

C.I. di Metodologia Clinica

Modulo 4

“ La Raccolta delle informazioni per la pratica clinica”

Lezione:

Tecnica e Metodologia dell’Anamnesi

Prof . Corrado Astarita

Dipartimento di Internistica Clinica e Sperimentale

“F. Magrassi - A.Lanzara”

1

La Metodologia Clinica

La Metodologia Clinica è l'area d'integrazione dei criteri e delle regole che presiedono all'esercizio razionale della Medicina.

Obiettivi generali

Alla fine del corso lo studente:

- Sarà in grado di definire e descrivere principi e metodologie di base della epidemiologia, della psicologia medica.
- Sarà capace di eseguire secondo modalità strutturata e standardizzata la registrazione della storia clinica e l'esame clinico.
- Sarà in grado di definire metodologia generale e significato della Evidence Based Medicine (EBM).

2

Tipi di obiettivi generali

- Obiettivi Cognitivi
- Obiettivi Relazionali
- Obiettivi Gestuali

3

Obiettivi Cognitivi-1

Lo studente:

- deve saper descrivere i principali concetti teorici alla base della comprensione delle implicazioni emozionali, connesse al rapporto medico-paziente ed allo stato di malattia (**mod. 2**);
- deve saper formulare i quesiti generali ineludibili dell'anamnesi (**mod.4**);
- deve sapere definire i sintomi di più frequente riscontro nel corso di una anamnesi (**mod. 4**).
 - Cardiopalmo, dispnea, febbre, dolore toracico, tosse, nausea, vomito, piroso, ematemesi, melena, stipsi, diarrea, rettorragia, dolore addome, pollachiuria, poliuria, disuria, tenesmo urinario, ematuria, oliguria, cefalea, disturbi della coscienza.

4

Obiettivi Cognitivi-2

Lo studente:

- deve saper descrivere i meccanismi fisiologici / fisiopatologici alla base di:
 - toni cardiaci, tachicardia, bradicardia, soffi cardiaci e vascolari, pressione arteriosa, polso celere, polso tardo, polso aritmico, dispnea, tachipnea, febbre, dolore toracico, nausea, vomito, piroisi, ematemesi, melena, stipsi, diarrea, rettorragia, dolore addominale, pollachiuria, poliuria, disuria, tenesmo urinario, ematuria, oliguria; **(mod.4)**
- deve saper descrivere i principi generali ed indicare gli obiettivi diagnostici di indagini strumentali di uso frequente come la misurazione pressione arteriosa, elettrocardiografia, ecografia, endoscopia digestiva, esame Doppler, radiografia, tomografia computerizzata, biopsia **(mod. 4)**.

5

Obiettivi Cognitivi-3

Lo studente:

- deve saper definire i concetti di sensibilità, specificità, valore predittivo dei sintomi/segni clinici e degli esami diagnostici **(mod.5-7)**
- deve saper descrivere i modelli epidemiologici che consentono l'individuazione dei fattori di rischio delle malattie (studi trasversali, studi di coorte, studi caso/controllo) e la valutazione di efficacia degli interventi sanitari (studi clinici controllati, metanalisi) **(mod. 5-7)** ;
- deve saper descrivere l'importanza della valutazione economica degli interventi sanitari nella definizione delle priorità in sanità e la metodologia di base delle principali tecniche di valutazione economica **(mod. 7)** ;
- deve saper descrivere obiettivi e significato della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) **(mod.8)** .

6

Obiettivi relazionali (mod. 1,2)

(l'incontro, la visita, il colloquio, la conclusione)

Lo studente :

- deve saper individuare e definire i comportamenti di medico e/o paziente che rendono più problematico il colloquio con il paziente e l'esame clinico;
- deve saper utilizzare le principali strategie relazionali necessarie alla realizzazione di una proficua comunicazione con il paziente;
- deve saper descrivere le principali strategie relazionali facilitanti l'esame clinico;
- deve saper proporre in maniera chiara e positiva una indagine clinica o strumentale complessa e/o fastidiosa per il paziente;
- deve saper descrivere la strategia di comunicazione al paziente delle risultanti dell'anamnesi e dell'esame obiettivo

7

Obiettivi gestuali (le abilità)

Lo studente:

- deve saper individuare le sedi cui corrisponde il dolore spontaneo o suscitato relativo ai diversi organi o strutture di torace e addome; **(mod.4)**
- deve saper di eseguire secondo modalità strutturata e standardizzata la registrazione della storia clinica, l'esame clinico generale e le principali manovre di uso frequente nell' esame clinico di torace ed addome (mediante ispezione, palpazione, auscultazione, percussione), incluso l'esame del capo, collo e mammella; **(mod. 4)**
- deve saper riconoscere i toni cardiaci normali, ritmi di galoppo, soffi cardiaci ed altri rumori patologici, rumori respiratori normali, e quelli aggiunti non normali quali fischi/sibili, rantoli/crepitii; **(mod.4)**
- deve saper calcolare il valore predittivo positivo e negativo degli esami diagnostici in diversi contesti epidemiologici di prevalenza di malattia. **(mod. 3,5,7)**

8

Divenire Medico (o altro vero professionista)

- **Non esistono professionisti (medici, avvocati, architetti, ecc). che siano “dotti” e, contemporaneamente, “ part-time”**
- **Avendo risposto all’appello si è costretti o a vivere con esso o a rinunciarvi: da genitore, da coniuge, da cittadino si è sempre anche un medico !**

9

Scienza/Professione

La medicina è

- *non solo scienza (semplice insieme organico di conoscenze)*
- *ma anche professione (pubblica dichiarazione dell’esercizio, non a fini di diletto, di una attività intellettuale basata su una scienza)*

abbraccia le conoscenze scientifiche biomediche ma anche le qualità personali, umanistiche e quelle specifiche della professione.

- Negli ultimi 50 anni si è realizzato uno sforzo titanico, principalmente sostenuto dai Paesi più ricchi e con più solide tradizioni democratiche, per sviluppare una forte base infrastrutturale scientifica che faccia parte integrante dell’insegnamento medico ad ogni livello: *propedeutico, clinico e aggiornamento permanente*

10

Scopi della infrastruttura scientifica

- **Acquisire e valutare le nuove conoscenze** (scopi, potenza dei metodi, significatività dei dati)
- **Individuare le ricadute sul piano clinico delle conoscenze** (sono effettivamente migliorative per il paziente)
- **Produrre impegno sulle frontiere del sapere medico**
- **Migliorare la comprensione reale dei processi patogenetici di malattia:**
 - Sintesi conformazionale delle proteine e proprietà fisiche di esse
 - Falcizzazione degli eritrociti, formazione di Amiloide
 - Funzione delle proteine G
 - Trasporto di membrana, trasferimento di messaggi esterni (tossine, ormoni, peptidi) all'interno delle cellule
- **Fornire l'accesso alla migliore comprensione di molteplici malattie attraverso la comprensione di pochi, ma critici e strategici, processi di base**

11

Il Medico come Scienziato

Egli deve:

- **Comprendere ed applicare i modelli di pensiero del metodo scientifico**
- **Sviluppare una mentalità inquisitiva**
- **Conoscere come formulare un piano sperimentale al fine di ottenerne dati**
- **Avere la capacità di analizzare la correttezza, la specificità e la affidabilità dei dati ottenuti**
- **Domandarsi costantemente “ *le mie conclusioni potrebbero essere errate ?* ”**
- **Tradurre queste capacità analitiche nella raccolta, sintesi ed interpretazione dei dati relativi ad ogni singolo paziente convogliandole nel trattamento più appropriato**

12

Il Medico è un professionista

**“ La professionalità nella medicina interna comprende quelle qualità e comportamenti che servono a mantenere l’interesse per il paziente sempre al di sopra dell’interesse personale”
(American Board of Internal Medicine)**

- **La professionalità comporta un impegno:**
 - ai più alti livelli nella pratica della medicina, e nella produzione e divulgazione del sapere;
 - per atteggiamenti e comportamenti che incoraggino gli interessi ed il benessere del paziente;
 - ad essere sensibile alle esigenze sociali in tema di salute.
- **Altruismo, affidabilità, eccellenza, dovere, servizio, senso dell’onore, integrità morale e rispetto degli altri: la professionalità tende alla realizzazione di tutti questi valori**

13

Il Medico come dispensatore di cure

- **Deve essere professionista di grande abilità tecnica ma anche capace di interessarsi anche umanamente al paziente**
 - Questa capacità si acquisisce, in maniera semplice per alcuni o complessa e laboriosa per altri.
 - Essa è, comunque, inalienabile per la formazione di un “medico completo”

14

ANAMNESI- Significato generale

- Il colloquio rappresenta il punto focale della relazione medico- paziente
- “Momento decisivo diagnostico”: *la accuratezza* delle informazioni raccolte in questa fase influenza in maniera determinante la *correttezza* della diagnosi e del trattamento (l'80% della diagnosi in M.I. si basa su di esso)
- Fonte dei dati e loro attendibilità

15

Anamnesi - Possibili domande di esame

- Cosa intendi per anamnesi, sintomo, segno?
- Cosa intendi per malattia, sindrome, diagnosi?
- Cosa intendi per diagnosi differenziale?
- Quali elementi ineludibili dell'anamnesi?
- In quale sequenza procedi nell' anamnesi?

16

Anamnesi - Definizioni

- Anamnesi, sintomi, segni.
- Malattia, sindrome, diagnosi.
- Diagnosi differenziale

17

Anamnesi - Elementi ineludibili

- Il problema principale.
- I farmaci assunti.
- Le abitudini di vita.
- Precedenti problemi e disturbi.
- Malattie nei familiari.
- Precedenti terapie (mediche/chirurgiche).

18

Anamnesi: approccio

- **Preannunciare il colloquio e organizzarlo in ambiente idoneo**
- **Adeguatezza “esteriore” dell’intervistatore (medico/studente)**
- **Approccio iniziale “cordialmente formale”**
- **Domande iniziali “aperte” sul problema attuale**

19

Anamnesi - Struttura e sequenza

- Il problema principale (paziente/medico).
- Durata, evoluzione, contesto (unico/plurimo).
- Elementi di rilevanza potenziale (fattori scatenanti/allevianti)
- Dati anagrafici (sesso;età per la variabile prevalenza delle varie malattie)
- Annotazioni !!

⇒ IPOTESI

- **Iniziale ventaglio ampio di ipotesi sulla base dell’analisi del problema principale**

20

Domande “aperte”

- Che problemi sta avendo?
- Mi parli dei suoi disturbi .. *allo .. stomaco*
- Come stava in salute ... *prima .. dell'infarto?*
- Può descrivere le sue sensazioni in accompagnamento *al dolore?*

21

Domande dirette “chiuse”

- Porre la domanda in maniera che non vi sia dubbio nella risposta
- Evitare domande (e trascrizioni) con risposte che possano essere di dubbia interpretazione per una terza persona che consulti la cartella
- **Attenzione ad evitare domande**
 - *Tendenziose (che suggeriscono la risposta che l'intervistatore vuole)*
 - *Esplicative (che permettono di rispondere alla domanda)*
- Con tali domande si tendono a definire le caratteristiche fondamentali di ogni sintomo o segno

22

Le Sette domande chiuse per la definizione delle caratteristiche fondamentali dei sintomi/segni

- Regione corporea di origine del disturbo in causa
- Qualità
- Quantità/Gravità/Intensità *stazionaria, in crescendo o in decrescendo*
- Cronologia: epoca e caratteri di esordio e loro evoluzione attuale attraverso eventuali fasi intermedie
- Modalità di comparsa: eventi di concorso quali il pasto, lo sforzo fisico, ecc.
- Fattori aggravanti (o allevianti)
- Manifestazioni associate
- **Obiettivo:**
 - definire l'organo o l'apparato di origine del sintomo; individuarne la causa più probabile; evidenziare fattori di rischio o predisponenti; individuare eventuali complicazioni; definire i fattori scatenanti, quelli aggravanti o allevianti il disturbo e la sua qualità ed intensità

23

Anamnesi - Struttura e sequenza

- I farmaci assunti.
- Le abitudini di vita.
- Precedenti problemi e disturbi.
- Malattie nei familiari.
- Precedenti terapie (mediche/chirurgiche).
 - Cronologia !

⇒ **IPOTESI**

24

Domande aperte e chiuse sui problemi pregressi

- Qualità del sonno
- Variazioni del peso corporeo/Appetito
- Funzionalità degli emuntori
- Malattie della prima infanzia (rif.)
- Esantemi: evoluzione e complicanze eventuali
- Patologie ricorrenti pregresse *
- Pregressi interventi chirurgici/traumi *
- Precedenti ricoveri ospedalieri (diagnosi) *
- Precedenti reazioni avverse a farmaci *
- Malattie veneree *
- Alterazioni occasionali di parametri di laboratorio

25

* Indagare criticamente i sintomi/segni dell'epoca senza mai accettare passivamente (e riportare in cartella) diagnosi preconfezionate

ANAMNESI FAMILIARE

- Ereditarietà patologica (leggi di Mendel)
- Fonti familiari di contagio
- Particolari situazioni anomale dell'ambiente familiare

26

Patologie Ereditarie-1

● Ereditarietà di tipo autosomico dominante

- **Presenza del carattere patologico nel 50% dei discendenti in maniera indipendente dal sesso**
- Sferocitosi ereditaria; - Talassemia (*maior* se in omozigosi, *minor o trait* se in eterozigosi)
- Rene policistico; - Ipercolesterolemia familiare

● Ereditarietà di tipo autosomico recessivo

- **L'unione di due genitori eterozigoti per il gene recessivo (fenotipicamente sani) condiziona una progenie che sarà per il 50% portatrice sana, per il 25% sana e non portatrice e per il rimanente 25% malata perché omozigote per il gene recessivo**
- Malattie del metabolismo (glicidico, lipidico, di singoli aminoacidi); malattie emorragiche; la Mucoviscidosi; etc

27

Patologie Ereditarie-2

● Ereditarietà legata al cromosoma X

- **Il cromosoma X dei maschi è sempre di provenienza materna**
- **Se il gene è dominante** la malattia si manifesta in tutti i maschi emizigoti e nel 50% delle figlie eterozigoti
 - FAVISMO (deficit G6FD)
- **Se il gene è recessivo** la malattia si manifesta in tutti i maschi portatori ma non nelle femmine per l'effetto protettivo del cromosoma X paterno. Queste, però, in quanto portatrici trasmetteranno il gene patologico a 50% della discendenza
 - Emofilia A (fattore VIII) e B (fattore IX)
 - Agammaglobulinemia
 - Diabete insipido renale (insensibilità tubuli collettori all'ADH)
 - Daltonismo

28

Anamnesi - Struttura e sequenza

- Anamnesi lavorativa e ambientale
- Anamnesi psico-sociale
- Anamnesi sessuale,riproduttiva e ginecologica
- Anamnesi sistematica

⇒ **IPOTESI**

29

Anamnesi - Struttura e sequenza

- La cronologia.
- Le connessioni fisiopatologiche.
- Le probabilità delle diverse ipotesi.

⇒ **IPOTESI PRINCIPALE** (e subordinate)

- Conclusioni e comunicazione
 - Certezze
 - Ipotesi plausibili
 - Strategie di ulteriori azioni

30

Considerazioni conclusive - Anamnesi

- Il **primo sintomo** da valutare è quello percepito come più serio dal paziente.
- Il riscontro di un sintomo fa **ricercare altri sintomi** potenzialmente correlati.
- La iniziale ipotesi interpretativa suggerisce **nuove domande**, che portano ad una ipotesi più **mirata**, fino a focalizzarsi su poche **alternative** → Esame Obiettivo (segni) → *Diagnostica strumentale*.
- Lo **stato generale** del paziente è indicatore di gravità e di urgenza.

31

Il dolore

- Sensazione molto sgradevole, presente in molte malattie con significato protettivo di allarme
- Può avere carattere variabile sia per la qualità (oppressivo, tensivo, puntorio, pulsante, urente, tagliente, ecc.) sia per la sua intensità.
- Viene percepito dal sistema dei nocicettori cutanei (superficiali) e viscerali (profondi)

33

Vie di trasmissione del dolore

- Dalla periferia alle corna posteriori del midollo = **1° neurone** somatico/viscerale
- Lungo il midollo e fino ai nuclei della sostanza reticolare, del talamo e al diencefalo = **2° neurone** fascio spino talamico
- Dal talamo a livello sub-corticale e corticale (rinencefalo) = **3° neurone**

34

Il Dolore-Caratteristiche anamnestiche

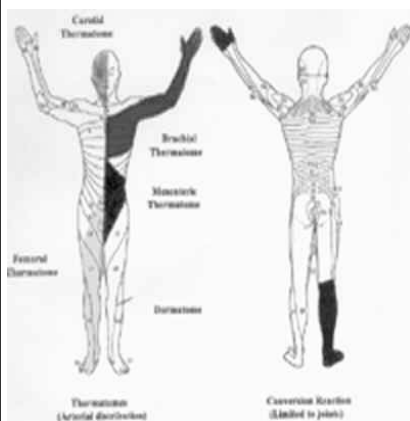
- Sede: torace/addome/muscoli/articolazioni
- Tipo (qualità): acuto, costrittivo, crampiforme, diffuso, puntiforme
- Intensità : scala analogica 0-10
- Decorso: crescente/decescente, stabile, irradiato/circoscritto
- Periodicità o persistenza
- Fattori scatenanti
- Fattori aggravanti/attenuanti
- Sintomi associati /febbre

35

Dolore a topografia tronculare

- Dovuto a stimoli algogeni che interessano un tronco nervoso periferico
- La zona superficiale dolente corrisponde al territorio di innervazione del nervo colpito senza distribuzione dermatomera
 - Il dolore acuto tronculare è evocabile attraverso la pressione sui punti di emergenza del tronco nervoso colpito (**Punti di Valleix**) : nevralgie del trigemino; nevralgie intercostali
 - La **Causalgia** : sindrome tronculare dolorosa post traumatica con dolore spontaneo urente, poco sopportabile nel territorio di innervazione ove sono presenti anche alterazioni di colore della cute di origine vascolare, costante iperidrosi e, non costantemente, manifestazioni vescicolari di tipo erpetico

Dolore a topografia radicolare



- 7 dermatomeri Cervicali (C1-C7)
- 12 dermatomeri Toracici (T1-T12)
- 5 dermatomeri lombari (L1-L5)
- 5 dermatomeri sacrali (S1-S5)
- Il volto è innervato dalle 3 branche (oftalmica, mascellare superiore e mandibolare) del V paio di nervi cranici – il Trigemino

Dolore a topografia radicolare

- Dovuto a stimoli algogeni che interessano una o più radici spinali posteriori (**punti di Valleix paravertebrali** in corrispondenza della emergenza delle radici stesse)
- Se il processo interessa dall'interno la radice stessa, il dolore è di tipo folgorante (**herpes zoster**)
- Se la compromissione è determinata da compressione della radice alla sua uscita dai forami vertebrali il dolore si esalta nei movimenti di flessione e rotazione del tronco (**fratture vertebrali; ernie discali**)
- La irritazione delle radici a poca distanza dalla loro emergenza dai forami realizza una sintomatologia dolorosa molto simile anche se meno condizionata dai movimenti bruschi del tronco (**linfomi e neoplasie**)

Il sintomo DOLORE - Dolore toracico e addominale

- **Possibili domande di esame:**
- Quali sono le vie sensoriali del dolore?
- Quali meccanismi di sensibilizzazione al dolore?
- Cosa si intende per dimensione emotiva del dolore?
- Meccanismi coinvolti nella modulazione del dolore?
- Quali meccanismi sono alla base del dolore riferito?

39

Il sintomo DOLORE - Dolore toracico

- **Possibili domande di esame:**
- Quali meccanismi sono alla base del dolore toracico?
- Quali organi o tessuti responsabili di dolore cardiaco?
- Quale dolore riferito può associarsi al dolore cardiaco?
- Quale dolore riferito può associarsi al dolore toracico?
- Quali domande in caso di dolore toracico?

40

Il sintomo DOLORE - Dolore addominale

- **Possibili domande di esame:**
- Quali organi responsabili di dolore addominale?
- Sede corrispondente?
- Quali meccanismi alla base del dolore addominale?
- Quali meccanismi alla base del dolore addominale riferito?
- Quali domande in caso di dolore addominale?

41

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

- **DOLORE** (segnale di patologia) = qualità, sede, decorso.
- **Componenti dolore:** *sensazione – emozione.*
- **Vie sensoriali dolore:**
 - Nervi periferici -> radici dorsali spinali -> midollo spinale.
- **Nervi afferenti primari** (diametro, mielinizzazione, velocità conduzione)
 1. **Fibre A-beta** (diametro maggiore, mielina +, tocco lieve/no dolore, cute)
 2. **Fibre A-delta** (diametro minore, mielina +, dolore, cute/strutture profonde)
 3. **Fibre C** (diametro minore, mielina -, dolore, cute/strutture profonde)

42

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

Meccanismi di sensibilizzazione (stimoli innocui producono dolore)

- Distensione tessuti.
- Danno tessuti.
- Infiammazione.

Tessuti profondi (di base poco sensibili dolore) +
Infiammazione ⇒ **Elevata sensibilità a stimolazione
meccanica**

43

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

Meccanismo fisiopatologico **dolore riferito**

- Neurone primario afferente → trasmissione → a diversi neuroni spinali
 - Neurone spinale ← riceve impulsi ← da diversi neuroni afferenti
 - Neuroni spinali ← ricevono impulsi:
 - Spesso da cute.
 - Raramente da strutture profonde.
- **Errore di localizzazione**

44

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

Dimensione emotiva (spiacevole) del dolore

- Via spino talamica:
 - corteccia somato-sensoriale (***sensazione cosciente***);
 - corteccia pre-frontale (***emozione***);
 - sistema limbico (***emozione***).

Modulazione del dolore

- Aspettativa di dolore +
- Narcotici, analgesici -
- Situazione psicologica + / -

45

TIPI di DOLORE

- **Dolore somatico puro**
 - Interessamento esclusivo delle strutture somatiche (cute, muscoli, ossa, tendini, capsule articolari, peritoneo, pleura)
- **Dolore viscerale puro**
 - Interessamento viscerale non complicato
- **Dolore misto viscerale-somatico**
 - Interessamento viscerale complicato dal cointeressamento di strutture somatiche (sierosa peritoneale o pleurica)

46

Il dolore somatico

- **Parte dalle strutture somatiche**
- **Viene trasmesso tramite i nervi spinali (cervicali, toracici, lombari, sacrali) ricchi di fibre mieliniche**
- **È relativamente superficiale, puntorio o trafittivo e ben localizzato spazialmente**

47

Tipi di dolore somatico

- **Nevralgia**
 - Dolore continuo e parossistico del neurone sensitivo periferico
- **Causalgia**
 - Dolore urente di un arto sede di lesione e in preda a disturbi trofici
- **Crampo**
 - Contrattura dolorosa dei muscoli striati

48

Dolore viscerale

- Parte da un viscere sollecitato da:
 - Flogosi intensa o accumulo di sostanze algogene, stimoli chimici, distensione o spasmo della muscolatura liscia, trazione o pinzettamento dei legamenti viscerali e/o dei vasi
- È trasmesso prevalentemente da fibre amieliniche afferenti che decorrono in connessione con le fibre dei nervi del sistema simpatico o parasimpatico . Gli impulsi dolorosi che originano da terminazioni libere nei visceri passano in grande maggioranza nelle radici dorsali del midollo attraverso i nervi viscerali.
- È profondo, sordo, compressivo, mal delimitabile perché le aree recettoriali del dolore viscerale sono poco convergenti a livello della corteccia. Esso è quasi sempre avvertito nella regione profonda mediana della regione corporea di origine ed è
 - quasi costantemente associato a manifestazioni vegetative quali nausea, vomito, sudorazione, ipotensione
 - incostantemente associato con una contrazione, debole e riflessa, di difesa dei muscoli superficiali (addominali) che cede alla pressione/palpazione manuale lieve e lenta

49

Tipi di dolore viscerale

- **Colica**
 - Dolore intenso e protratto di tipo spastico, che origina da un viscere cavo , si associa a disturbi vegetativi e ha un andamento spesso discontinuo
- **Spasmo**
 - Contrattura dolorosa della muscolatura liscia, di breve durata

50

Il dolore viscerale superficiale

- **D.V.Superficiale Riferito**
 - Viene avvertito a livello delle strutture superficiali corrispondenti al metamero cui appartiene il viscere coinvolto (Teoria della convergenza-facilitazione)
 - Irradiazioni specifiche
- **D.V.Superficiale Vero**
 - Per coinvolgimento iperalgesico e/o flogistico delle strutture superficiali in precise aree metameriche
 - Si accompagna ad intenso dermografismo dell'area iperalgesica e recede con la anestesia locale della sola parte centrale dell'area (**DVS vero di elezione**) o dell'intera parte di essa (**DVS vero epicritico**)

51

Dolori di origine articolare

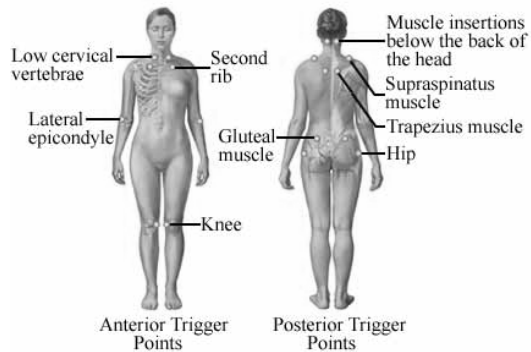
Intenso nelle artriti acute con interessamento esteso articolare e periarticolare

Meno Intenso nelle artriti croniche e nella osteoartrosi

- Il dolore artrosico solitamente peggiora con il movimento e si attenua con il riposo
- Il dolore artritico solitamente migliora con il movimento

Dolore di origine muscolare

- In presenza di processi infiammatori muscolari o della fascia muscolare ovvero di stravasi emorragici vi è un dolore localizzato alle masse muscolari coinvolte che risultano estremamente dolenti alla palpazione
- Particolare è il caso della FIBROMIALGIA



STOP

**Domande "aperte" ma guidate:
la storia familiare, personale fisiologica e sociale**

- **Domande sulla famiglia:**
 - è sposato o ha un partner fisso;
 - stato di salute del partner e di eventuali figli, dei genitori o dei fratelli;
 - età e cause supposte o certe di morte dei vari familiari;
 - presenza in più familiari di sintomi/segni identici o malattie a tendenza eredo-familiare (ipertensione arteriosa, diabete mellito, allergopatie, ecc)

55

La storia personale "fisiologica" e sociale

- **Nascita: epoca gestazionale; eventuale parto operativo; patologie eventuali perinatali (rif.)**
- **Tipo di allattamento e fenomeni dello svezzamento (rif.)**
- **Abitudini alimentari infantili ed eventuali modificazioni nel tempo (alimentazione selezionata o non; motivazioni;)**
 - **Evoluzione psico-somatica e sessuale (menarca-menopausa-caratteri del ciclo mestruale [durata, frequenza] – gravidanze – scolarità- lavoro)**
 - **Fumo/ alcool/altro**
 - **Consumo di farmaci**
 - **Viaggi; attività fisica**

56

Domande *chiuse* di rassegna sistematica dei vari organi/apparati

- **Capo:** cefalea (localizzazione, tipo, durata/frequenza, tempo di comparsa nella giornata, fattori scatenanti)
- **Alterazioni funzioni sensoriali o a carico dei nervi cranici**
 - Disturbi della visione :in negativo (scotomi /amaurosi) o in positivo (scintillii / luccichii), persistenti/intermittenti
 - Diplopia :persistente/intermittente
 - Insensibilità al volto : coinvolgimento di lingua e/o mucosa buccale
 - Perdita completa della funzione uditiva unilaterale (ANACUSIA) o bilaterale (COFOSI)
 - Ipoacusie : perdita parziale della funzione uditiva mono/bilaterale; con dolore, otorrea e/o
 - Ⓞ Acufeni: *percezione soggettiva di un suono (ronzio, soffio, sibilo) in assenza di vibrazioni sonore ambientali*
 - Disfagia: per cibi solidi/liquidi; dalla bocca al faringe o più a valle
 - Alterazioni del gusto/ olfatto

57

Altre alterazioni degli organi di senso

- **Occhi:** dolore, prurito, bruciore, rossore, lacrimazione eccessiva
- **Orecchie:** otalgia, sensazione di ostruzione, prurito, otorrea
- **Naso:** ipo-anosmia, iperosmia, cacosmia associate a prurito, ostruzione, rinorrea, starnutazione eccessiva, epistassi, dolore spontaneo regioni paranasali
- **Bocca :** alterazioni del gusto in plus o minus, associate a scialorrea, xerostomia, glossodinia /faringodinia

58

Apparato cardiorespiratorio

- **Dolore toracico** : localizzazione, qualità, durata, periodicità, fattori scatenanti, irradiazione, risposta ai farmaci , sintomi associati
- **Dispnea** : respiro corto e difficoltoso, con sensazione di fame di aria- a riposo, da sforzo,- che insorge solo in posizione supina (*ortopnea*) o che sveglia bruscamente il paziente nel cuore della notte (*dispnea parossistica notturna*) in associazione a sensazione di ingorgo polmonare ingravescente con rumori umidi crepitanti (*edema polmonare acuto*)

59

Apparato cardiorespiratorio

- **Edemi periferici ***: gonfiori alle caviglie mono/bilaterale; persistenti o solo dopo prolungata stazione eretta
 - Pressione idrostatica settore arterioso capillare = **42 cm** di acqua
 - Pressione idrostatica settore venoso capillare = **17 cm** di acqua
 - Pressione colloid-osmotica sangue(costante; proteine) = **36 cm** di ac.
- ⑩ Anomalie del ritmo cardiaco: tachicardia, battiti irregolari e/o "mancanti", frequenza e durata della anomalia; disturbi associati.
 - Il ritmo (**polso**) è : **Regolare; Regolarmente Irregolare; Irregolarmente Irregolare**
- ⑩ **Tosse *** (*Violenta esplosione espiratoria a glottide parzialmente chiusa*): frequenza, carattere (produttiva/secca), quantità e tipo dell'espettorato
- ⑩ Emoftoe (emottisi): emissione di sangue misto ad espettorato conseguente solitamente a tosse
- ⑩ **Sibili/gemiti respiratori ***(*rumori respiratori aggiunti [patologici] "udibili da parte del paziente"*): frequenza, particolari ambienti di comparsa, a riposo/da sforzo, uso di broncodilatatori

60

Apparato gastrointestinale

- Disfagia / odinofagia
- Variazioni del peso :volontarie / involontarie (alimentazione quali-quantitativa)
- Anoressia: mancanza di desiderio del cibo
- Bulimia: fame insaziabile
- Nausea: sensazione di disgusto per il cibo spesso associata a sintomi neurovegetativi (sudorazione, scialorrea, tachicardia)

- Vomito: emissione improvvisa e forzata del contenuto gastrico dalla bocca sostenuto da :
 - i) rilascio del cardias,
 - ii) contrazioni antiperistaltiche della parete gastrica e
 - iii) da energica contrazione (spesso dolorosa) del diaframma e della parete addominale

- ⑩ Conato: eventi simili al vomito ma, in assenza di rilascio del cardias, manca la emissione di cibo

- ⑩ Rigurgito: emissione di materiale non digerito misto a muco alcalino o acido, in assenza di contrazione della parete addominale e del diaframma (non doloroso)

61

Cause più frequenti di anoressia, nausea, vomito

- **Centrali (vomito a "getto" spesso senza nausea):**
 - ↑ pressione intracranica; psiconevrosi; eccessivo caldo ambientale; stimoli emozionali intensi
- ⑩ **Tossiche (agenti sul centro del vomito o irritanti la mucosa gastrica):**
 - Farmaci; tabacco; ipertermia/febbre; uremia, iperammoniemia; acidosi;
- ⑩ **Viscerali:**
 - Ostruzioni al transito alimentare, gastriti, flogosi acute altri organi addominali, gravidanza, cardiopatie scompensate (dx)
- ⑩ **Carenziali:** avitaminosi; digiuno
- ⑩ **Oto-vestibolari:** cinetopatie (mal d'auto ecc.), S. di Meniere con vertigine, tintinnii (paracusie), sordità, vomito (da edema transitorio vestibolare)

62

Apparato gastrointestinale (2)

- **Dolore addominale:**

- localizzazione; rapporto con i pasti; qualità, durata ed intensità, irradiazione; miglioramento con ingestione di farmaci o particolari posture

- Ⓣ **Ematemesi /melena/ rettorragia**

- Ⓣ **Modificazioni delle abitudini intestinali e della consistenza delle feci:**

- **Stipsi** (rallentamento del transito con defecazione normale);
- **Dischezia** (defecazione inadeguata in presenza di normale afflusso di feci);
- **Diarrea** (defecazione frequente di feci non formate)
 - Ⓣ dolorosa con urgenza = alterazioni grosso intestino;
 - Ⓣ indolore e senza urgenza = alterazioni piccolo intestino

63

Apparato Urogenitale (1)

- **Diuresi**

- Volume giornaliero: poliuria (> 2 litri/die); oliguria (< 400 ml/ die); anuria
- Frequenza: pollachiuria (↑ frequenza minzioni/ die); nicturia (↑ frequenza minzioni notturne)
- Dolore durante la minzione: stranguria
- Alterazioni del controllo vescica: disuria (flusso lento, con inizio o interruzione difficoltosi; stimolo ad urinare subito dopo una minzione);

64

Apparato Urogenitale (2)

- **Incontinenza urinaria**: perdita della normale continenza vescicale
 - **Vera**: insufficienza dello sfintere uretrale esterno con deflusso continuo di urina
 - **Falsa**: insufficienza del muscolo detrusore con l'urina che prima riempie la vescica e poi trabocca nell'uretra a gocce (iscuria paradossa)
- ⑩ **Ritenzione urinaria**: incapacità ad eliminare le urine per ostacolo meccanico (dolorosa)
- ⑩ **Enuresi**: mancanza del controllo, per lo più notturno, della minzione (spina bifida occulta, insufficiente controllo corticale sul centro minzione)

65

Apparato Urogenitale (3)

- **Colorito e torbidità delle urine**:
 - Ematuria (totale, terminale ; iniziale)
 - Emoglobinuria/Bilirubinuria/ Porfirinuria (urine rosso chiaro/marsala/bruno scuro)
 - Piuria: pus visibile nelle urine
- ⑩ **Dolore addominale con irradiazione genitourinaria**: *colica renale*

66

Mestruazioni

- Epoca del Menarca/Menopausa
- Durata: n° giorni di flusso/ n° dei giorni tra 2 flussi
- Flusso abbondante: *metrorragia*
- Flusso doloroso: *dismenorrea*
- Emorragie intermestruali
- Tensione premestruale
- Disturbi menopausa: *vasomotori*; *metrorragie*

67

Attività sessuale

- Rapporti pluripartner
- Pratica sesso sicuro?
- Pregresse malattie sessualmente trasmesse
- Dolore durante i rapporti sessuali
- Perdita della libido
- Impotenza coeundi
- Eiaculazione precoce

68

Sistema Nervoso

- **Episodi sincopali (Svenimento)**
“improvvisa (e transitoria: minuti-1 ora) perdita di coscienza con incapacità di mantenere il tono posturale”
- **Lipotimia**
“pallore e sudorazione improvvisi, sbadigli, nausea, come nella fase iniziale della sincope ma che non evolvono in essa”
- **Vertigini**
“sensazione illusoria di spostamento della propria persona intorno agli oggetti (*Vert. Soggettiva*) o degli oggetti intorno al proprio corpo (*Vert. Oggettiva*)”
- **Alterazioni linguaggio e memoria**

69

Cause principali e frequenza delle perdite di coscienza di breve durata (PCBD)

- **Da cause anamnesticamente evidenti**
 - Sincope commotiva post traumatica (capo)
 - Ipoglicemia in diabetico (insulina)
- ⑩ **Da cause non evidenti**
 - **Sincope** (flusso ematico cerebrale <40%)
 - ⑩ Primitivamente neurogena-vasodepressoria = 55%
 - ⑩ Primitivamente cardiogena = 10%
 - **SNC** = <10%
 - ⑩ Prima crisi epilettica
 - ⑩ Insufficienza cerebrovascolare
 - ⑩ Emorragia subaracnoidea
 - ⑩ Onde di pressione endocranica
 - **Da cause tossiche/metaboliche** = <10%
 - ⑩ Alcol-sedativi
 - ⑩ Overdose di narcotici
 - ⑩ Ipoglicemia
 - ⑩ Farmaci antiipertensivi
 - **Diagnosi eziologica sconosciuta**

70

Vertigini

• Vertigine centrale

- Origina da lesioni dell' app. vestibolare centrale (fibre afferenti ed efferenti, nuclei vestibolari, connessioni con cervelletto, motoneuroni spinali e nuclei del sistema oculomotore)
- In generale sono **soggettive**, con andamento subdolo associato a **turbe dell'equilibrio, segni neurologici** (mioclonie), **nistagmo verticale** (movimenti oscillatori, ritmici e involontari dei globi oculari) e non a **manifestazioni neurovegetative** (nausea, vomito)

⊗ Vertigine periferica

- Origina da lesioni dell'app. vestibolare periferico e oto-labirintico in generale (coclea; canali semicircolari, utricolo, sacculo)
- In generale sono **oggettive**, insorgono acutamente a crisi, si associano costantemente a **segni auricolari** (ipoacusia/acufeni) e a **manifestazioni neurovegetative** ma non a segni neurologici

71

Differenze tra *vertigine* centrale (SNC) e periferica (Otologica)

Caratteristiche	Tipo periferico	Tipo centrale
Inizio	improvviso	insidioso
Quadro caratteristico	Episodico, parossistico	Continuo
Intensità	Max all'inizio	Variabile/lieve
Durata	Minuti-ore	Giorni-mesi-anni
Nistagmo verticale (lesioni del peduncolo)	Assente	Comune
Influenza movim. capo	Notevole	Lieve/nulla
Disturbi coscienza -Sincope -convulsione	Assente assente	Rara Occasionale
Tintinnio, sordità	Comune	Assente
Esame otologico	Positivo	Solit. negativo
Esame neurologico	Negativo	Positivo
Test di Romberg	Caduta solo con movimento capo	Tendenza a cadere dal lato colpito senza muovere il capo
Disturbi altri nervi cranici	Rari	Comuni

72

Sistema endocrino

- Perdita di peso/poliuria/ polidipsia
 - Diabete
- ⑩ Intolleranza al caldo/irritabilità /perdita peso / aumento appetito
 - Ipertiroidismo
- ⑩ Costipazione / ↑ peso/ sensazione continua di freddo / depressione
 - Ipotiroidismo

73

Apparato muscolo-scheletrico

- Dolori ossa /articolazioni
- Dolori articolari con o senza gonfiore/ rossore/ dolorabilità alla pressione e alterata funzione della articolazione
- Interessamento mono o pluriarticolare
- Intensità e tempo di comparsa del dolore nella giornata

74

Cute

- Comparsa e frequenza di eruzioni
- Loro rapporto con attività lavorativa
- Distribuzione di esse (localizzate / diffuse)
- Presenza o meno di prurito (solo lesionale o diffuso)
- Reazioni cutanee alla apposizione di metalli, creme/cosmetici, indumenti, alimenti vegetali
- Modificazioni del colorito

75

Elenco dei problemi

• Iniziale

Nome paziente	N° identificazione		
Prob. Attuali	Data	Prob.Preg	Data
1-Ittero (gen 03)	15/1/03		
2-Anoressia- (dic 02)	15/1/03		
3-Perdita peso	15/1/03		
4-Fumo Dal 70	15/1/03		
		5-Ulcera duod. (77)	15/1/03

Aggiornamento

Nome paziente	N° identificazione		
Prob. Attuali	Data	Prob.Pregr	Data
1-Ittero (gen 03)	15/1/03 21/1/03	→ Risolta	22/2/03
→ * Epatite A			
2-Anoressia- (dic 02)	15/1/03		
→ * 1			
3-Perdita peso	15/1/03		
→ * 1			
4-Fumo Dal 70	15/1/03		
		5-Ulcera duod. (77)	15/1/03

76

Piano d'azione correlato ai problemi			
	Problema	Diagn. Differenziale	Indagini
DX	Ittero	Epatite acuta / Alcool/ Farmaci Ittero ostruttivo	Test epatici: Markers epatici Auto-anticorpi; Eco epatica Emocromo completo
	Anoressia	Vedi ittero	Urine : urea; Glicemia; elettroliti
	Perdita di peso	Vedi ittero	Peso corporeo
MX	Ittero	MONITORAGGIO Test epatici x 2 /settimana	
	Anoressia	Controllo dieta/calorie	
	Perdita di peso	Controllo peso ogni 3 giorni	
TX	Ittero	TERAPIA Riposo a letto	
	Anoressia	Stimolare l'appetito	
	Perdita di peso	Uso di integratori e liquidi	
In	Ittero	INFORMAZIONE Discutere la diagnosi	
	Anoressia	Spiegare l'associazione con l'ittero	
	Perdita di peso		

77

Registrazione andamento malattia (A) e tabella di flusso (B)						
A)		B)				
25/1/03	S	Si sente meglio	DATA	16/1	21/1	10/2
	O	Transaminasi e Bilirubina in calo; IgM x HVA Fegato indolente	TEST			
	V	Epatite A in via di risoluzione	AST (<40)	1200	800	50
	P	Monitorare esami e considerare la Dimissione	ALT (<45)	1450	400	40
S: sensazioni sog. del paz.; O: dati obiettivi; V: valutazione del medico; P: programma						

78

I tempi dell'esame clinico: la cartella clinica (1)

- È un documento (*ciò che serve a provare la verità di un fatto*) dove sono registrate le informazioni relative alla storia medica completa dei pazienti
- Particolare attenzione deve essere posta nella compilazione della 1^a cartella clinica
- Questo documento(o sua copia), *che dovrebbe sempre accompagnare il paziente nei vari episodi di malattia,* può essere redatto da più autori

79

Cartella clinica (2)

- Ad ogni nuova visita particolare attenzione diagnostica e terapeutica deve essere rivolta alla patologia in atto (problema attuale), non tralasciando, però, una rapida rivisitazione dei problemi pregressi [eventuali connessioni con problema attuale !]
- Ogni nuovo evento/modifica deve essere circostanziato e riportato in maniera chiara ed accurata così da potere essere facilmente compreso anche da altri

80

Cartella Clinica (3)

- È il principale strumento di controllo della qualità della attività medica
- È l'unico strumento di prova della professionalità del medico in tribunale nella eventualità di vertenze legali

81

Cartella clinica orientata ai problemi

CCOP

Anamnesi

"SINTOMI"

Esame obiettivo

"SEGNI"



ELENCO PROBLEMI

Decorso

PIANO D'AZIONE

Tabella di Flusso

82