

• Anamnesis – Historia Clínica

Semiología = Semiótica = Sintomatología: Estudio de los síntomas de las enfermedades.

Anamnesis: reunión de datos relativos a un paciente médico o psiquiátrico, que comprenden antecedentes familiares y personales, experiencias y, en particular, recuerdos, que se usan para analizar su situación.

Catamnesis: historia clínica de un paciente desde el comienzo de una enfermedad.

Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud del cuerpo, es un grupo de síntomas o signo en común. Hay un grupo de molestias o signos comunes en las enfermedades, estos se conocen como *síndrome*.

Diagnóstico: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signo FIS, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas otros procedimientos. 2) Nombre de una enfermedad o trastorno.

Interrogatorio clínico: es un método exploratorio importante porque es un diálogo entre el médico (persona que explora) y el pte (persona que va con síntomas o signo que desea que sean investigados). También es importante porque en el interrogatorio están los puntos clave por donde vamos a dirigirnos, con los cuales hacemos las hipótesis para decidir en qué consiste la enfermedad.

El interrogatorio comienza desde que el médico se le presenta al pte (comunicación verbal). Simultáneamente debe establecerse contacto visual y comunicación manual. El pte debe sentir que es importante. La indumentaria del investigador es importante puesto que representa un símbolo, que es el médico. Esto facilita la comunicación con el pte. El interrogatorio se ha de hacer en un ambiente adecuado, lo que implica privacidad, buena iluminación, buena ventilación, espacio vital (distancia).

El interrogatorio puede no darnos los frutos deseados por (1) cooperación voluntaria (el pte no quiere), o por cooperación involuntaria (incapacitación); (2) no se tienen las actitudes necesarias para el interrogatorio (prisa), (3) desinterés. Mediante el interrogatorio vamos a tener el método más importante de indumentación clínica, que es la historia clínica o anamnesis. La historia clínica del pte es el 80% del Dx, que se va a confirmar con los instrumentos de gabinete (20%).

Historia Clínica (Historial o Historia Médica): Recogida de datos a través del propio pte y de otras fuentes con respecto a su estado FIS y sus fines psíquicas, sociales y sexuales. La historia clínica constituye una base de info sobre la cual se planifican el Dx, Tx, medidas adicionales y evolución del pte. En la 1º parte de la historia se describe la enfermedad actual, incluyendo sus signos y síntomas, su comienzo, carácter y cualquier factor que agrave o mejore los síntomas. Las propias palabras del pte son con frecuencia la mejor descripción y deben recogerse como tales, encomillándolas si es preciso. En la segunda parte de la historia se describen los antecedentes en cuanto a enfermedad, trastornos, alergias, transfusiones, inmunizaciones, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones del pte. Puede incluirse una historia ocupacional en que se refieran el trabajo del pte y su exposición a toxinas, radiaciones, estrés u otros riesgos laborales. Es importante señalar el efecto que la enfermedad actual tiene sobre el trabajo del pte. Dentro de la historia clínica debe hacerse una historia social en la cual se recojan los antecedentes y factores sociales, culturales y familiares del pte haciendo hincapié en los aspectos que pueden haber afectado a la enfermedad actual. En algunos casos es muy importante la historia sexual. Finalmente puede incorporarse una revisión o exploración por sistemas.

Síntoma: sensación subjetiva. Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el pte.

Signo: sensación objetiva. Hallazgo objetivo percibido por un explorador.

Historia Familiar: parte esencial de la historia clínica de un pte en la que se recogen los datos sobre la salud de los miembros de su familia a fin de descubrir enfermedades a las que el pte puede ser especialmente susceptible. También se recogen otros aspectos como la edad, sexo y relaciones de los otros miembros de la familia y la historia marital del pte.

Fenotipo = Genotipo + Paratipo

Historia personal y social: resumen de los detalles personales y sociales de la vida de una persona que sirven para identificarla como tal; forman parte de esta historia el lugar de nacimiento, la religión, la raza, el estado civil, el # de hijos, la profesión y el lugar de residencia pero pueden añadirse otros datos como los referentes a la educación, la forma de vida actual, el hábito de fumar, la ingestión de alcohol y la utilización de fármacos. La historia personal y social se recoge en la primera entrevista y se incluyen en el registro permanente.

Historia sexual: parte de la historia personal del pte relativa a su fn sexual y a sus eventuales disfnes en este terreno. Se recomienda realizar un historia sexual breve como parte de cualquier exploración FIS completa.

Historia socioeconómica: en nuestro medio hay muchas enfermedades carenciales.

Revisión por sistemas (Examen por aparatos= ROS): agrupar los síntomas que presenta el individuo por sistemas o aparatos. Se trabajará con sensaciones subjetivas a diferencia del examen FIS, que trabajará con signos. Sistema de revisión, aparato por aparato, de las fnes del organismo. Se inicia en la primera entrevista con el pte y se continua durante el examen FIS.

- PIEL: quemazón, decoloración, prurito (sensación de picor), cicatrices, lunares, úlceras, alteraciones del cabello y de las uñas.
- SISTEMA HEMATOPOYETICO: hemorragias excesivas o espontáneas, fatiga, ganglios linfáticos aumentados de tamaño o blandos, palidez, antecedentes de anemia.
- CABEZA Y CARA: dolor, lesiones traumáticas, ptosis (descenso de un órgano)
- OIDOS: zumbidos, alteraciones auditivas, supuración (producir materia purulenta), sordera, vértigos
- OJOS: alteraciones de la visión, dolor, inflamación, infecciones, visión doble, escotomas (aparece un película reluciente en forma de isla en el campo visual), visión borrosa, lagrimeo.
- BOCA Y GARGANTA: problemas dentales, ronquera, disfagia (dificultad para deglutir), flemones sangrantes (inflamación del tejido conectivo), dolor de garganta, úlceras.
- NARIZ Y SENOS: secreción, epistaxis (hemorragia nasal), dolor sinusal, obstrucción.
- MAMAS: dolor, cambio de coloración de la piel, bultos, secreción por los pezones
- TRACTO RESPIRATORIO: tos, esputos (material expectorado de los pulmones), cambios en la calidad del esputo, sudoración nocturna, disnea nocturna (dificultad para respirar), sibilancias (forma de roncus caracterizada por un tono muscular agudo).
- SISTEMA CARDIOVASCULAR: dolor torácico, disnea, palpitaciones, debilidad, intolerancia al ejercicio, varices, hinchazón de las extremidades, soplos, hipertensión, asistolía.
- APARATO GASTROINTESTINAL: náuseas, vómitos, diarrea, constipación, pérdida del apetito u otras alteraciones del mismo, disfagia, gases, pirosis (sensación dolorosa de quemazón localizada en el esófago), melena (heces negras), alteración de los hábitos intestinales, uso de laxantes u otros medicamentos que alteran la fn gastrointestinal.
- APARATO URINARIO: disuria (micción dolorosa), cambio en la coloración de la orina, cambio en la frecuencia de la micción, dolor con urgencia de micción, incontinencia, edemas, retención urinaria.
- APARATO GENITAL (hombre): secreción peneana, dolor o molestias, prurito, lesiones de la piel, hematuria (sangre en la orina), antecedentes de enfermedad venérea.
- APARATO GENITAL (mujer): historia menstrual, historia obstétrica (GPAC), uso de anticonceptivos, secreciones, dolor o molestias, prurito, historia de enfermedad venérea.
- APARATO MUSCULOESQUELETICO: calor, rubor, inflamación, limitación del funcionalismo, deformidad, crepitación, dolor articular o de las extremidades, cuello o espalda, especial^ con el

movimiento.

- **SISTEMA NERVIOSO:** vértigos, temblores, ataxia (disminución de la capacidad de de coordinas movimientos), disartria (habla difícil y mal articulada), alteraciones del habla, parestesias (sensación subjetiva experimentada como entumecimientos, hormigueo o sensación de pinchazos), pérdida de sensibilidad, síncope (pérdida de conciencia de poca duración, precedida por una sensación de mareo).
- **SISTEMA ENDOCRINO:** temblor, palpitaciones, intolerancia al frío o calor, poliuria (excreción de una cantidad anormalmente grande de orina), polidipsia (sed excesiva), polifagia (bulimia), diaforesis (secreción de sudor), exoftalmos (protrusión de los glóbulos oculares), bocio (tumoración pronunciada en el cuello por tiroides hipertrófica).
- **ESTADO PSIQUICO:** nerviosismo, inestabilidad, depresión, fobia, trastornos sexuales, conducta criminal, insomnio, terrores nocturnos, manía, pérdida de memoria, desorientación.

La revisión por sistemas sirve para completar la historia de la enfermedad actual, y ayuda a detectar cualquier otro síntoma que tenga el paciente de cualquier otra enfermedad que haya pasado desapercibida.

Examen FIS (exploración FIS): investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción. La exploración FIS, la historia clínica y las pruebas analíticas iniciales constituyen unos datos básicos sobre los cuales se elabora el Dx y se desarrolla un plan de Tx.

- Inspección (con la vista)
- Palpación (con las manos, tacto)
- Percusión (con la audición)
- Auscultación (con la audición)
- Olfacción (con el olfato)

Inspección general del pte: se inicia desde que uno se acerca al pte. Debe ser realizada en un ambiente adecuado. Durante la inspección el pte debe estar en ropa interior.

1º Se detectará si el pte luce normal (Si no hay deformidades FIS).

2º Se examina el desarrollo corporal (adecuado para la edad y el sexo)

3º Estado nutricional

4º Higiene

5º Estado de hidratación (el pte deshidratado tiene los ojos hundido y va a lucir seco con la piel apergaminada; el pte puede presentar retención de agua, edemas)

Se puede determinar si un pte está crónica[^] enfermo, aguda[^] enfermo. Se pueden detectar déficits sensitivo-sensoriales, déficits neurológicos y detectar cualquier otra anomalía.

Existen dos tipos de inspección general: la estática (con el pte acostado o sentado) y la dinámica (con el pte en movimiento).

Mediante la inspección general vamos a encontrar los biotipos o tipos corporales:

El ser humano se va a desarrollar de la placa embrionaria, que tiene tres capas: ectodermo, mesodermo y endodermo. Del ectodermo se originan la piel y el SN. Del mesodermo se origina fundamentalmente los músculos, y del endodermo se originan las vísceras.

Según la capa embrionaria tenemos los biotipos:

Khrestmer Leptosomático !! Ectomórfico Seldom

Atlético !! Mesomórfico

Pícnico !! Endomórfico

Mixto !! Dosmórfico

- **Lepsosomático, Ectomorfo o Asténico** (Lepto significa delgado): predominan los orígenes derivados del ectodermo. Predomina el diámetro longitudinal. Cabeza delgada, cuello largo, extremidades largas. (Ptosis: tendencia de los órganos de caer). Desarrolla enf úlcero – pépticas y mentales.

Persona cuyo psiquismi se caracteriza por delicadeza, fragilidad y predominio de las estructuras derivadas del ectodermo (SN, órganos especiales de los sentidos como el ojo y el oído, la epidermis y derivados (uñas, pelo y glándulas cutáneas), y a las mucosas de la boca y el ano).

Biotipo, constitución corporal caracterizada por una construcción esbelta con extremidades largas, perfil angular y músculos o huesos prominentes.

- **Atlético o Mesomórfico**: predominan los órganos dependientes del mesodermo, y el diámetro transversal. Extremidades cortas y fuertes. Son frecuentes enf osteoarticulares y musculares. Tendencia a la aparición de hernias.

Persona cuyo FIS está caracterizado por predominio de los tejidos muscular, óseo o conectivo, que derivan de la capa mesodérmica del embrión.

- **Pícnico, Endomórfico o Compacto**: extremidades cortas. Cabeza redonda, cuello desaparecido. Predomina el diámetro anteroposterior. Desarrollan psicosis maniaco – depresivas y enf cardiovasculares.

Persona con una construcción corporal redondeada, con tronco y muslos anchos, extremidades afiladas, acumulación de grasa en determinadas zonas del cuerpo y predominancia de las estructuras derivadas del endodermo (epitelio de la tráquea, bronquios, pulmones, conducto gastrointestinal, hígado, páncreas, vejiga urinaria, uraco, faringe, tiroides, cavidad timpánica, amígdalas y glándulas paratiroides).

- **Mixto o Dismórfico**: son las mezclas de las anteriores.

Fascies o fisonomía: son importantes las prominencias, los músculos faciales, los músculos elevadores de la nariz.

Fascies normales:

- Alegre
- Ira
- Pena
- Miedo

Fascies anormales – Hipocrática o Leonina: enf. Terminales – fig caquéticas

- Testosterónica: del asolescente masc, hirsutismo (exceso de vello)
- Mongoloide: síndrome de Down

- Hipertiroidismo: enf. Graves – Basedow: canicie, nerviosos, exoftalmo, bocio
- Hipotiroidismo: mixedema (la forma más grave de hipotiroidismo)
- Corticosteroidea: sind de Cushing (exceso de cortisona, moonface, jiba de búfalo)
- Acromegálica: exceso de hormona de crecimiento (gigantismo, después de la pubertad los huesos crecen a los lados)

Estado de Conciencia

Consciente: capaz de responder a estímulos sensoriales; despierto, alerta, capaz de percibir su propio entorno.

Somnolencia: estado de sueño o adormecimiento

Confusión: estado mental caracterizado por desorientación en cuanto a tiempo, lugar o persona, que provoca aturdimiento, perplejidad, pensamiento desordenado e imposibilidad de elegir o actuar decididamente.

Estupor: estado de letargia y falta de respuesta que se caracteriza porque el paciente se desconecta de su entorno.

Coma: estado de inconsciencia profunda con ausencia de mov oculares espontáneos, falta de respuesta a estímulos dolorosos e imposibilidad de vocalización.

Signos vitales: determinación de la frecuencia del pulso (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (T°) y la presión arterial (TA). Expresan vida en el pte.

T° : nivel de calor producido y mantenido por los procesos metabólicos. En el organismo se genera calor merced al metabolismo de los alimentos y se pierde por la superficie corporal mediante los mecanismos de radiación, convección y evaporación de la sudoración. La producción y pérdida de calor son reguladas y controladas en el hipotálamo y el tronco del encéfalo. La T° normal del adulto, medida en la boca, es de 37°C (35.8° a 37.2°). La temperatura axilar suele ser 1.8°C inferior a la oral, y la rectal, de 0.9°C a 1.8°C superior. La T° varía unas décimas a lo largo del día, registrándose valores mínimos entre las 1°s horas de la mañana y máximos entre las 18 y 22h.

El ser humano es homeotérmico, tiene una T° estable que se logra mediante un equilibrio entre una fuente productora de temperatura o calor (que es el factor QMO de la T° o termogénesis), que la va a producir el metabolismo basal. El metabolismo basal es la rxn interna que produce el organismo para estar vivo, y un subproducto de esta rxn es el calor o T°. A su vez, una fuente de pérdida de T° se conoce con el nombre de factor FIS de la T° o termolisis.

El equilibrio de la termogénesis y de la termolisis produce la T°. (Homeoterma)

$$^{\circ}\text{C} = ((^{\circ}\text{F} - 32) \times 5) / 9$$

El registro gráfico de la T° se conoce con el nombre de Termometría Clínica

Los trastornos de la temperatura con cuantitativos:

- Hipertermia: elevación de la T° normal
 - Porque haya un aumento en la termogénesis o en el metabolismo basal
- Infecciones
- En enf en las cuales hay un aumento de la secreción de las hormonas Ej.: feocromocitoma, hipertiroidismo,

síndrome de Cushing, Neoplasias.

- Bajo stress emocional y enfermedades psiquiátricas

- Porque haya disminución en la termólisis: el organismo no puede perder calor por irradiación, ni convección, ni conducción.

Tomando como referencia la T° oral:

- Febrícula: cuando el aumento de la T° no es mayor de 0.5°C. (low-grade fever): T° superior a 37° C pero inferior a 38° C que se mantiene durante 24h.
- Fiebre ligera: cuando el aumento de la T° es de 1° C.
- Fiebre moderada: cuando el aumento es de 2° C
- Fiebre severa: cuando el aumento es de 3° C o más.
- Fiebre continua: T° con oscilaciones diarias de menos de 0.5°.
- Fiebre remitente: sin alcanzar nunca la T° normal, la T° del pte oscila con variaciones mayores de 1°.
- Fiebre intermitente: la T° del pte alcanza la normal, con oscilaciones mayores de 1°. Dentro de la fiebre intermitente se encuentran las fiebres de abceso, a la que se llama fiebre en aguja (spike fever). También dentro de la intermitente se encuentra la fiebre en dromedario (cuando se tiene dengue), la fiebre terciana y la fiebre cuaternaria.

Para tratar los síndromes febriles (fiebre, cefalea, palpitaciones, taquipnea, sudoración, oliguria, hipotensión, estreñimiento) se utilizan medio FIS y antipiréticos.

- Hipotermia: la T° del cuerpo desciende por debajo de los 35°C
 - Porque haya disminución en la termogénesis
- Ptes agónicos
- Hipotiroidismo
- Insuficiencia adrenal (síndrome de Addison)
- Disminución del metabolismo basal: síndrome de Sheehans
- – Aumento en la termólisis: aumenta la producción del metabolismo basal: síndrome de Sheehans
- Aumento en la termólisis: aumenta la pérdida de calor corporal

Cuando hay hipotermia la respiración es superficial y lenta, y las pulsaciones cardíacas igualmente lentas y débiles. La persona presenta palidez y puede parecer muerta. El Tx consiste en elevar la T° del enfermo lentamente

Presión arterial o Tensión Arterial: fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias. El nivel de la presión arterial es el producto del gasto cardíaco por la resistencia vascular sistémica. Varios factores extrínsecos e intrínsecos sirven para regular y mantener la presión arterial en unos márgenes razonablemente ctes. Entre los factores extrínsecos se encuentran la estimulación neurológica, las catecolaminas, las prostaglandinas y otras hormonas, y entre los intrínsecos destacan los quimiorreceptores y los barorreceptores presentes en las paredes arteriales, que actúan produciendo vasoconstricción o vasodilatación. La presión arterial suele medirse con un esfigmomanómetro y un estetoscopio. Hay tres métodos para medirla: auscultativo, palpatorio y oscilométrico. Sus cifras se alteran en situaciones de stress, hipervolemia, hipovolemia, y con la ADM de distintos fármacos.

- Bomba cardíaca que va a expulsar la sangre, debe tener mayor presión que la que hay en las arterias para que circule la sangre.
- Tubos (arterias) a donde será expulsada la sangre.

Ley de Poiseville = (Vol.Minuto) . (Resistencia vascular periférica) + Viscosidad

Volumen minuto: cant de sangre que expulsa el corazón en c/contracción. Da la presión sistólica que es la máxima

Resistencia Vascular periférica: tono muscular que es la contracción de los vasos sanguíneos, que va a determinar la TA diastólica o mínima.

Viscosidad: es importante en la génesis de la TA. Mientras más viscosa es la sangre más presión ejerce sobre las arterias.

Los trastornos de la TA son cuantitativos

- Normotensión: es la existencia de una TA normal en relación a la edad y el sexo. 90/60, 120/80, 140/90

La TA en la mujer es menor debido a los efectos del estrógeno y la progesterona.

- Hipertensión = El enemigo silencioso: aumento de las cifras tensionales correspondientes a la normales según la edad y el sexo. Ej: sind de la bata blanca (hipertensión de pte)

MAPA: Monitoreo Ambulatorio de P.A.

Causas o etiología:

- En 1/3 parte de los casos, es idiopático.
- Otra tercera parte, son hipertensos nefrológicos (problemas renales). Estos problemas pueden afectar al parénquima renal o puede ser problema de los vasos renales (hipertensión vasculorenal).

Aparato Yuxtaglomerular (ayg): cuando se disminuye el volumen de sangre que va al riñón (flujo plasmático renal) se libera la renina, que actuará sobre el hipertensinógeno que producirá angiotensina I. Sobre la cual actúa la enzima que la convertirá en angiotensina II la cual es el más potente vasoconstrictor que se conoce, y actúa sobre la zona glomerular de la glándula suprarrenal haciendo que se libere la aldosterona, la cual actúa sobre el túbulo distal del riñón provocando una retención de sodio, y por lo tanto de agua, lo que aumentará el flujo plasmático renal.

Mecanismo: renina ! angiotensina ! aldosterona

- Una quinta parte será hipertenso por problemas cardiovasculares (hipertrofia del ventrículo izquierdo)*. Se tiene una bomba cardiaca muy fuerte que produce una TA mayor.

La hipertrofia ventricular puede ser congénita* o adquirida (insuficiencia aortica).

Coartación aortica*: la circulación se origina en el arco aortico. El arco aortico no abre para la circulación abdomen – extremidades, lo que provoca que no haya flujo plasmático renal. No hay pulso en las extremidades inferiores (déficit de pulso).

- El restante 15%, es de origen endocrinas:
 - Embarazo ! Preeclampsia ! Eclampsia o frenesí (presentan convulsiones)
 - Sind de Cushing (hipercortisolismo): eleva los niveles de colesterol y triglicéridos lo que provoca arteroesclerosis, y provoca retención de sodio. Trastorno metabólico resultante de la hiperproducción crónica de cortisol.

- Sind de Conn (hiperaldosteronismo primario): aumento en la secreción de aldosterona, provoca retención de sodio y agua. Trastorno originado por un adenoma que produce hipersecreción de aldosterona.
 - Hipertiroidismo: exceso de la secreción de hormona tiroidea, lo que aumenta la frecuencia cardiaca, aumenta el volumen minuto, y por lo tanto, aumenta la TA sistólica.
 - Acromegalia: exceso de secreción de hormona de crecimiento, lo que provoca arteroesclerosis.
 - Hiperparatiroidismo: exceso en la secreción de la paratohormona lo que provoca hipercalcemia, que aumenta la resistencia vascular.
 - Feocromositomas: tumores de las glándulas adrenales que producen adrenalina y noradrenalina, que son potentes vasoconstrictores.
- Hipotensión: estado anormal en el que la TA no es adecuada para la perfusión y oxigenización conveniente de los tejidos. Se reducen las cifras tensionales por debajo de 90/60 mmHg

Etiología o causas

- El 60% de los casos son idiopáticos (sin causa conocida o aparente)
- 40% son por enf endocrinológicas, dentro de las cuales:
 - Sind de Sheehans: disminución del metabolismo basal. Las mujeres que en transcurso del parto pierden mucha sangre, producen shock y se les destruye la glándula hipófisis.
 - Sind de Addison (insuficiencia adrenal): se debe a la insuficiencia de la fn adrenocortical
 - Hipotiroidismo: descenso de la actividad de la glándula tiroidea que puede conducir a mixedema.

También las hay de causas cardiovasculares

- Estenosis aortica (la sangre no puede salir con facilidad): anomalía cardiaca caracterizada por un estrechamiento o estenosis de la válvula aortica. La estenosis aortica dificulta el paso de la sangre desde el ventrículo izq a la aorta provocando la disminución del gasto cardiaco y la congestión vascular pulmonar.
- Anemia
- Hipotensión iatrogénica: tiene que ver el uso de medicamentos.

Pulso o Latido cardiaco: expansión y contracción repetida y regular de una arteria, producida por las ondas de presión provocadas por la eyección de sangre del ventrículo izquierdo durante la sístole cardiaca. El fenómeno se detecta con facilidad en las arterias superficiales, como la radial o la carótida, y se corresponde con c/latido del corazón. El # normal de lat/min en el adulto varía entre 60 y 100.

El pulso puede ser central: palpación del corazón, o periférico: palpación a nivel de las arterias periféricas.

Punto de pulso: c/u de los lugares situados en la superficie del cuerpo donde se pueden palpar con facilidad las pulsaciones arteriales. El punto de pulso más habitual es el de la arteria radial, en la muñeca. Otros son el de la arteria temporal, por delante del pabellón auricular, el de la arteria carótida primitiva, por debajo del cartílago tiroidea, y el de la arteria facial, en el borde inferior de la mandíbula.

Características

- Intensidad: +++, ++, +, 0
- Frecuencia: variable según la edad: 120–160, 60–100
- Ritmo: el pulso es rítmico puesto que el tiempo entre c/lat es el mismo. En un pulso rítmico el pulso central y el periférico son iguales. Y si existe una diferencia entre ellos se conoce como déficit de pulso. La pérdida del ritmo se conoce como arritmia. Algunos tipos de arritmia son la fibrilación

auricular, el flutter auricular, el bloqueo cardiaco, los extrasístoles y la arritmia sinusal.

Los trastornos del pulso con cuantitativos

- Bradicardia
 - Fisiológica: en atletas y durante el sueño
 - Iatrogénicas, causadas por medicamentos

Simpático: espuela del corazón, si se estimula lo acelera. Drogas miméticas

SN Autónomo

Parasimpático: freno del corazón. Drogas liticas

Patológicas: cardiopatías (bloqueo del corazón) y por enf endocrinológicas

- Bloqueo auriculoventricular: retraso en la conducción o detención del impulso excitatorio cardiaco que se produce en el nodo auriculoventricular, el has de His o sus ramas.
- Enf. Endocrinológicas: hipertiroidismo, Sheehans, Addison
- Taquicardia: trastorno circulatorio consistente en la contracción del miocardio con una frecuencia mayor de 100 lat/min.
 - Fisiológicas: ejercicio, calor (vasodilatación), emociones
 - Patológicas: Enf carciadas y endocronogicas (Cushing, hipertiroidismo, feocromositomas), taq sinusal (100–150lat/min), taq parocística – atrial (150–240lat/min), taq ventricular (+240lat/min)
 - Enf. Hematológicas
 - Iatrogénica

Respiración: proceso de intercambio molecular de O y CO₂ en el sist pulmonar. La frecuencia varia con la edad y el estado de la persona. Algunos tipos de respiración con la respiración de Biot, la de Cheyne–Stokes y la de Kussmaul.

Externa: se realiza a nivel del alveolo (unid fnal del pulmón)

La respiración puede ser

Interna: se produce a nivel de las células, entre ellas y la sangre

La respiración es un acto involuntario que tiene que ver con quimiorreceptores sensibles a la cant de O y el aumento de la cant de CO₂ (hipoxia – hipercadmia)

Los quimiorreceptores actúan sobre el centro respiratorio (tallo cerebral) el cual está constituido por cuatro subcentros:

- Centro inspirador
- Centro espirador
- Centro apneustico
- Centro Neumotáxico (responsable del automatismo y ritmicidad respiratorios)

Una inspiración dura entre 2 y 2 ½ segs

Una espiración dura entre 1 y 1 ½ segs

A mayor velocidad respiratoria menor es la duración de los mov resp

Normal^ hay de 12–20 resp/min. Y una respiración por cada 4 latidos cardiacos

Los trastornos respiratorios son cuantitativos

- Eupnea o normopnea: respiración normal
- Bradipnea u oligopnea: frecuencia respiratoria anormal^ lenta. Es frecuente en los atletas, sueño, insuficiencia resp, iatrogénicas (intoxicación)
- Taquipnea: aceleración anómala de la frecuencia respiratoria. Ej: ejercicio, emociones intensas, enf respiratorias obstructivas

También pueden ser cualitativos

- Batipnea: aumento de la amplitud del aire, se acompaña de bradipnea.
- Polipnea: batipnea + taquipnea: rápido y profundo
- Resp superficial: cuando la taquipnea se presenta por calor. Tipo de respiración caracterizado por inspiraciones y espiraciones lentas, poco profundas y gral^ ineficaces.
- Ciclopnea o resp periódica o respiración de Cheyne – Stokes: tipo de respiración anormal que se caracteriza por periodos alternantes de apnea y respiraciones rápidas y profundas.

Respiración de Biot: patrón respiratorio anómalo caracterizado por respiraciones irregulares con periodos de apnea. La respiración puede ser lenta y profunda o rápida y superficial, y suele acompañarse de suspiros frecuentes.

Respiración de Kussmaul o Magna: respiración muy rápida y anormal^ profunda característica de la acidosis diabética.