



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS COMITAN

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

TEMA:

Ensayos Clínicos de Ictericia, Cianosis y Disnea

Propedéutica, Semiología y Diagnostico Físico

Wilder Bossuet Ramírez Vázquez

GRADO: 4 GRUPO: C

DR. Osmar Emmanuelle Vázquez Mijangos

25 de abril del 2023 Comitán de Domínguez Chiapas

Primer ensayo

Ictericia

Introducción

En el siguiente ensayo se abordara uno de los síntomas que puede llegar a presentar nuestros pacientes con la evolución de ciertas patologías que estos lleguen por ello la ictericia se denomina como aquella coloración amarillenta de la piel y de las mucosas por aumento de la concentración de la bilirrubina sanguínea, la ictericia es una de las alteraciones de la coloración de la piel con un significado clínico mayor y su presencia nos acerca más a un diagnostico donde asegura la existencia de una situación mórbida.

Para su examinación al paciente se debe realizar con luz natural, porque 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.

Frente a todo paciente con coloración amarilla de su piel, debe realizarse el diagnóstico diferencial de la ictericia verdadera con la pseudoictericias.

Desarrollo

En la circulación sanguínea existen dos formas de bilirrubina que se diferencian entre sí porque una de ellas, que aun no ha llegado al hepatocito. La primera es la llamada bilirrubina indirecta o no conjugada, que es hidrófoba y se encuentra firmemente ligada a la albumina, 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.

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. El paciente con ictericia en la actualidad es posible realizar su diagnóstico etiológico de certeza en más del 90% de los casos, con ayuda de los datos obtenidos por la anamnesis, el examen físico, los

exámenes de laboratorio, los métodos por imágenes no invasivos, en especial la ecografía y los estudios invasivos y endoscópicos.

Dentro de la anamnesis se obtienen muchos datos de importancia y al igual en este apartado se da una clara orientación diagnóstica inicial, con ayuda de los siguientes datos; edad y sexo ya que es más frecuente en adultos mayores de 50 años y es más frecuente en hombres que en mujeres, hábitos y tóxicos ya que la sexualidad y la drogadicción siempre deben evaluarse correctamente, ya que indican una mayor exposición a algunos virus productores de cirrosis y hepatoma, exposición y contactos debe precisarse en los riesgos laborales, tratamientos odontológicos y transfusiones y el contacto con pacientes ictericos, forma de comienzo el comienzo brusco de la ictericia da un indicio más a hepatitis viral, la inducida por drogas y la litiasis coledociana y una instalación lenta de la ictericia da más indicio a que sea caracterizado por una neoplasia de páncreas y a la cirrosis además en la anamnesis la presencia de fiebre y escalofríos puede preceder o acompañar a la ictericia en la hepatitis viral, las hepatitis tóxicas y el hígado de sepsis, dolor abdominal sus características que se presenten pueden orientar de la etiología probable de la ictericia, prurito es un síntoma del síndrome de colestasis intrahepática o extra hepática y esta puede ser universal o solo presentarse en las palmas y plantas y como último el deterioro del estado general como la pérdida importante de peso sugerirá el diagnóstico de cáncer de cabeza de páncreas.

Dentro del estado físico y el examen físico podremos encontrar que los pacientes con ictericia obstructiva dan habitualmente la impresión de estar más ictericos que enfermos, a diferencia de los que padecen enfermedad hepatocelular que, con ictericias moderadas o leves, muestran mayor compromiso del estado general.

Clasificación de los grados de ictericia:

- El color amarillo pálido (ictericia flavinica) indica la coexistencia de anemia e ictericia leve, como se observa en las ictericias hemolíticas. Son enfermos mas pálidos que ictéricos.
- El color amarillo rojizo(ictericia rubinica) caracteriza a las lesiones hepatocelulares.
- Un tinte verde aceituna (ictericia verdinica) se observa en los pacientes con colestiasis. En las colestiasis 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 melanica).

Piel: además de los signos de rascado en los casos de colestiasis , otros signos característicos que deben buscarse en la piel de un paciente con ictericia y en el que se sospecha hepatopatía crónica, son las telangiectasias aracniformes o en "papel de moneda", el rinofima, el eritema palmar, la distribución feminoide del vello pubiano en el varón y la circulación colateral en el abdomen. Los xantelasma de los parpados aparecen en pacientes con obstrucción crónica de la via biliar intrahepatica, igual trascendencia tiene el hallazgo de xantomas en las manos, en el tronco y en el tendón de Aquiles además en la ictericia podemos encontrar ; palpación hepática, sistema linfoganglionar, palpación de la vesícula y la palpación del bazo.

Dentro de los exámenes de laboratorio tenemos como principal mandar hacer un hemograma el cual nos va permitir evaluar los descensos en el hematocrito y las alteraciones en la morfología eritrocitaria que pueden ayudar en el reconocimiento de una ictericia hemolítica. La eritrosedimentacion va ser normal en la mayoría de las hepatitis virales. El hepatograma, el dosaje de bilirrubina elevada define la existencia de ictericia además dentro de algunos estudios de laboratorio especiales en el paciente ictérico podemos mandar a realizar marcadores virales esto para casos de hepatopatías difusas de evolución aguda, fulminante, persistente o crónica. Además se

puede realizar estudios de imágenes no invasivos como la ecografía, la tomografía y la colangiorresonancia.

En el caso de sospechar de ictericia, como primer paso se debe ante la sospecha clínica de ictericia descartarse causas de pseudoictericia y solicitar bilirrubina total y fraccionada en sangre, como segundo paso si predomina la bilirrubina no conjugada se debe pensar en:

Hemolisis: triada de ictericia, esplenomegalia y anemia solicitar exámenes complementarios para hemolisis y si predomina la bilirrubina conjugada habrá que evaluar por el laboratorio y como tercer paso determinar por imágenes si existe; hepatopatía difusa o focal y dilatación de la vía biliar: litiasis, cáncer de cabeza de páncreas. Y como cuarto paso si existen enfermedad hepática se debe investigar los marcadores etiológicos: virales, tóxicos, metabólicos, etc. Y si existe dilatación de la vía biliar precisar la causa y la altura de la obstrucción mediante estudios invasivos o no invasivos.

Conclusión

Como conclusión podemos decir que la ictericia es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas.

En algunos casos, la ictericia puede acompañarse de coluria (orinas de color muy oscuro por la presencia de bilirrubina en la orina) y acolia (heces muy claras por la ausencia de pigmentos derivados de la bilirrubina).

La bilirrubina es un producto de desecho de la hemoglobina, que es el contenido principal de los glóbulos rojos. Esta bilirrubina es transformada en el hígado y transportada a través de la vía biliar al intestino delgado y se elimina por las heces.

Por lo tanto, puede producirse ictericia cuando existe un aumento en el ritmo de destrucción de glóbulos rojos (hemólisis), en las enfermedades hepáticas (tanto en las

hepatitis agudas como en las hepatopatías crónicas como la cirrosis) y en las enfermedades en las que se produce una obstrucción de la vía biliar (las causas más frecuentes son cálculos biliares y tumores de la vía biliar o del páncreas).

Además, existe un grupo de enfermedades en las que se produce una alteración aislada en el metabolismo de la bilirrubina, sin que se afecten otras funciones del hígado; la más frecuente de ellas es la enfermedad de Gilbert, en la que suele existir una ligera ictericia, sin que ello provoque una limitación en la supervivencia ni en la calidad de vida.

El diagnóstico de la ictericia se basa en la exploración física de la coloración de la piel y las membranas, sobre todo la de los ojos. Además, se realiza analítica de bilirrubina en sangre.

PASIÓN POR EDUCAR

Bibliografía

Argente Álvarez. *Semiología Médica, fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente.* Editorial panamericana. Capítulo 13 Ictericia. Fernando G Lasala.

Segundo ensayo

Cianosis

Introducción

Dentro del presente trabajo abordaremos temas de importancia médica dentro de la semiología y la propedéutica además de conocer la fisiopatología de la 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. Por ello abarcaremos su fisiopatología y los procesos que se llevan a cabo en la cianosis así como su estudio físico y sus estudios extras de laboratorio para su diagnóstico.

Desarrollo

La presencia de cianosis en sus diferentes formas clínicas indica trastornos del transporte de oxígeno 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. Se desarrolla cianosis cuando la concentración absoluta de hemoglobina es reducida es de 5 g/dl o mayor en la sangre capilar, en el hombre el transportador de oxígeno es la hemoglobina. La hemoglobina normal del adulto contiene 4 cadenas polipeptídicas, dos alfa y dos beta y en cada cadena contiene un átomo de hierro en estado ferroso unido a una estructura porfirínica. De esta forma existen dos formas de hemoglobina la hemoglobina reducida y la oxihemoglobina. Estas formas tienen distinta afinidad por el oxígeno ya que la desoxihemoglobina es 500 veces menos afín por el oxígeno que la oxihemoglobina.

La oxiHb y la Hb reducida o desoxiHb tienen distinta coloración debido a sus diferentes espectros de absorción de 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. Como la coloración azulada esta dado por la sangre de los capilares y las vénulas en los plexos subpapilares la cianosis debe buscarse donde los tegumentos sean más delgados y vascularizados como los labios, las alas de la nariz, el pabellón auricular y los lechos ungueales, esta búsqueda debe hacerse con muy buena luz natural y nunca con la luz artificial, se puede comprobar la desaparición de la cianosis con la vitropresión, hecho que evidencia que la sangre oscurecida es la responsable del signo.

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.

Como diagnostico diferencial tenemos que la coloración azulada característica de la cianosis puede presentarse en la argiria, por deposito cutáneo de sales de plata. Su observación es rara y la diferencia semiológica fundamental está dada por que la coloración azulada no desaparece con la vitropresión.

Causas y tipos de cianosis:

- Cianosis central: de causa pulmonar, neumonía, dificultad respiratoria del adulto, bronquitis crónica, neumotórax grave.
- Alteraciones de la Hb: metahemoglobinemia-sulfohemoglobinemia.
- Cianosis periférica generalizada: insuficiencia cardiaca, shock cardiogenico, taponamiento cardiaco, policitemia o poliglobulia, alteraciones de la hemoglobina.
- Cianosis periférica localizada: Trombosis venosa profunda, obstrucción arterial, vasculitis, exposición al frio.
- Cianosis mixta: tetralogía de fallot, anomalía de Epstein, transposición de los grandes vasos.

Anamnesis: en ella buscaremos antecedentes de enfermedades broncopulmonares y cardiacas. Además deberá investigarse el antecedente de ingesta de nitratos. En todos los casos se preguntara sobre síntomas concomitantes, tiempo de evolución de la cianosis y su relación con el esfuerzo.

El examen físico estará orientado hacia el aparato respiratorio en la búsqueda de alteraciones productoras de hipoxemia. Frente a cianosis periférica generalizada, el examen se orientara hacia el aparato cardiovascular y buscara signos de shock, insuficiencia cardiaca o taponamiento. En el caso de la cianosis periférica localizada que compromete un miembro, habrá que buscar signos de trombosis venosa profunda o de obstrucción arterial. Si se sospecha de 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 eco cardiograma.

PASIÓN POR EDUCAR

Conclusión:

Es fundamental diferenciar las manifestaciones de las dos clases de cianosis (central y periférica). La cianosis es un signo que puede no ser percibido y constituirse en la primera manifestación de una descompensación sistémica. Además de que puede ser una alerta de una patología que lo está desencadenando.

Bibliografía

Argente Álvarez. *Semiología Medica, fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente.* Editorial panamericana. Capitulo 11 Cianosis. Juan Jose Poderoso.

Tercer Ensayo

Disnea

Introducción

Dentro de la medicina tenemos una serie de síntomas y signos que son desencadenados como respuesta de un desbalance y por ello desencadena patologías que pone en riesgo la vida humana por ello en el siguiente ensayo hablaremos acerca de la disnea y sus complicaciones que esta trae como consecuencia además de el diagnostico diferencial los estudios que solicitaremos al laboratorio y la anamnesis y examen físico que se realizara esta patología relacionada principalmente con el aparato respiratorio y la oxigenación del cuerpo humano.

Desarrollo

La disnea es considerada una sensación consciente y desagradable de respiración anormal. La sensación de disnea puede producirse en ausencia de enfermedad ante el esfuerzo intenso en el sujeto sano y bien entrenado y con el ejercicio moderado en los sedentarios. Esta sensación que todos alguna vez hemos experimentado contribuye a la comprensión intuitiva del fenómeno, ya que su vinculación con la actividad física es útil, además para considerar a la disnea como anormal cuando ocurre en reposo o con niveles de esfuerzo previamente bien tolerados.

La disnea es una función del esfuerzo realizado para respirar. Es el resultado del incremento del trabajo para respirar y de la disfunción de los músculos respiratorios. Se produce como consecuencia del trabajo mecánico respiratorio necesario para superar la resistencia elástica de los pulmones , la resistencia al flujo aéreo de las vías respiratorias y la fricción tisular.

Causas de disnea:

- Aumento de los requerimientos ventilatorios: ejercicio intenso en atletas o moderado en sedentarios, anemia, hipoxemia y/o hipercapnia, acidosis y embolia pulmonar.
- Aumento del esfuerzo necesario para superar resistencia de las vías aéreas: 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, dificultad respiratoria, edema de pulmón, cifoescoliosis, derrame pleural.
- Deterioro neuromuscular: poliomielitis, lesiones medulares, miastenia gravis, síndrome de Guillain- Barre
- Alteraciones psicológicas que modifican el umbral de percepción consciente: trastornos por ansiedad y hiperventilación y ataques de pánico.

Clasificación de la disnea por grados:

- Grado 1 : Disnea que aparece ante los grandes esfuerzos o esfuerzos mayores que los habituales(correr, subir varios pisos de escalera)
- Grado 2: Disnea que surge frente a esfuerzos moderados o habituales (caminar, subir un piso de escalera).
- Grado 3: Disnea que se presenta ante esfuerzos leves o menores que los habituales (higienizarse, vestirse, comer).
- Grado 4: Disnea de reposo.

Anamnesis: se deberá interrogar al paciente para tratar de establecer si se trata de una disnea aguda(pocas horas o días) o crónica (semanas, meses o años). Se averiguara además la clase funcional y su progresión, es decir, aparece ante esfuerzos cada vez menores y la presencia de síntomas asociados.

Examen físico: los hallazgos del examen físico pueden ser numerosos dentro de los más importantes tenemos; palidez, edema, tercer ruido y ritmo de galope, fiebre,

edema en miembros inferiores, estertores y crepitantes, sibilancias localizadas, obesidad grave, cianosis, roncus y sibilancias.

Dentro de los estudios complementarios que pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico de disnea tenemos al hemograma, creatinina sérica, radiografía de tórax, electrocardiograma, gases en sangre arterial, saturometría, espirometría.

Conclusión

Para concluir podemos decir que la disnea es un motivo de los servicios de emergencia y en consultorios de atención ambulatoria y ante la presencia de la disnea podemos decir que se está desencadenando patologías graves relacionadas a ella y es importante para así poder llegar a un diagnóstico diferencial y poder dar un tratamiento efectivo

Bibliografía

Argente Álvarez. *Semiología Médica, fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente.* Editorial panamericana. Capítulo 10 Disnea. Guillermo del Bosco.