



**Universidad del sureste**

**Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Ictericia, edema, cianosis**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Nombre del alumno: Alinne Pérez Velasco**

**Grupo: "B"**

**Grado: Cuarto semestre**

**Materia: Propedéutica, semiología y  
diagnostico físico**

**Nombre del profesor: Osmar Emanuelle  
Vázquez Mijangos**

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de abril de 2023

## Ictericia, edema y cianosis

En este ensayo hablaremos sobre los signos y síntomas como ictericia, edema, cianosis, que nos llevaran a un diagnóstico y como es que estos signos y síntomas son una manifestación de algo anormal que está pasando en nuestro cuerpo, es por eso que explicaremos también las clasificaciones de cada signo y síntoma, su fisiopatología, los grados de severidad, conceptos que se derivan de cada uno y con su propio significado.

### Ictericia

Se denomina ictericia a la coloración amarilla de la piel y de las mucosas por aumento de la concentración de la bilirrubina sanguínea.

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.

#### - Fisiopatología

La hemooxigenasa actúa sobre el hemo y genera biliverdina, sobre la que actúa la biliverdina-reductasa dando origen a la bilirrubina, pigmento tetrapirrólico del que se producen cada día entre 250 y 300 mg. Esta bilirrubina es insoluble en agua y para ser transportada al hígado debe solubilizarse uniéndose a la albúmina.

En la circulación existen dos formas de bilirrubina que se diferencian entre sí porque una de ellas, que aún no ha llegado al hepatocito, no se encuentra conjugada con el ácido glucurónico, mientras que la otra sí lo está.

**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.

**Bilirrubina directa**, que filtra libremente por el riñón y da origen a la coluria cuando sobrepasa el umbral renal.

#### - Clasificación

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 conjugada
- Hiperbilirrubinemia no conjugada

#### - Anamnesis

**Edad y sexo:** antes de los 30 años, la causa más común de ictericia es la hepatitis viral; después de los 50 años, predominan la litiasis biliar, el cáncer de páncreas y de la vía biliar y la cirrosis alcohólica.

**Hábitos y tóxicos:** los hábitos sexuales (promiscuidad, homosexualidad, bisexualidad) y la drogadicción siempre deben evaluarse correctamente, ya que indican una mayor exposición a algunos virus productores de hepatonecrosis, cirrosis y hepatoma.

**Exposición y contactos:** la anamnesis deberá precisar riesgos laborales.

**Ingesta de medicamentos hepatotóxicos:** una gran cantidad de fármacos causan ictericia por diferentes mecanismos.

**Forma de comienzo:** el comienzo brusco de la ictericia es característico de la hepatitis viral, la inducida por drogas y la litiasis coledociana.

**Presencia de fiebre y escalofríos:** la fiebre puede preceder o acompañar a la ictericia en la hepatitis viral, las hepatitis tóxicas, hígado de sepsis.

- **Grado de ictericia**

- El color amarillo pálido (ictericia flavínica) indica la coexistencia de anemia e ictericia leve.
- El color amarillo rojizo (ictericia rubínica) caracteriza las lesiones hepatocelulares
- Un tinte verde aceituna (ictericia verdínica) se observa en los pacientes con colestasis

### **Disnea**

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.

Tiene subjetividad de percepción, que depende de la elaboración de dicha sensación a nivel de la corteza cerebral, resultante no solo de la respuesta fisiológica, sino de la connotación psicocultural de cada sujeto.

### **Fisiopatología**

En determinados puntos se genera un estímulo en diferentes receptores (músculos, vías respiratorias y caja torácica) que se transmite de modo excesivo a los centros respiratorios del bulbo y la protuberancia y, desde aquí, son enviados a la corteza cerebral. Estos receptores o mecanorreceptores son:

- Receptores al estiramiento de la pequeña vía aérea, que se estimulan con la insuflación pulmonar.
- Receptores a gases o partículas irritantes de las vías aéreas de grueso calibre, y
- Receptores J del intersticio, sensibles a la distensión y congestión de los vasos pulmonares.

Estos verdaderos sensores del trabajo respiratorio contribuyen a generar la sensación de disnea cuando se incrementa la fuerza requerida para distender los pulmones.

La teoría de la tensión-longitud inapropiada sugiere que los husos musculares desempeñan un papel fundamental como mediadores de la sensación de disnea.

### **Aumento de los requerimientos ventilatorios**

El sedentarismo reduce la aptitud, lleva a la disnea y, a veces, aun ante mínimos esfuerzos.

Las afecciones pulmonares con alteración de la distribución de la ventilación pulmonar originan hiperventilación, que aumenta la actividad de los músculos respiratorios y produce disnea.

La anemia puede deteriorar severamente la disponibilidad de oxígeno porque el transporte más importante de este gas está a cargo de la hemoglobina.

### 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.

Evaluación mediante escalas

Debe establecerse la magnitud de la disnea, 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:

- New York Heart Association: cuantifica dolor torácico en la cardiopatía isquémica.
- cuestionario del Medical Research Council (MRC).

<b>CUADRO 10-2. Cuestionario del <i>Medical Research Council (MRC)</i> para evaluar la magnitud de la disnea en grados</b>	
<b>Grado</b>	<b>Nivel de ejercicio que produce la disnea</b>
<b>I</b>	<b>Caminar deprisa en un terreno plano o subiendo una cuesta ligera</b>
<b>II</b>	<b>Caminar en un terreno plano al paso normal de otras personas</b>
<b>III</b>	<b>Necesidad de pararse a tomar aire al caminar en un terreno plano al paso normal</b>
<b>IV</b>	<b>Falta de aire con solo vestirse o levantarse</b>

Escala para uso clínico o epidemiológico. Las preguntas se refieren a las condiciones habituales del paciente. Si el paciente no puede deambular por razones ajenas al corazón o los pulmones, debe señalarse previamente.

- 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.  
Enfermedades mas comunes:
  - ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
  - ✓ Insuficiencia cardíaca crónica
  - ✓ Enfermedad intersticial pulmonar
  - ✓ Obesidad
  - ✓ Enfermedades neuromusculares
  - ✓ Anemia
  - ✓ Ansiedad

### Disnea y decúbito

- 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.
- La **trepopnea** es la disnea que se manifiesta en el decúbito lateral
- La **platipnea** es la disnea que aparece al ponerse de pie y que cede en decúbito dorsal.

### **Disnea y tos**

La tos es el síntoma más frecuente en la patología respiratoria y se produce por estimulación de los receptores periféricos situados en la mucosa nasofaringotraqueo-bronquial, en la pleura y en el tejido pulmonar.

### **Disnea y expectoración**

La expectoración se debe a un aumento patológico de la secreción bronquial por encima de los 100 mL en 24 horas.

### **Disnea y dolor torácico**

La disnea asociada con dolor torácico puede ser manifestación de cardiopatía isquémica.

### **Disnea y sibilancias**

Si bien es un signo auscultatorio, el paciente puede hacer referencia a ellas y consultar por silbidos audibles en el pecho.

## **Cianosis**

Se trata de un signo cardinal en la definición de los trastornos de la oxigenación tisular.

La cianosis es la coloración azulada de la piel debida a una oxigenación insuficiente de la sangre. La cianosis se produce cuando por los vasos cutáneos circula sangre que carece de oxígeno (también denominada desoxigenada), más azulada que roja. 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:
  - ✓ Poliglobulia
  - ✓ acropaquía o dedos en palillo de tambor

### **Clasificación**

Se reconocen tres tipos fundamentales de cianosis: central, periférica y mixta.

- Central

La cianosis central es universal y puede observarse mejor en los labios, las regiones malares, la lengua y la mucosa bucal, sobre todo sublingual.

- Periférica

La cianosis periférica abarca 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.

- Mixta

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.

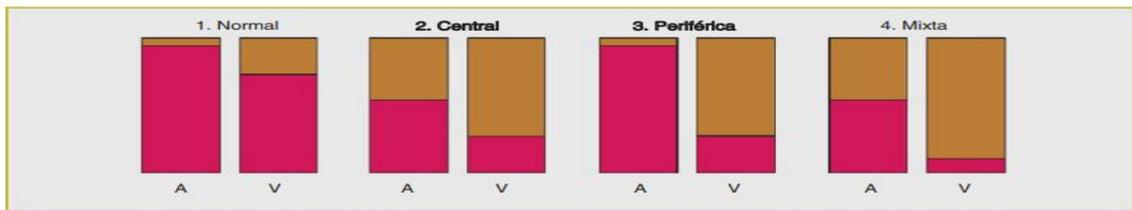


Fig. 11-5. Tipos de cianosis. En color rojo la oxHb, y en color pardo la Hb reducida. En cada par de barras se esquematizan la sangre arterial (A) y la venosa (V).

En conclusión, es importante saber sobre las clasificaciones de cada signo o síntoma, como es que se produce, por qué se produce, los valores normales que debe tener la bilirrubina en caso de la ictericia, los diferentes grados de edema y cianosis que existen, la gravedad de cada uno, la frecuencia donde este puede aparecer, la clasificación que cada uno tiene y la relación que hay entre ellas ya que un signo es producido por la aparición de algo anormal en el cuerpo y esto va a provocar otras series de signos y síntomas.

### Referencia bibliográfica

Argente Álvarez. Semiología médica, fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza-aprendizaje. Segunda edición. Editorial medica panamericana.