



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Campus Comitán

Licenciatura de Medicina Humana

Ensayo


Dulce Mirely Torres Narvaez

Propedéutica, Semiología Y Diagnostico

Dr. Osmar Emmanuelle Vázquez Mijangos

4° "C"

 UDS Mi Universidad

 @UDS_universidad

www.uds.mx

Mi Universidad

Tel. 01 800 837 86 68

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
ICTERICIA.....	4
CIANOSIS	6
DISNEA	8
CONCLUSIÓN.....	11
BIBLIOGRAFÍA.....	12

INTRODUCCIÓN

En este ensayo hablaremos de temas de suma importancia, dada que se pretende conocer la fisiopatología, semiología, diagnóstico diferencial, signos y síntomas y examen complementarios para cada uno de los temas.

Por lo tanto, los temas a tratar es ictericia, disnea y cianosis. La ictericia se presenta como una coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al aumento de la concentración de la bilirrubina en la sangre, la disnea es la dificultad respiratoria o falta de aire, es una sensación subjetiva, la dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire, la cianosis se produce cuando por los vasos cutáneos circula sangre desprovista de oxígeno, en la cual también denominada desoxigenada, más azulada que roja.

ICTERICIA

Este tema es de suma importancia ya que se le denomina ictericia a la coloración amarilla de la piel y de las mucosas, esto se da por un aumento de la concentración de la bilirrubina sanguínea, es importante tener en cuenta que la bilirrubina sérica varía entre el 0,3 y 1 mg/dL, cuando llega a superar los 2 mg/dL se le denomina ictericia.

En la circulación existen dos formas de bilirrubinas las cuales son la bilirrubina indirecta y no conjugada a la cual la no conjugada consiste en ser hidrófoba y se encuentra firmemente ligada a la albumina a la cual hace que no se filtre al riñón y sucesivamente no aparece en la orina, en cambio la bilirrubina directa se filtra libremente hacia el riñón y da origen a la coluria que sobrepasa el umbral renal.

Para poder diagnosticar la ictericia se necesita guiarse por la concentración de bilirrubina, este parámetro es de suma importancia, también existen otros factores como lo es la edad y el sexo, ya que antes de los 30 años la causa más común de ictericia es la hepatitis biliar, el cáncer de páncreas y cirrosis alcohólica.

El estado general del paciente es importante ya que las ictericias moderadas o leves muestran mayor compromiso, ya que es común la pérdida de peso dada por consunción muscular en un paciente icterico esto llevara a la sospecha a diagnosticar cáncer de cabeza de páncreas, más sin embargo la ictericia obstructiva va habitualmente de ser pacientes más ictericos que enfermos.

Para todo esto es importante saber el grado de ictericia a la cual se encuentra de la siguiente manera:

- El color amarillo pálido conocido como ictericia flavinica indica la coexistencia de anemia e ictericia leve, como se observa en las ictericias hemolíticas, son pacientes más pálidos que ictericos.
- El color amarillo rojizo conocido como ictericia rubinica en la cual se observa en pacientes con colestasis, en las crónicas las concentraciones elevadas de

bilirrubina, el prurito y las lesiones de rascado que estimulan la formación de melanina generando un color amarillo pardusco.

Los exámenes de laboratorio deberán ser:

Hemograma en la cual ayudara a evaluar los descensos de matocrito y las alteraciones de la morfología eritrocitaria que ayuda a reconocer la ictericia hemolítica, la anemia es habitual en el cirrótico, la eritrosedimentacion es normal en la mayoría de las hepatitis virales. Dentro del hepatograma el dosaje de bilirrubina elevada define la existencia de ictericia, en las ictericias hemolítica la bilirrubina excede a 5 mg/dL en cambio en las ictericias hepatocelulares se pueden observar valores crecientes que acompañan a la evolución clínica y en las obstructivas la bilirrubina total tiende a estar estable aproximadamente de 30 mg/dL, en la cual el hallazgo de cifras superiores suscitara la sospecha de insuficiencia renal asociada.

La proteinograma electroforética en un paciente icterico permitirá evaluar la suficiencia hepática según la concentración de albumina, en la cual sus niveles disminuyen como expresión del deterioro de la masa hepática funcional, la existencia de necrosis hepática por el aumento de la alfa- globulinemia y la cirrosis se caracteriza por la asociación de hipergammaglobulinemia opcional con función de beta gamma.

Por lo tanto, existe la siguiente clasificación:

Ictéricos por hemolisis

Son ictericos anémicos, tienen heces hipercólicas, orina oscura por aumento de la urobilinuria y ausencia de coluria, en esta se llega a observa disminución del hematocrito y alteraciones en la morfología de los eritrocitos, se va a presentar un aumento significativo de la LDH.

Ictéricos por colestasis

En esta existe una alteración del flujo biliar normal cuya causa puede encontrarse dentro del hígado o en la vía biliar. Existe ictericia con prurito que puede ser verdínica y aun melánica con lesiones, la orina es colúrica y con espuma abundante

persistente y de color amarillo verdoso debido a la presencia de pigmentos y sales biliares, habrá un aumento de las enzimas de colestasis, y la hipoprotrombinemia se corrige con la reposición parenteral de vitamina K.

Ictéricos por hepatonecrosis

Es una ictericia con coluria y normocolia, las transaminasas están aumentadas 10 veces o más por encima de los valores normales en algún momento de la evolución de la enfermedad. Puede coexistir con movilización de las enzimas de colestasis. Se observa un compromiso variable, en función de la gravedad del daño hepatocelular, de las pruebas de masa hepática funcionante.

CIANOSIS

La cianosis es la coloración azulada de la piel y las mucosas, conocida como un trastorno de la oxigenación tisular, esta es desarrollada cuando la concentración de hemoglobina reducida es de 5 g/dL o mayor en la sangre capilar, en la cual esto indica un defecto en el transporte de oxígeno, en la cual es importante saber que el transportador de oxígenos es la hemoglobina.

Por lo tanto, el transporte de oxígeno hacia los tejidos depende de las funciones pulmonar y cardiovascular, en la cual el corazón bombea al redor de 70 mL de sangre por latido, lo que constituye el gasto o volumen a minuto cardíaco, la sangre es oxigenada hacia el pulmón por difusión del oxígeno, desde el espacio alveolar hacia los capilares por diferencia de la tensión de oxígeno.

La cual el desoxiHb es reducida y esto hace que se tenga distinta coloración, dado a los diferentes espectros de absorción de la luz al espectro visible, esto hace que la coloración se transmita a la piel y a las mucosas, generando el signo de cianosis, como el tinte azulado este dado por la sangre de los capilares y vénulas en los plexos subpapilares, la cianosis deberá de buscarse donde los regumentos sean mas delgados y vascularizados como es los labios, las de la nariz, los lechos ungueales, o bien ya sea en las mucosas como la lengua, la conjuntiva palpebral.

La cianosis crónica presentará signos específicos como la poliglobulia en la cual esto será consecuencia de la hipoxia crónica, otro signo es el agrandamiento de las extremidades de los dedos que se observa en forma exclusiva de cianosis centrales, los pacientes con cianosis llegan a tener trastornos de coagulación por disminución de plaquetas, también posibilidades de embolias cerebrales.

El diagnóstico diferencial suele darse en la coloración azulada que se puede presentar en la argiria, por depósito cutáneo de sales de plata, la diferencia semiológica fundamental está dada por la coloración azulada y con la vitropresión en la cual no desaparece.

Se reconoce tres tipos fundamentales de cianosis las cuales son:

Cianosis central: esta es universal y se puede observar en los labios, regiones malaras, la lengua y la mucosa bucal. La sangre arterial estará insaturada por hipoxemia o alteración de la Hb y la sangre venosa lo estará más como resultado de la extracción normal de oxígeno por los tejidos, en el pulmón el flujo sanguíneo dependerá del área de las superficies alveolares y capilar pulmonar. Por lo tanto, se puede decir que la cianosis central es de causa pulmonar como neumonías, dificultad respiratoria, bronquitis crónica, o ya sea por alteraciones de Hb como la metahemoglobinemia.

Cianosis periférica esta abarca regiones acrales y se aprecia en las manos, pies, los dedos, lechos ungueales y la piel como en los tobillos, esta no afecta a mucosas y llega a mejorar con el calor o con masajes. Es producida por extracción excesiva de oxígeno de los tejidos, con saturación arterial normal, esto es más por un retardo circulatorio periférico por vasoconstricción o más bien conocido como fenómeno de Raynaud, esta cianosis es generalizada cuando se involucra una caída del VM cardíaco.

Cianosis mixta: es una mezcla de insaturación arterial y venosa, son centrales y vinculadas con la existencia de cortocircuitos cardíacos o pulmonares de derecha a izquierda.

Por lo tanto, la anamnesis estar dirigida en la búsqueda de antecedentes de enfermedades broncopulmonares y cardiacas, también deberá de evaluar los antecedentes de ingesta de nitratos.

En el examen físico se deberá de diferenciar la cianosis central y periférica, estar orientada hacia el aparato respiratorio en búsqueda de alteraciones productoras de hipoxemia, frente una cianosis periférica localizada se busca signos de trombosis venosa profunda o de obstrucción arterial.

DISNEA

Es considerada como una sensación consiente y desagradable de respiración anormal o sensación de falta de aire, la cual es dada por una función en el esfuerzo realizado al respirar, producida como consecuencia del trabajo mecánico respiratorio necesario para superar la resistencia elástica del pulmón, la resistencia al flujo aéreo de las vías respiratorias y la fricción tisular.

Algunas de las causas de la disnea son:

1. Aumento de los requerimientos ventilatorios debido a ejercicio intenso o moderado en sedentarismo, anemia, hipoxemia, ácidos o ya sea embolia pulmonar.
2. Aumento del esfuerzo necesario para superar resistencias de las vías aéreas debido a asma bronquial, enfermedades pulmonar obstructivas crónica, fibrosis quística, obstrucción por cuerpo extraño.
3. Aumento del esfuerzo necesario para distender el pulmón y caja torácica debido a enfermedades infiltrativas pulmonares, dificultad respiratoria, edema de pulmón, derrame pleural.
4. Deterioro neuromuscular debido a poliomielitis, lesiones medulares, miastenia gravis, síndrome de Guillain-Barre.
5. Alteraciones psicológicas que modifican el umbral de percepción consiente debido a trastornos por ansiedad e hiperventilación y ataques de pánicos.

Por lo tanto la etiopatología en los trastornos cardiológicos de origen miocárdico o valvular son comunes la disminución del volumen minuto y el aumento consecuente de los volúmenes y presiones de fin de diástole incrementados en forma retrograda a las presiones del sistema venoso pulmonar, en los trastornos pulmonares que se presentan obstrucción al flujo aéreo las modificaciones fisiológicas principales están vinculadas con el aumento de la resistencia al flujo y con alteraciones de la relación ventilación-perfusión.

La disnea se clasifica en:

- Grado I: consiste en disnea que aparece ante los grandes esfuerzos o esfuerzos mayores de los habituales, como bien lo es correr, subir varios pisos de escalera entre otros.
- Grado II: consiste en disnea que surge frente a esfuerzos moderados o habituales como lo es caminar, subir a un piso de escalera entre otros.
- Grado III: consiste en disnea que se presenta ante esfuerzos leves o menores de lo habitual como lo es vestirse, comer entre otros.

Los cuadros relacionados a disnea con sibilancias suelen ser una manifestación de asma bronquial, obstrucciones altas de la vía aérea, de cuerpos extraños, de EPOC, de falla ventricular izquierda como asma cardiaca y de asma complicada con neumonía.

La disnea de esfuerzo sugiere sobre enfermedades orgánicas cardiacas pulmonares, anemia, obesidad, alteraciones de la caja torácica, los cuadros disneicos de reposo suelen estar asociados con edema pulmonar, con TEP y neumotórax, la falta de disnea de esfuerzo en un paciente con disnea de reposo hace pensar en componentes funcionales o psicógenos.

La disnea paroxística nocturna se trata de un cuadro súbito que ocurre de 2 a 4 horas después de conciliar el sueño presentado broncoespasmos y tos que se alivia de manera tardía luego del cambio de posición, es probable que también intervengan en su patogenia la disminución de estímulos adrenérgicos sobre el ventrículo izquierdo y la depresión nocturna fisiológica del centro respiratorio.

La platipnea es la disnea que aparece en posición de pie y que se alivia en el decúbito, es una forma poco frecuente de presentación asociada con el fenómeno de ortodesoxia que es hipoxemia arterial en posición de pie que mejora en el decúbito.

Valores de la frecuencia respiratoria

- Niños hasta seis años: 26 a 30 respiraciones por minuto.
- Adultos: 15 a 20 respiraciones por minuto.
- Ancianos: menos de 16 respiraciones.

En la anamnesis se deberá de interrogar al paciente para determinar si se trata de una disnea aguda o crónica, la clase funcional y se tomará en cuenta los síntomas asociados.

En el examen físico se deberá de evaluar los hallazgos como la palidez, edema, fiere, cianosis, obesidad grave, matidez, crepitantes y soplo bronquico entre otros.

CONCLUSIÓN

Como conclusión tenemos que cada tema es de suma importancia ya que en cada uno se menciona la fisiopatología, semiología de cada enfermedad, signos y síntomas para que con ello se pueda llegar a diagnosticar la enfermedad y su clasificación, a fin de poder dar un tratamiento adecuado y esperar la mejoría del paciente.

Como nos podemos percatar cada tema se relaciona con problemas, dificultades en el oxígeno, hipoxia, como la disnea que es un motivo constante de consulta dada por las alteraciones fisiológicas de las cuales presenta, y gracias a esto se puede llegar al diagnóstico e identificar el tipo de disnea que presenta el paciente, al igual forma la cianosis que es dado por un problema en la oxigenación y que esto hace que la coloración de la piel cambie a azul.

La ictericia es la única que está relacionada con un cambio en la bilirrubina, en la cual se debe de considerar los factores predisponentes para obtenerla.

BIBLIOGRAFÍA

Argente, Álvarez (2013) Semiología Médica, Fisiopatología, Semiología y Propedéutica Enseñanza basada en el paciente. (2 a Ed. 6 a Reimpresión)
México: Editorial Médica Panamericana.