



**Universidad Del Sureste**  
**Campus Comitán De Domínguez, Chiapas**  
**Licenciatura En Medicina Humana**



**Tema: ENSAYO**

**Nombre: Angélica González Cantinca**

**Grupo: B**

**Grado: 4**

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

**Docente: Osmar Emanuelle Vazquez Mijangos**

## **DISNEA, CIANOSIS E ICTERICIA**

Este trabajo está enfocado en tres temas de gran importancia, los cuales son; disnea, cianosis e ictericia. En el cual aprenderemos y hablaremos de sus manifestaciones clínicas, características principales y su fisiopatología, entre otros puntos importantes a tratar.

Para comenzar debemos saber que un síntoma es una manifestación el cual revelara una enfermedad y un signo son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente, a diferencia de los síntomas, que son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente. Esto es importante de saber ya que no hablaremos solo de un signo o un síntoma sino de ambos enfocados en el tema.

Por lo tanto, debemos recalcar que 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. 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 y la ictericia denominada 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 el cual es denominada signo.

### **DISNEA**

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 más que un estímulo transmitido a través de neuronas aferentes hacia los centros reguladores el sistema nervioso central. Es importante decir que todas las personas experimentan disnea ante un ejercicio desproporcionado a su entrenamiento, pero es de valor patológico cuando se presenta en reposo o en individuos entrenados, ante el ejercicio moderado.

Si bien, la fisiopatología de disnea es representada como una sensación la cual está determinada por puntos que 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. Los receptores involucrados en esta acción son tres y 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 o hay pérdida de la relación normal entre las eferencias motoras y los cambios de la longitud muscular y el volumen pulmonar.

Entre las causas principales de disnea se pueden clasificar en cinco grupos de los cuales podemos encontrar:

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

La disnea se puede presentar de forma aguda o 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. 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.

Así mismo se puede catalogar como disnea de esfuerzo es la manifestación más temprana y frecuente de la insuficiencia cardíaca izquierda. La disnea de reposo suele estar asociada con edema pulmonar, TEP y neumotórax. Y para medirla se utiliza Medical Research Council (MRC) para evaluar la magnitud de la disnea en grados.

- Grado I Caminar deprisa en un terreno plano o subiendo una cuesta ligera
- Grado II Caminar en un terreno plano al paso normal de otras personas
- Grado III Necesidad de pararse a tomar aire al caminar en un terreno plano al paso normal
- Grado IV Falta de aire con solo vestirse o levantarse

Se puede presentar de diversas formas como la disnea y decúbito la cual se clasifica en 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, es poco frecuente y se debe a enfermedades unilaterales del tórax, que deterioran la relación V/Q en un determinado decúbito. 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). Así mismo puede acompañarse de tos, expectoración, hemoptisis, dolor torácico, sibilancias.

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 y se puede presentar con otras manifestaciones.

## **CIANOSIS**

Se trata de un signo cardinal en la definición de los trastornos de la oxigenación tisular. En cuestión a su fisiopatología e desarrolla 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<sub>2</sub> 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. El transportador sanguíneo de O<sub>2</sub> es la O<sub>2</sub> hemoglobina. La hemoglobina normal del adulto (PM 64.500) contiene 4 cadenas polipeptídicas, dos alfas y dos betas. El transporte de O<sub>2</sub> hacia los tejidos depende de las 2 funciones pulmonar y cardiovascular y de los cambios en la curva de disociación de la oxihb y en la P50.

La cianosis se puede localizar como crónica la cual cian está acompañada por signos específicos, entre los cuales se encuentra la poliglobulia, con secuencia de la hipoxia crónica y factor contribuyente a la aparición de cianosis. Los pacientes con cianosis suelen tener trastornos de la coagulación por disminución de plaquetas y factores de la coagulación. Y se puede diagnosticar por su aspecto de la coloración azulada 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.

Se puede clasificar por cianosis central es universal y puede observarse mejor en los labios, las regiones malares, la lengua y la mucosa bucal, sobre todo sublingual. 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. Cianosis mixtas constituyen una mezcla de instauración 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.

## **ICTERICIA**

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. Debemos saber que 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. En cuestión a su fisiopatología 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 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. La primera es la llamada 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 bilirrubina conjugada que se excreta en la bilis no se absorbe y no sufre transformaciones hasta el íleon distal y el colon, donde las bacterias la transforman. En la ictericia obstructiva, las sales y los ácidos biliares también se vuelcan a la sangre. Esto ocasiona bradicardia y prurito por irritación de las fibras colinérgicas y de las terminaciones nerviosas libres que conducen los estímulos generadores de dolor.

La ictericia se clasifica de acuerdo a su mecanismo y causas, como lo son:

#### HIPERBILIRRUBINEMIA NO CONJUGADA

1. Sobreproducción
2. Disminución de la captación hepática
3. Disminución de la conjugación (1)

#### HIPERBILIRRUBINEMIA CONJUGADA

1. Enfermedad hepatocelular
2. Colestasis intrahepática
3. Colestasis extrahepática

De acuerdo a los grados de ictericia nos podemos guiar de la siguiente forma:

- Grado de ictericia: El color amarillo pálido (ictericia flavínica) indica la coexistencia de anemia e ictericia leve, como se observa en las ictericias hemolíticas. Son enfermos más pálidos que ictéricos.
- El color amarillo rojizo (ictericia rubínica) caracteriza las lesiones hepatocelulares.
- Un tinte verde aceituna (ictericia verdínica) se observa en los pacientes con colestasis. En las colestasis crónicas, las concentraciones elevadas de bilirrubina, el prurito y las lesiones de rascado que estimulan la formación de melanina generan un color amarillo pardusco (ictericia melánica).

## CONCLUSION

Para concluir con estos temas debemos recordar que la disnea es un síntoma que genera alarma ya que en ocasiones responde a alteraciones benignas y en otras a patologías potencialmente mortales y que requieren una terapéutica inmediata. Es un síntoma que se logra observar desde el examen físico mediante la entrevista y puede ser un sucesor de la cianosis, o sea estos dos síntomas pueden presentarse de juntos; la cianosis indica trastornos del transporte de O<sub>2</sub>, sea en la captación pulmonar, en la función de la Hb o en la distribución vectorial determinada por la actividad cardíaca y los flujos regionales. Las formas clínicas orientan hacia las causas; la cianosis central aparece en general acompañada por hipoxemia, y las periféricas, por disminución del flujo sanguíneo y la velocidad circulatoria en todo el organismo o en territorios específicos, síntoma característico por su coloración azulada. La ictericia denominada como un signo es la coloración amarilla de la piel y de las mucosas a causa del aumento de la concentración de la bilirrubina sanguínea, La causa más común de estas últimas es la hiperbilirrubinemia. Sin embargo, pacientes con insuficiencia renal crónica y con neoplasias avanzadas también pueden adquirir un tinte amarillento de la piel, pero con valores normales de bilirrubina

## REFERENCIA

Argente, A. Horacio Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica: enseñanza-aprendizaje centrada en la persona / Horacio A. Argente y Marcelo E. Álvarez.- 2a ed. - Buenos Aires: Médica Panamericana, 2013. E-Book.