto significa dificultad en la respiración la disnea es el síntoma que puede ser de afinidad como conciencia respiratoria desagradable y laboriosa en este sentido y el análisis de la disnea debe enmarcarse en el ámbito de la psicofísica que estudia las sensaciones y las percepciones en una primera instancia se produce una sensación que no es que un estímulo transmitido a través de neuronas aferentes hacia los centros reguladores el sistema nervioso central además la percepción de esfuerzo ventilatorio la disnea comprende una dimensión emocional cognitiva en función de experiencias previas u otros factores ambientales para esa persona en este sentido es importante determinar en cada paciente significando real de estas síntomas que expresan desde afecciones con avances vital originadas en los sistemas respiratorios cardiovasculares neuromusculares hasta otras en las que no hay sustrato orgánico o es de escasa magnitud y sabemos que en las disneadas vamos a encontrar diferentes causas como aumento de los requerimientos ventilatorios Esto va a ser un que un ejercicio intenso de atleta o moderado de sensorios puede haber una hipoxemia acidosis embolia pulmonar o una anemia también encontramos un aumento de esfuerzo necesario para superar resistencias de las vías aéreas como asma bronquial encontramos enfermedad pulmonar de obstrucción crónica fibrosis quística obstrucción de cuerpos extraños aumento del esfuerzo necesario para distender en pulmones en la caja torácica enfermedades inflamatorias y pulmonares un edema pulmonar no cardiogénico edema pulmonar cardiogénico si fue escólisis derrame plural neumotórax ante una atenosis de las vías respiratorias se prolonga el tiempo espiratorio y en las regiones de estenosis aumenta la velocidad del aire espirado que origina un círculo turbulento el esfuerzo de los músculos respiratorios deben aumentar para vencer las resistencias al flujo aéreo en los gases en sangre se manifiestan las alteraciones de las relaciones ventilación perfusión y en la evaluación de la disnea mediante escalas luego detectando el síntoma debe establecerse la magnitud de disnea y por ello Es útil el uso de escalas de los que existen de diferentes orígenes y con usos variables algunos de tipos analógicos con la de madler y otros como la de borg utilizan una escala progresiva en la que el riesgo de las respuestas o si sale entre ausencias del síntoma hasta 10 más útil y práctico resulta cuantificar la disnea según el esfuerzo que la generan en este sentido se puede utilizar la escala de newtwork hertz association a la misma que se utiliza para modificar el valor torácico cada paciente se debe interrogar sobre el grado de actividad física necesaria para que se manifieste la disnea teniendo siempre en cuenta la sensibilidad indual y actividad diaria habitual el esfuerzo para generar disnea varía mucho de la persona a otra edad de manera que lo relevante es identificar un esfuerzo que antes no produzca disnea y ahora sí lo hacen vamos a ver cómo se presenta de acuerdo con la velocidad de la estructuración de la disnea se puede dividir en aguda y Crónica la disnea aguda se presenta con tiempo de evolución varía desde

minutos a horas y es motivo de consultar habitual en el servicio de urgencias sus causas más frecuentes son ansiedad hiperventilación asma bronquial traumatismo torácico en bola pulmonar neumotoras y un edema agudo Crónica se presenta en un tipo de evolución de semanas meses y en general es un motivo de consulta programada de los consultorios médicos de acuerdo a la situación en la que se produce y su clase funcional de disnea puede ser catalogada como esfuerzo de reposo íbamos a encontrar la tos de síntomas frecuentes en patologías respiratorias y se produce por estimulación de los receptores periféricos situados en la mucosa nasofarigio bronquial en la pleura y en el tejido pulmonar entre todas las causas se deben mencionar por frecuencias en la época

CONCLUSION

Pues ya terminada concluyo que ah sido un tema muy importante para el aula en donde llevamos los temas a fondo y dedujimos que son patologías importantes básicas que encontraremos en nuestra área simple

BIBLIOGRAFIA

Argente-Álvarez (2013). Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza-aprendizaje centrada en la persona. (2ª ed).