

BATES

Esame Obiettivo

e Anamnesi

Lynn S. Bickley, MD, FACP

Clinical Professor of Internal Medicine
School of Medicine
University of New Mexico
Albuquerque, New Mexico

Peter G. Szilagyi, MD, MPH

Professor of Pediatrics and Executive Vice-Chair
Department of Pediatrics
University of California at Los Angeles (UCLA)
Los Angeles, California

Guest Editor

Richard M. Hoffman, MD, MPH, FACP

Professor of Internal Medicine and Epidemiology
Director, Division of General Internal Medicine
University of Iowa Carver College of Medicine
Iowa City, Iowa

EDIZIONE ITALIANA SULLA XII IN LINGUA INGLESE

A CURA DI

Nicola Montano

Professore Ordinario di Medicina Interna
Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità
Università degli Studi di Milano

PICCIN

Titolo originale
BATES' GUIDE TO PHYSICAL EXAMINATION AND HISTORY TAKING
Twelfth edition

by Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagyi; guest editor, Richard M. Hoffman

Copyright © 2017 Wolters Kluwer

Published by arrangement with Wolters Kluwer Health Inc., USA

Wolters Kluwer Health did not participate in the translation of this title and therefore it does not take any responsibility for any inaccuracy or errors of this translation.

Traduzione a cura di
Ciro Dalla Rosa, Calogero Trapani, Elena Trapani

Opera coperta dal diritto d'autore – **Tutti i diritti sono riservati.**

Questo testo contiene materiale, testi ed immagini, coperto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, distribuito, trasferito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, venduto, prestato a terzi, in tutto o in parte, o utilizzato in alcun altro modo o altrimenti diffuso, se non previa espressa autorizzazione dell'editore. Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata del presente testo, così come l'alterazione delle informazioni elettroniche, costituisce una violazione dei diritti dell'editore e dell'autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla L. 633/1941 e ss.mm.

AVVERTENZA

Indicazioni accurate, effetti indesiderati e dosaggi per i farmaci sono indicati nel libro, ma è possibile che cambino. Il lettore deve esaminare le informazioni contenute nel foglietto illustrativo dei produttori dei medicinali menzionati. Gli autori, curatori, editori o distributori non sono responsabili per errori od omissioni o per qualsiasi conseguenza derivante dall'applicazione delle informazioni di quest'opera e non danno nessuna garanzia, esplicita o implicita, rispetto al contenuto della pubblicazione. Gli autori, curatori, editori e distributori non si assumono alcuna responsabilità da qualsiasi ingiuria o danno a persone o cose derivanti dalla pubblicazione.

ISBN 978-88-299-2934-4

Stampato in Italia

*Desideriamo dedicare questo libro a tutti i nostri
studenti e specializzandi che ci hanno
insegnato il vero valore
della scienza e dell'arte
della medicina*



Docenti revisori

J.D. Bartleson Jr., MD

Associate Professor of Neurology
Mayo Clinic
Rochester, Minnesota

John D. Bartlett, MD

Assistant Clinical Professor of Ophthalmology
Jules Stein Eye Institute
David Geffen School of Medicine
Los Angeles, California

Amy E. Blatt, MD

Assistant Professor
Department of Medicine
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Adam Brodsky, MD

Associate Professor
Medical Director, Geriatric Psychiatry Services
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
School of Medicine
University of New Mexico Psychiatric Center &
Sandoval Regional Medical Center
Albuquerque, New Mexico

Thomas M. Carroll, MD, PhD

Assistant Professor
Department of Medicine and Palliative Care
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Adam J. Doyle, MD

Assistant Professor
Department of Surgery
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Amit Garg, MD, FAAD

Associate Professor and Founding Chair
Department of Dermatology
Hofstra Northwell School of Medicine
Northwell Health
Manhasset, New York

Catherine F. Gracey, MD

Associate Professor
Department of Medicine
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Carla Herman, MD, MPH

Chief
Division of Geriatrics and Palliative Medicine
Professor
Department of Internal Medicine
School of Medicine
University of New Mexico
Albuquerque, New Mexico

Mark Landig, OD

Division of Cataract & Refractive Surgery
Jules Stein Eye Institute
David Geffen School of Medicine
Los Angeles, California

Helen R. Levey, DO, MPH

PGY5 Resident in Urology
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Patrick McCleskey, MD

Dermatologist
Kaiser Permanente Oakland Medical Center
Oakland, California

Jeanne H.S. O'Brien, MD

Associate Professor
Department of Urology
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Alec B. O'Connor, MD, MPH

Director, Internal Medicine Residency
Associate Professor
Department of Medicine
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

A. Andrew Rudmann, MD

Associate Professor
Department of Medicine
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Moira A. Szilagyi, MD, PhD

Professor of Pediatrics
University of California at Los Angeles (UCLA)
Los Angeles, California

Loralei Lacina Thornburg, MD

Associate Professor
Department of Obstetrics and Gynecology
School of Medicine and Dentistry
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

Scott A. Vogelgesang, MD

Director, Division of Immunology
Clinical Professor
Department of Internal Medicine–Immunology
University of Iowa Carver College of Medicine
Iowa City, Iowa

Brian P. Watkins, MD, MS, FACS

Partner
Genesee Surgical Associates
Rochester, New York

Paula Zozzaro-Smith, DO

Fellow of Maternal-Fetal Medicine
Department of Obstetrics and Gynecology
University of Rochester Medical Center
Rochester, New York

STUDENTI REVISORI

Ayala Danzig

University of Rochester School of Medicine and
Dentistry

Benjamin Edmonds

University of Central Florida College of Medicine

Nicholas PN Goldstein

University of Rochester School of Medicine and
Dentistry

Prefazione

Questo libro, *Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi*, è rivolto agli studenti di medicina, agli infermieri e a tutti gli operatori del settore sanitario che stanno imparando come condurre l'intervista-colloquio con i pazienti, come eseguire l'esame obiettivo e come applicare il ragionamento clinico e il processo decisionale condiviso agli esiti della loro valutazione e pianificazione sulla base di una solida comprensione delle evidenze cliniche. Questa dodicesima edizione ha molte nuove caratteristiche volte a facilitare l'apprendimento. Come nelle edizioni precedenti, questi cambiamenti provengono da tre fonti: il feedback e le revisioni degli studenti e dei docenti di facoltà; il nostro impegno a rendere il libro più facile da leggere e più efficiente da utilizzare; e l'abbondanza di nuove evidenze a supporto delle tecniche di esame, dell'intervista e della promozione della salute.

In questa edizione abbiamo voluto sottolineare i problemi comuni o importanti, piuttosto che quelli rari o insoliti, senza tralasciare – quando necessario – gli aspetti inusuali che sono ormai classici o che possono rivelarsi pericolosi per la vita. Esortiamo i lettori ad apprezzare e a studiare le forti evidenze cliniche su cui poggia ogni capitolo e a considerare attentamente le linee guida e i riferimenti bibliografici della letteratura sanitaria.

Caratteristiche particolari del libro

In questa nuova edizione abbiamo introdotto le "perle cliniche", cioè parti di testo – stampate in blu – che hanno la funzione di commenti mirati a evidenziare i punti chiave dell'argomento. Abbiamo anche utilizzato il fondo blu per evidenziare i contenuti dei box di testo e consentire agli studenti e ai docenti di trovare rapidamente gli argomenti clinici desiderati e i suggerimenti per le tecniche di esame impegnative, come l'ispezione del fondo dell'occhio o la misurazione della pressione venosa giugulare. Molte figure sono nuove o sono state aggiornate e, per la prima volta, sono tutte numerate con didascalie che ne rendono più agevole l'individuazione.

Organizzazione del contenuto

Il libro si articola in tre unità: *Fondamenti di valutazione della salute*, *Esame obiettivo di singoli sistemi, apparati o organi del corpo* e *Popolazioni particolari*.

L'Unità 1, *Fondamenti di valutazione della salute*, comprende i capitoli che trattano di competenza clinica, valutazione delle evidenze cliniche, intervista e anamnesi. Questi capitoli si sviluppano attraverso una sequenza logica che inizia con una panoramica delle componenti della

valutazione del paziente, seguita da importanti concetti sulla valutazione delle evidenze cliniche, sul processo decisionale clinico e sul delicato compito della raccolta dei dati anamnestici.

- Il Capitolo 1, *Fondamenti della competenza clinica*, presenta una panoramica sull'anamnesi, sull'esame obiettivo e ora comprende l'accertamento, la pianificazione e un esempio di documentazione clinica del paziente. Questo capitolo descrive le differenze tra dati soggettivi e obiettivi, sintomi e segni, e fornisce un modello per l'esecuzione in sequenza dell'esame che ottimizza il comfort del paziente. Presenta le linee guida per la creazione di una scheda clinica del paziente che sia chiara, sintetica e ben organizzata.
- Il Capitolo 2, *Valutazione delle evidenze cliniche*, è stato riscritto interamente nella dodicesima edizione dal Dr. Richard Hoffman e chiarisce i concetti fondamentali affinché lo studente comprenda aspetti quali l'anamnesi e l'esame obiettivo come esami diagnostici; gli strumenti per la valutazione di test diagnostici quali la sensibilità, la specificità, i valori predittivi positivi e negativi e i rapporti di verosimiglianza; i tipi di studi che forniscono le raccomandazioni per la promozione della salute; e un approccio alla valutazione critica della letteratura clinica e dei vari tipi di bias.
- Il Capitolo 3, *Intervista e anamnesi*, descrive le differenze tra anamnesi generale e anamnesi mirata e tra le informazioni ottenute nell'intervista e la loro trasformazione nel formato strutturato dell'anamnesi scritta. Presenta le tecniche della buona intervista e dell'intervista avanzata, la sequenza e il contesto dell'intervista, comprese le sue dimensioni culturali e i concetti fondamentali di etica e professionalità. Spiega e chiarisce la transizione dall'intervista aperta della anamnesi prossima (e dell'anamnesi personale e sociale) alle domande dirette dell'anamnesi remota e dell'anamnesi familiare alle domande chiuse ("sì-no") della revisione dei sistemi. Questo capitolo sottolinea l'importanza dell'*ascolto attento*, così facilmente sacrificato a causa dei tempi stretti dell'ospedale e dell'ambulatorio. Riflette i precetti di Sir William Osler, uno dei nostri più grandi medici del passato, il quale disse: "Ascoltate il vostro paziente. È lui che vi dice la diagnosi" e "Il buon medico cura la malattia; il grande medico cura il paziente che ha la malattia".

L'Unità 2, *Esame obiettivo di singoli sistemi, apparati o organi del corpo*, affronta l'esame obiettivo completo di specifiche parti dell'organismo umano. I 14 capitoli di questa unità sono stati completamente aggiornati e presentano una revisione completa dei contenuti di anatomia e fisiologia, i sintomi comuni incontrati nell'anamnesi sanitaria, gli argomenti importanti per la promozione della salute e il counseling, descrizioni dettagliate e immagini delle tecniche di esame, un esempio di documentazione scritta e tabelle comparative di anormalità, e concludono con estesi riferimenti della letteratura clinica recente. I capitoli con le revisioni più significative sono evidenziati di seguito.

- Il Capitolo 4, *Inizio dell'esame obiettivo: esame generale, parametri vitali e dolore*, contiene aggiornamenti sull'obesità e sul counseling nutrizionale e nuovi standard per misurare la pressione arteriosa del *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure VII Report (JNC 8)*.

- Il Capitolo 5, *Comportamento e stato mentale*, è stato sostanzialmente rivisto secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)* del 2013.
- Il Capitolo 6, *La cute, i peli e le unghie*, è stato interamente riscritto per questa dodicesima edizione dal Dr. Patrick McCleskey e dal Dr. Amit Garg allo scopo di migliorare l'approccio per valutare le lesioni e le anomalie comuni e la qualità delle fotografie didattiche utilizzate e per allineare questo capitolo con le raccomandazioni dell'*American Academy of Dermatology* per gli studenti.
- Il Capitolo 9, *L'apparato cardiovascolare*, ha arricchito di altri dettagli le più recenti evidenze sullo screening dei fattori di rischio, le nuove linee guida cliniche e la complessità della valutazione dell'ipertensione.
- Il Capitolo 16, *L'apparato muscoloscheletrico*, presenta un approccio più sistematico all'esame muscoloscheletrico e una classificazione aggiornata delle manovre per esaminare la spalla, con riferimento ai rapporti di verosimiglianza per le anomalie ogniqualvolta consentito dalla letteratura clinica.

Altre caratteristiche importanti riguardano la discussione di nuove linee guida di screening per il tumore della mammella, il tumore della prostata, il tumore del colon, il Pap test e i fattori di rischio dell'ictus, come pure informazioni aggiornate sulle malattie sessualmente trasmesse.

L'Unità 3, *Popolazioni particolari*, comprende tre capitoli che coprono fasi particolari nel ciclo di vita durante l'adolescenza, la gravidanza e l'invecchiamento.

- Il Capitolo 18, *Valutazione del bambino: dall'inizio della prima infanzia alla fine dell'adolescenza*, presenta una maggiore enfasi sulla promozione della salute e sullo sviluppo dei bambini, come pure numerose tabelle e figure che evidenziano i concetti fondamentali dell'argomento.
- Il Capitolo 19, *La donna in gravidanza*, aggiorna i temi di promozione della salute e di counseling, come l'alimentazione, l'aumento di peso, le vaccinazioni, l'abuso di sostanze e la violenza domestica.
- Il Capitolo 20, *Le persone anziane*, presenta nuove informazioni sull'anziano fragile, su quando eseguire lo screening, sulle vaccinazioni e sullo screening del tumore, sullo spettro del deterioramento cognitivo e sui test di screening della demenza e sul nuovo algoritmo per la prevenzione delle cadute come raccomandato dai CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Assieme al Capitolo 17, *Il sistema nervoso*, anche questo capitolo affronta la complessità nel distinguere il delirio, la demenza e la depressione.



Ringraziamenti

Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi, attualmente alla sua dodicesima edizione, copre un'evoluzione di quattro decenni. La Dr.ssa Barbara Bates e il Dr. Robert Hoekelman, colleghi di medicina interna e pediatria presso la *University of Rochester School of Medicine and Dentistry*, pubblicarono la prima edizione nel 1974 come manuale per gli studenti di medicina e di infermieristica di pratica avanzata affinché potessero imparare a padroneggiare l'esame obiettivo degli adulti e dei bambini. Con uno stile di scrittura chiaro e disegni in bianco e nero, realizzarono all'epoca 18 capitoli dedicati alle tecniche di esame obiettivo delle singole regioni del corpo di adulti e bambini. In pratica, inventarono il formato – divenuto classico, ancora presente oggi – il testo esplicativo in nero nella colonna principale a sinistra, gli esempi di anormalità in rosso nella colonna minore a destra e tabelle comparative delle anormalità alla fine di ogni capitolo. La Dr.ssa Bickley divenne poi curatore e autore della settima edizione, alla quale si aggiunse il Dr. Szilagyi nell'ottava edizione. Già allora il volume conteneva altre sezioni dedicate all'anatomia e alla fisiologia e nuovi capitoli sull'intervista, sull'approccio ai sintomi, sull'esame dello stato mentale e sul pensiero clinico dalla raccolta dei dati alla pianificazione della cura.

Nelle successive quattro edizioni la Dr.ssa Bickley e il Dr. Szilagyi aggiunsero numerose altre caratteristiche per rendere utile il manuale agli studenti. Introdussero l'anamnesi sanitaria e le sezioni sulla promozione della salute e il counseling in ogni capitolo, dando sempre più spazio alla "rivoluzione" della medicina basata sulle evidenze aggiungendo aggiornate sezioni sulla promozione e il counseling in ogni edizione con il supporto di studi e linee guida cliniche, esempi di anormalità, tabelle e note a piè di pagina, riferimenti che riflettono i progressi della letteratura clinica e ora un capitolo intero dedicato alla valutazione delle evidenze cliniche.

In questa edizione, gli autori hanno accolto con piacere e stima il Dr. Richard Hoffman, *Professor of Internal Medicine and Epidemiology and Director of the Division of General Internal Medicine* presso la *University of Iowa Carver College of Medicine/Iowa City VA Medical Center*, come *guest editor*. Il Dr. Hoffman è *Associate Editor* dell'*American College of Physicians (ACP) Journal Club* ed è stato *peer reviewer*, cioè responsabile della scelta degli articoli e dei progetti di ricerca da pubblicare, per una serie di linee guida sullo screening della prostata; ha scritto due recensioni per la *Cochrane Library* e scrive e collabora con UpToDate, il sistema software di informazioni mediche basate sulle evidenze cliniche e la loro efficacia.

Ogni edizione del *Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi* si basa su un ampio processo di revisione, degno del nostro più profondo ringraziamento. In primo luogo, l'editore valuta le opinioni degli studenti e dei docenti universitari in riferimento ad ogni capitolo. La raccolta delle loro risposte

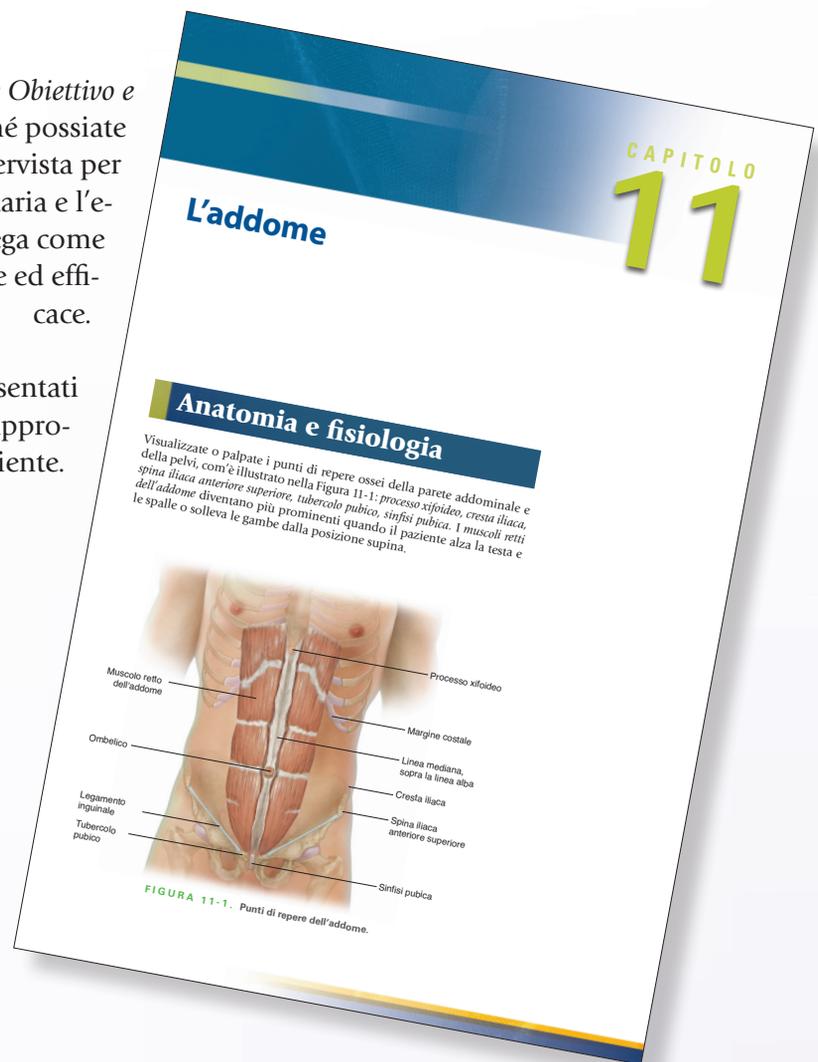
forniscono raccomandazioni utili per le revisioni successive. Quindi, gli autori stimolano critiche approfondite sui singoli capitoli e sugli aggiornamenti presso i docenti universitari delle scuole di Scienze Sanitarie in tutto il Paese, come da elenco nella sezione Docenti revisori. Per il prezioso contributo e l'approfondita attenzione a questa edizione, gli autori sentono in particolare il bisogno di ringraziare il Dr. Richard Hoffman per la sua lucida presentazione dei concetti complessi che governano la valutazione delle evidenze cliniche nel Capitolo 2, il Dr. Patrick McCleskey per aver riscritto ex novo il Capitolo 6 e per aver introdotto un nuovo modello di riferimento per la valutazione delle lesioni cutanee con molte nuove foto didattiche, assistito dal Dr. Amit Garg. Ringraziamo inoltre il Dr. John Bartlett e il Dr. Mark Landig, per la loro revisione dell'esame della testa e del collo nel Capitolo 7, il Dr. J.D. Bartleson, per il suo raffinato approccio ad argomenti impegnativi sull'esame del sistema nervoso nel Capitolo 17, e la Dr.ssa Carla Herman e il Dr. John Robertson per il loro prezioso e meticoloso esame dei nuovi sviluppi nella valutazione delle persone anziane nel Capitolo 20. La nostra gratitudine va anche al Dr. Alec O'Connor, per aver individuato i revisori universitari esperti per molti dei capitoli di esame degli adulti e per i suoi importanti contributi alle revisioni del Capitolo 8. Diversi revisori hanno apportato valide aggiunte alla valutazione dei bambini e degli adolescenti nel Capitolo 18, in particolare la Dr.ssa Moira Szilagyi e gli studenti di medicina Nicholas Goldstein e Ayala Danzig.

La composizione e la realizzazione del volume sono un'impresa che richiede l'abile e sapiente tocco di un maestro. Ogni capitolo deve essere riveduto, le domande e i dubbi degli autori devono trovare risposte appropriate e le foto e le illustrazioni devono essere controllate e riesaminate meticolosamente per lo stile e l'accuratezza didattica. Il testo, i box di testo, gli esempi di anormalità e tutte le immagini devono essere amalgamate accuratamente. Ogni pagina è progettata per mantenere vivo l'interesse del lettore, evidenziare i punti chiave dell'argomento trattato e facilitare l'apprendimento dello studente. Per la sua instancabile dedizione e capacità professionale desideriamo ringraziare in particolare Greg Nicholl, *Senior Product Development Editor* della Casa Editrice *Wolters Kluwer*, che ha saputo intrecciare questi numerosi fili e ottenere un testo coerente ed esemplare. Ci complimentiamo con Kelly Horvath per il suo certosino lavoro nella preparazione – rigo per rigo – del testo e delle note per la grafica editoriale, e Chris Miller della Aptara che ha trasformato documenti di testo complessi in bozze di stampa corrette pronte per la pubblicazione. Infine, un doveroso ringraziamento a Stephanie Roulias, collaboratrice scrupolosa che ha partecipato fattivamente a molti dei processi di editing per la dodicesima edizione del libro; e a Crystal Taylor, bravissimo manager e grande acquirente di materiale didattico. È al talento e alla professionalità di tutte queste persone che si deve la continuazione della tradizione d'eccellenza che ha reso *Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi* un testo fondamentale di primo piano per gli studenti che si accingono a intraprendere la professione medica o infermieristica.

Come utilizzare il libro **Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi**

La dodicesima edizione *Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi* è la guida ottimale perché possiate imparare a svolgere efficacemente l'intervista per la raccolta dei dati dell'anamnesi sanitaria e l'esame obiettivo. Questa sezione vi spiega come utilizzare il libro in maniera funzionale ed efficace.

I contenuti di ogni capitolo sono presentati in modo da fornirvi una soluzione appropriata per l'approccio clinico al paziente.



Perle cliniche – NUOVO!

Prestate particolare attenzione alle *perle cliniche* stampate in **blu**. Questi commenti clinici costituiscono delle "perle" di pratica clinica che migliorano la vostra capacità di apprendere le tecniche di accertamento.

Per scoprire i melanomi è necessaria la pratica e la conoscenza di come i nevi benigni cambiano con il tempo, spesso passando da piatti a in rilievo o acquisendo altro pigmento marrone. Gli studi hanno dimostrato che anche una formazione clinica limitata fa la differenza nell'individuazione dei melanomi: i pazienti di medici che hanno dedicato 1,5 ore per completare un tutorial online sull'individuazione precoce dei melanomi hanno migliorato con le loro segnalazioni tempestive l'accuratezza diagnostica dei medici. Studi analoghi dimostrano che anche una limitata formazione clinica dei pazienti consente ai medici di riconoscere i melanomi sottili più precocemente rispetto ai colleghi di pazienti che non hanno ricevuto tale formazione.²³⁻²⁵

Screening per il melanoma: l'ABCDE. I medici dovrebbero applicare il metodo ABCDE-EFG quando fanno lo screening dei nevi per il melanoma (questo non si applica per le lesioni non melanocitarie, come le cheratosi seborrhoiche). La sensibilità di questo strumento per scoprire il melanoma varia dal 43 al 97% e la specificità varia dal 36 al 100%; l'accuratezza diagnostica dipende da come molti criteri sono usati per definire l'anormalità.²⁷ Se due o più di queste caratteristiche sono presenti, bisogna prendere in considerazione la biopsia. La più sensibile è E, che sta per evoluzione o cambiamento. Prestate molta attenzione per i nevi che sono cambiati rapidamente in base all'evidenza obiettiva.

ESEMPLI DI ANORMALITÀ

Vedere le Tabelle da 6-4 a 6-6, che mostrano i nevi ruvidi, di colore rosa e marrone e quelli a loro simili.

Rivedere la regola ABCDE-EFG e le fotografie nella Tabella 6-6, che forniscono un aiuto aggiuntivo e confronti di lesioni benigne di colore marrone con il melanoma.

Esempi di anormalità

Anche in questa edizione, Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi offre un formato a due colonne facile da seguire con tecniche di esame passo-passo a sinistra e le anormalità con le diagnosi differenziali a destra. Man mano che le vostre abilità si sviluppano, studiate le varianti anormali dei comuni reperti fisici nelle colonne in rosso *Esempi di anormalità* per approfondire la vostra conoscenza di importanti condizioni cliniche.

Tabella 17-7 Nistagmo

Il nistagmo è un'oscillazione ritmica degli occhi, analoga a un tremore in altre parti del corpo. Le cause, tra cui l'alterazione precoce della vista, i disturbi del labirinto e del sistema cerebellare, i farmaci. Il nistagmo si verifica normalmente quando una persona guarda un oggetto in rapido movimento (ad esempio un treno mentre passa). Bisogna studiare le tre caratteristiche del nistagmo descritte in questa tabella in modo da poterle identificare correttamente il tipo. Quindi, bisogna fare riferimento ai testi di neurologia per la diagnosi differenziale.

Direzione dello sguardo in cui compare il nistagmo
Esempio: Nistagmo nello sguardo laterale destro

Nistagmo presente (sguardo laterale destro)



Nistagmo non presente (sguardo laterale sinistro)



Direzione dello sguardo nelle fasi veloce e lenta
Esempio: Nistagmo che batte a sinistra: una scossa rapida verso sinistra in ciascun occhio, quindi uno movimento lento verso destra



Anche se può essere presente in tutte le direzioni dello sguardo, il nistagmo può apparire o essere accentuato solo nella deviazione degli occhi (ad esempio, in direzione laterale o verso l'alto). In uno sguardo laterale estremo, la persona normale può mostrare dei battiti simili al nistagmo. Bisogna evitare di effettuare accertamenti in tali posizioni estreme e osservare se vi è nistagmo solo nell'ambito del campo della visione binoculare piena.

Il nistagmo ha solitamente movimenti sia lenti sia veloci, ma è definito dalla sua fase veloce. Ad esempio, se gli occhi si muovono rapidamente verso la sinistra del paziente e poi ritornano lentamente verso destra, si dice che il paziente ha un *nistagmo che batte a sinistra*. Occasionalmente, il nistagmo è costituito solo da oscillazioni grossolane senza componenti rapide e lente, il cosiddetto *nistagmo pendolare*.

(continua)

Il nervo cranico (oculomotore), IV nervo cranico (trocleare) e VI nervo cranico (abducente). Esaminate i movimenti extraoculari nelle sei direzioni cardinali dello sguardo e cercate la perdita dei movimenti coniugati in una delle sei direzioni, che provoca la diplopia. Chiedete al paziente quale direzione peggiora la diplopia. Chiedete attentamente l'occhio per un'eventuale deviazione asimmetrica del movimento. Determinate se la diplopia è *monoculare* o *binoculare* chiedendo al paziente di coprire prima un occhio e poi l'altro.

Controllate la convergenza degli occhi.

Identificate un eventuale *nistagmo*, un movimento oscillatorio involontario degli occhi caratterizzato da movimenti rapidi e movimenti lenti. Osservate la direzione dello sguardo in cui compare, il piano del nistagmo (orizzontale, verticale, rotatorio o misto) e la direzione dei movimenti rapidi e lenti. **La direzione del nistagmo è definita dalla direzione della fase rapida.** Chiedete al paziente di fissare lo sguardo su un oggetto lontano e osservate se il nistagmo aumenta o diminuisce.

Cercate la *ptosi* (discesa delle palpebre superiori). Una leggera differenza nella larghezza delle fessure palpebrali è una variante normale in circa un terzo dei pazienti.

V nervo cranico (trigemino) Motorio. Mentre palpate i muscoli temporali e masseteri a turno, chiedete al paziente di stringere fortemente i denti (Figg. 17-9 e 17-10). Annotate la forza della contrazione muscolare. Chiedete al paziente di aprire e muovere la mandibola da un lato all'altro.



FIGURA 17-9. Palpazione dei muscoli temporali.



FIGURA 17-10. Palpazione dei muscoli del masseter.

La difficoltà di chiudere la mandibola o di spostarla in direzione controlaterale suggerisce, rispettivamente, debolezza dei muscoli del masseter e dello pterigoideo laterale. La deviazione della mandibola durante l'apertura suggerisce debolezza dal lato della deviazione.

Cercare la debolezza unilaterale nelle lesioni pontine del V nervo cranico e la debolezza bilaterale nella malattia emisferica bilaterale.

I tipi di ictus a carico del SNC includono la perdita sensoriale ipsilaterale della faccia e del corpo da lesioni corticali o talamiche controlaterali; la perdita sensoriale ipsilaterale della faccia ma controlaterale del corpo nelle lesioni del tronco encefalico.

Tecniche di esame 763

ESEMPLI DI ANORMALITÀ

Per una discussione più dettagliata sui test dei movimenti extraoculari, vedere il Capitolo 7.

Vedere la Tabella 7-11 sui movimenti non coniugati dello sguardo. La diplopia monoculare si riscontra nei problemi locali con occhiali o lenti a contatto, cataratta, astigmatismo o ptosi. La diplopia binoculare si riscontra nella paralisi del III, IV e VI nervo cranico (40% dei pazienti) e nei disturbi dei muscoli oculari da miastenia grave, trauma, oftalmopatia tiroidea e oftalmoplegia internucleare.¹⁶

Vedere la Tabella 17-7, Nistagmo. Il nistagmo si riscontra nella malattia cerebellare, in particolare con l'andatura atassica e la disartria (aumenta con la fissazione retinica) e nei disturbi vestibolari (diminuisce con la fissazione retinica), e nell'oftalmoplegia internucleare.

La ptosi si osserva nella paralisi del terzo nervo cranico, nella sindrome di Horner (ptosi, miiosi, anidrosi della fronte), o nella miastenia grave.

la distanza tra i vostri pollici quando si allontanano durante l'inspirazione e sentite l'ampiezza e la simmetria del movimento della gabbia toracica quando si espande e si contrae. Questo movimento è talvolta chiamato *escursione polmonare*.

■ **Palpate entrambi i polmoni per la simmetria del fremito vocale tattile** (Fig. 8-15). Il fremito si correla alle vibrazioni palpabili che sono trasmesse attraverso l'albero broncopolmonare alla parete toracica quando il paziente parla e normalmente è simmetrico. Il fremito è tipicamente più evidente nell'area interscapolare che nei campi polmonari inferiori e più facile da individuare sul polmone destro che sul sinistro. Scompare sotto il diaframma.



FIGURA 8-15. Posizioni per palpare il fremito vocale tattile.

Per sentire il fremito vocale tattile, usate la parte anteriore del palmo della mano (la parte ossea del palmo alla base delle dita) o la sua superficie ulnare, per ottimizzare la sensibilità vibratoria delle ossa della vostra mano. Chiedete al paziente di ripetere la parola "tremante". All'inizio si fa con una mano, fino a quando si sente la vibrazione trasmessa. Usate entrambe le mani per palpare e confrontate le aree simmetriche dei polmoni nel modo illustrato nella fotografia. Identificare e localizzare qualsiasi area di fremito aumentato, diminuito o assente. Se il fremito è debole, invitate il paziente a parlare con un tono di voce più forte o più profondo.

Il fremito vocale tattile è una tecnica di valutazione piuttosto imprecisa, ma attira l'attenzione su possibili asimmetrie. Bisogna confermare qualsiasi inegualianza auscultando i rumori polmonari sottostanti, i rumori della voce parlata e della voce bisbigliata. Tutte queste caratteristiche dovrebbero aumentare o diminuire insieme.

Percussione. La percussione è una delle tecniche più importanti dell'esame obiettivo. La percussione mette in movimento la parete toracica e i tessuti sottostanti, producendo un suono udibile e delle vibrazioni palpabili. La percussione aiuta a stabilire se i tessuti sottostanti sono pieni d'aria, pieni di liquido o consolidati. Il colpo della percussione penetra solo per 5-7 cm nel torace e quindi non servirà per individuare le lesioni situate in profondità.

La tecnica della percussione può essere eseguita su qualsiasi superficie. Quando vi esercitate, potete sentire come cambiano i suoni della percussione su tipi diversi di materiale o a parti diverse del corpo. Gli elementi fondamentali per una buona tecnica, descritti per una persona che usa la mano destra, sono presentati in dettaglio di seguito:

■ **Iperstendere il dito medio della mano sinistra, conosciuto come dito plessimetro.** Premere con decisione la sua articolazione interfalangea distale sulla superficie del torace che deve essere percossa (Fig. 8-16). Evitare il contatto con la superficie di qualsiasi altra parte della mano perché questo smorza le vibrazioni. Evitare che il pollice, il secondo, il quarto e il quinto dito tocchino la parete del torace.



FIGURA 8-16. Premere con decisione il dito plessimetro sulla parete del torace.

ESEMPI DI ANORMALITÀ

Il fremito è diminuito o assente quando il tono della voce è più alto o sovrasmesso o quando la trasmissione delle vibrazioni dalla laringe alla superficie del torace è ostacolata da una parete toracica spessa, ostruzione bronchiale, BPCO o versamento pleurico, fibrosi, aria (pneumotorace) o da un tumore infiltrante.

La diminuzione asimmetrica del fremito fa venire il sospetto di un versamento pleurico unilaterale, di un pneumotorace o di una neoplasia, che diminuiscono la trasmissione dei rumori a bassa frequenza; l'aumento asimmetrico del fremito si ha nella polmonite unilaterale, che aumenta la trasmissione del tessuto consolidato.⁴⁴

mentre il paziente tiene le braccia incrociate davanti al torace, percuotete torace in posizioni simmetriche da ogni lato, dall'apice alla base.

■ **A ogni livello, percuotete prima un lato e poi l'altro del torace come in una scala, com'è mostrato nella Figura 8-19.** Omettere le aree sopra le scapole - lo spessore di muscolo e osso altera il suono della percussione polmonare. Identificare e localizzare l'area e la qualità di ogni suono di percussione anormale.

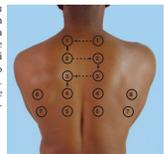


FIGURA 8-19. Percuotere e auscultare in una progressione "a scala".

■ **Identificate l'abbassamento del diaframma, o escursione diaframmatica.** Per prima cosa, determinate il livello dell'ottusità diaframmatica durante la respirazione tranquilla. Tenendo il dito plessimetro sopra e parallelamente al livello dove ci si aspetta l'ottusità, percuotete progressivamente verso il basso in passi successivi fino a quando la risonanza diventa chiaramente ottusa. Confermate questo livello di cambiamento percuotendo verso il basso da aree adiacenti, medialmente e lateralmente (Fig. 8-20).

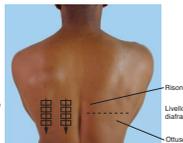


FIGURA 8-20. Identificazione dell'ampiezza dell'escursione diaframmatica.

ESEMPI DI ANORMALITÀ

L'ottusità sostituisce la risonanza quando liquido o tessuto solido sostituiscono il polmone che contiene aria o occupa lo spazio pleurico sotto le dita che percuotono. Esempi sono: polmonite lobare, nella quale gli alveoli sono pieni di liquido e di cellule del sangue; accumulo pleurico di liquido (versamento pleurico); sangue (emotorace); pus (empiema); tessuto fibroso o tumore. L'ottusità aumenta di 3-4 volte la probabilità di polmonite e versamento pleurico, rispettivamente.⁴⁵

L'iper-risonanza generalizzata è comune sopra i polmoni iperinsufflati della BPCO o dell'asma. L'iper-risonanza unilaterale suggerisce un grande pneumotorace o una bolla piena d'aria.

Questa tecnica tende a sovrastimare i movimenti reali del diaframma.⁴⁶



FIGURA 8-21. L'assenza di discusso del diaframma può indicare il versamento pleurico.

Un livello anormalmente elevato suggerisce un versamento pleurico o un emidialframma sollevato per atelektasia o paralisi del nervo frenico (Fig. 8-21).

Fotografie e Illustrazioni

Il libro ha un ampio corredo di dettagliate fotografie, disegni e diagrammi a colori, in parte nuovo o rivisto, per illustrare ulteriormente i punti chiave del testo. Questo ricco materiale iconografico migliorerà le vostre capacità di apprendimento grazie alla sua elevata qualità e accuratezza. Inoltre, in questa edizione, ogni figura ha un proprio numero e didascalia che ne rendono più agevole il reperimento e la comprensione.

Chiedete al paziente dove sente il suono: da un lato o da entrambi i lati? Normalmente, la vibrazione si sente sulla linea mediana o ugualmente in entrambe le orecchie. Se non si sente niente, provate ancora, premendo più forte il diapason sulla testa. Limitate questo test ai pazienti con sordità unilaterale, perché i pazienti con udito normale potrebbero lateralizzare e i pazienti con deficit bilaterali di conduzione o neurosensoriali non lateralizzeranno.

■ **Confrontate la conduzione aerea e la conduzione ossea (test di Rinne).** Appoggiate la base di un diapason che vibra leggermente sull'osso mastoideo, dietro l'orecchio a livello del canale (Fig. 7-45). Quando il paziente non sente più il suono, mettetelo rapidamente al di sopra vicino al canale uditivo e chiedetegli se sente le vibrazioni (Fig. 7-46). Qui la "U" del diapason dovrebbe essere rivolta all'esterno perché questo aumenta al massimo la trasmissione del suono al paziente. Normalmente il suono è udito più a lungo attraverso l'aria che attraverso l'osso (conduzione aerea > conduzione ossea).



FIGURA 7-45. Test di conduzione ossea.



FIGURA 7-46. Test di conduzione aerea.

Il naso e i seni paranasali

Anatomia e fisiologia. Rivedete i termini che descrivono l'anatomia esterna del naso (Fig. 7-47). Circa il terzo superiore del naso è sostenuto da osso, i due terzi inferiori da cartilagine. L'aria entra nella cavità nasale attraverso la narice anteriore da entrambi i lati, poi passa nell'area più vasta conosciuta come vestibolo e attraverso lo stretto passaggio nasale sino al nasofaringe.

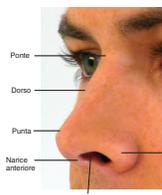


FIGURA 7-47. Anatomia esterna del naso.

La parete mediale di ogni cavità nasale è formata dal setto nasale, che, come il naso esterno, è sostenuto da osso e da cartilagine (Fig. 7-48). È coperto da una membrana mucosa ben fornita di sangue. Il vestibolo, a differenza del resto della cavità nasale, è rivestito da cute con peli, non da mucosa.

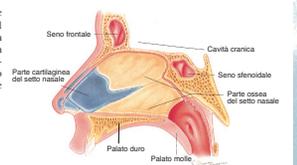


FIGURA 7-48. Parete mediale: cavità nasale sinistra (la mucosa è stata rimossa).

Lateralmente l'anatomia è più complessa (Fig. 7-49). Delle strutture ossee curve, i turbinati, coperti da una membrana mucosa molto vascolarizzata, protrudono nella cavità nasale. Sotto ogni turbinato c'è un solco, o meato, ognuno denominato secondo il turbinato che lo sovrasta. Il condotto nasolacrimale drena nel meato inferiore; la maggior parte dei seni paranasali drena nel meato medio. Le loro aperture di solito non sono visibili.

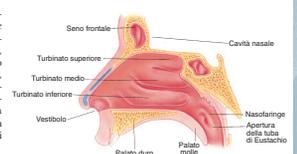


FIGURA 7-49. Parete laterale: cavità nasale.

La superficie aggiuntiva fornita dai turbinati e dalla mucosa che li riveste aiuta le cavità nasali a svolgere le loro funzioni principali: pulizia, umidificazione e controllo della temperatura dell'aria inspirata.

I seni paranasali sono cavità piene di aria dentro le ossa del cranio. Come le cavità nasali nelle quali drenano, esse sono rivestite da una membrana mucosa. Le loro posizioni sono schematizzate nella Figura 7-50. Solo i seni paranasali frontale e mascellare sono facilmente accessibili all'esame clinico (Fig. 7-51).

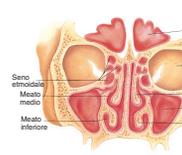


FIGURA 7-50. Sezione trasversale della cavità nasale - visione anteriore.

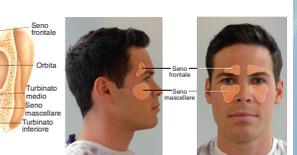


FIGURA 7-51. Seni frontale e mascellare.

ESEMPLI DI ANORMALITÀ

Registrazione dei reperti

Da notare che, per descrivere i reperti, all'inizio potete usare frasi complete di verbo e soggetto; in seguito, con la pratica, utilizzerete delle espressioni, o locuzioni, più sintetiche e rapide. Lo stile riportato di seguito contiene frasi e locuzioni appropriate per la maggior parte delle registrazioni scritte dell'esame obiettivo. Da notare le cinque componenti dell'esame di sistema nervoso.

Registrazione dell'esame del sistema nervoso

***Stato mentale:** vigile, rilassato e collaborativo. Processo di pensiero coerente. Orientato rispetto a persone, luogo e tempo. Test cognitivo dettagliato riferito. **Nervi cranici:** I – non esaminato; da II a XII intatti. **Motorio:** massa muscolare e tono buoni. Forza 5/5 dappertutto. Cerebellare – movimenti alternati rapidi (RAM), prova indice-naso, prova calcagno-ginocchio intatti. Andatura con base normale. Romberg: mantiene l'equilibrio con gli occhi chiusi. Nessuna tendenza alla pronazione. **Sensorio:** puntura di spillo, tocco leggero, posizione e vibrazione intatti. **Riflessi:** 2 e simmetrici con riflessi plantari verso il basso*.

OPPURE

***Stato mentale:** il paziente è vigile e cerca di rispondere alle domande, ma ha difficoltà a trovare le parole. **Nervi cranici:** I – non esaminato; II – acutezza visiva intatta; campi visivi pieni; III, IV, VI – movimenti extraoculari intatti; V motorio – forza del temporale e del massetere intatta, riflessi corneali presenti; VII motorio – caduta marcata della faccia dal lato dx e appiattimento della piega nasolabiale dx, movimenti facciali sx intatti; sensibilità – gusto non testati; VIII – udito intatto bilateralmente a voce bisbigliata; IX, X – riflesso faringeo intatto; XI – forza dei muscoli sternocleidomastoideo e trapezio 5/5; XII – lingua sulla linea mediana. **Motorio:** lato dx, forza nei muscoli bicipite, tricipite, ileopsoas, glutei, quadricipite, ischiocrurali e flessori ed estensori della caviglia 3/5 con buona massa ma aumentato tono e spasticità; forza negli stessi gruppi muscolari a sinistra 5/5 con buona massa e tono. Andatura – impossibile da esaminare. Cerebellare – impossibile da esaminare a destra a causa della debolezza del braccio e della gamba dx; rapidi movimenti alternati (RAM), prova indice-naso, prova calcagno-ginocchio intatti sulla sinistra. Romberg – impossibile da esaminare a causa della debolezza della gamba destra. Presente tendenza alla pronazione a dx. **Sensoriale:** diminuita sensibilità alla puntura di spillo su faccia, braccio e gamba a destra; intatta a sinistra. Stereognosia e discriminazione tra due punti non testate. **Riflessi** (possono essere registrati in due modi):

	Bicipitale	Tricipitale	Brachioradiale	Rotuleo	Achilleo	Plantare	
Destro	++++	++++	++++	++++	++++		OPPURE 
Sinistro	++	++	++	++	+		

Questi reperti sono sospetti per l'infarto cerebrale dell'emisfero sinistro nella distribuzione dell'arteria cerebrale media sinistra, con emiparesi a destra.

Registrazione dei reperti

Una corretta e ben organizzata registrazione clinica deve contenere chiaramente le informazioni cliniche importanti e il vostro ragionamento clinico e pianificazione. Potrete acquisire questa abilità e apprendere il vocabolario descrittivo dei reperti fisici nella sezione Registrazione dei reperti alla fine di ciascun capitolo prettamente clinico.

Bibliografia

Consultate la *Bibliografia* alla fine di ogni capitolo per approfondire la vostra conoscenza di importanti condizioni cliniche. L'utilizzo della letteratura clinica è importante per la vostra carriera e i vostri pazienti.

Bibliografia

- Verghese A, Horwitz RJ. In praise of the physical examination. *BMJ*. 2009;339:b5448.
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services 2014. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. June 2014. Available at <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/>. See also U.S. Preventive Services Task Force: Recommendations for Primary Care Practice. December 2013. Available at <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>. Accessed February 27, 2015.
- Sussman J, Beyth RJ, Society of General Internal Medicine. Choosing Wisely: Five Things Physicians and Patients Should Question. Don't Perform Routine General Health Checks for Asymptomatic Adults. ABIM Foundations Choosing Wisely Campaign. Published online <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/society-of-general-internal-medicine/>. 2013. Available at <https://www.google.com/#q=Society+of+general+internal+medicine+choosing+wisely+Sussman+Beyth>. Accessed March 18, 2015.
- Kroggholli LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e7191.
- Chacko KM, Anderson RJ. The annual physical examination: important or time to abandon? *Am J Med*. 2007;120:S81.
- Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann*
- Centers for Disease Control and Prevention. Guide to infection prevention in outpatient settings. Minimum expectations for safe care. May 2011. Available at <http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-care-guidelines.html>. Accessed March 1, 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. Hand Hygiene in Healthcare Settings. Updated January 2015. At <http://www.cdc.gov/handhygiene/>. Accessed March 1, 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. Precautions to prevent the spread of MRSA in healthcare settings. Updated September 2014. Available at <http://www.cdc.gov/mrsa/healthcare/clinicians/precautions.html>. Accessed March 1, 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C. Universal precautions for the prevention of transmission of bloodborne infections, p. 66. Updated December 2011. Available at <http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/universal.html>. Accessed March 1, 2015.
- Bearman G, Bryant K, Leekha S, et al. Healthcare personnel attire in non-operating-room settings. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35:107.
- Treacle AM, Thom KA, Furuno JP, et al. Bacterial contamination of health care workers' white coats. *Am J Infect Control*. 2009; 37:101.
- Peterson MG, Holbrook JH, Von Hales DE, et al. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med*. 1992;156:163.
- Hampton JB, Harrison MI, Mitchell JR, et al. Relative con-

Indice generale

Prefazione	vii
Ringraziamenti	xi
Come utilizzare il libro Bates – Esame Obiettivo e Anamnesi	xiii

UNITÀ 1

Fondamenti di valutazione della salute 1

CAPITOLO 1

Fondamenti della competenza clinica 3

ACCERTAMENTO DEL PAZIENTE: GENERALE O MIRATO 5

Determinare lo scopo dell'accertamento
(assessment)* 5

Dati soggettivi vs dati obiettivi 6

L'ANAMNESI GENERALE DELLA PERSONA ADULTA 7

Anamnesi generale della persona adulta –
ulteriore descrizione 8

L'ESAME OBIETTIVO GENERALE 14

L'inizio dell'esame Gettare le basi dell'esame 14

Esame obiettivo "dalla testa ai piedi" 20

RAGIONAMENTO CLINICO, ACCERTAMENTO E PIANIFICAZIONE 24

Ragionamento clinico e accertamento 25

Utilizzo di un processo decisionale condiviso per
sviluppare un piano di assistenza 30

LA CARTELLA CLINICA DI QUALITÀ: IL CASO DELLA SIGNORA N. 30

L'importanza dell'elenco dei problemi 37

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 39

Bibliografia 43

CAPITOLO 2

Valutazione delle evidenze cliniche 45

L'ANAMNESI E L'ESAME OBIETTIVO COME ESAMI DIAGNOSTICI 46

VALUTAZIONE DEGLI ESAMI DIAGNOSTICI 47

Validità 47

Riproducibilità 53

PROMOZIONE DELLA SALUTE 55

VALUTAZIONE CRITICA 56

Comprendere il bias 56

Risultati 57

Generalizzabilità 59

Raccomandazioni guida 59

GUARDANDO AVANTI 60

Bibliografia 64

CAPITOLO 3

Intervista e anamnesi 65

TIPI DIVERSI DI ANAMNESI 67

I FONDAMENTI DELLA BUONA INTERVISTA 68

LA SEQUENZA E IL CONTESTO DELL'INTERVISTA 74

Preparazione 74

La sequenza dell'intervista 75

Il contesto culturale dell'intervista 83

L'INTERVISTA AVANZATA 87

L'intervista del paziente problematico 87

Argomenti sensibili 95

ETICA E PROFESSIONALITÀ 102

Bibliografia 108

UNITÀ 2

Esame obiettivo di singoli sistemi, apparati o organi del corpo 113

CAPITOLO 4

Inizio dell'esame obiettivo: esame generale, parametri vitali e dolore 115

L'ANAMNESI 116

PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING: EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 118

L'ESAME GENERALE 124

Aspetto generale 125

I PARAMETRI VITALI 129

Pressione arteriosa 129

Situazioni particolari 136

Frequenza cardiaca e ritmo cardiaco 137

Frequenza e ritmo del respiro 138

Temperatura 138

DOLORE ACUTO E CRONICO 139

Valutazione del dolore acuto e cronico 139

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 144

Bibliografia 150

CAPITOLO 5

Comportamento e stato mentale 153

SINTOMI E COMPORTAMENTO 154

Comprendere i sintomi: Che cosa significano? 154

Screening della salute mentale 156

L'ANAMNESI 159

PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING: EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 162

TECNICHE DI ESAME 164

Aspetto e comportamento 165

Eloquio e linguaggio 166

Umore 167

Pensiero e percezioni 167

Funzioni cognitive 170

Funzioni cognitive più alte 172

Tecniche particolari 174

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 174

Bibliografia 176

CAPITOLO 6

La cute, i peli e le unghie 179

ANATOMIA E FISIOLOGIA 179

Cute 179

Peli 180

Unghie 181

Ghiandole sebacee e ghiandole sudoripare 181

L'ANAMNESI 181

PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING: EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 182

TECNICHE DI ESAME 186

Esame della cute di tutto il corpo ed esame integrato della cute 186

Preparazione per l'esame 187

L'esame della cute 188

Tecniche particolari 193

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 195

Bibliografia 220

CAPITOLO 7

La testa e il collo 221

L'ANAMNESI 221

La testa 222

Gli occhi 223

Gli orecchi 225

Il naso e i seni paranasali 226

La bocca, la faringe e il collo 227

PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING: EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 228

ANATOMIA E FISIOLOGIA

E TECNICHE DI ESAME 230

La testa 230

Gli occhi 232

L'orecchio 248

Il naso e i seni paranasali 254

Bocca e faringe 258

Il collo 263

Tecniche particolari 270

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 272

Bibliografia 306

CAPITOLO 8

Il torace e i polmoni 309

ANATOMIA E FISIOLOGIA 309

Localizzazione dei reperti sul torace 310

L'ANAMNESI 316

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 319

TECNICHE DI ESAME 324

Esame iniziale della respirazione e del torace 325

Esame del torace posteriore 326

Esame del torace anteriore 334

Tecniche particolari 336

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 336

Bibliografia 349

CAPITOLO 9

L'apparato cardiovascolare 351

ANATOMIA E FISIOLOGIA 351

Proiezioni sulla superficie toracica

del cuore e dei grossi vasi 351

Cavità, valvole e circolazione del cuore 353

Eventi nel ciclo cardiaco 353

Lo sdoppiamento dei toni cardiaci 356

Soffi cardiaci 357

Rapporto dei reperti auscultatori con la parete toracica 358

Il sistema di conduzione 359

Il cuore come una pompa 360

Polsi arteriosi e pressione arteriosa 361

Pressione e pulsazioni delle vene giugulari 362

Cambiamenti nelle varie fasce d'età 363

L'ANAMNESI 363

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 366

TECNICHE DI ESAME 380

Pressione arteriosa e frequenza cardiaca 381

Pressioni e pulsazioni delle vene giugulari 382

Il polso carotideo 387

Il cuore 390

Ispezione 391

Palpazione 391

Percussione 397

Auscultazione 397

Integrazione della valutazione cardiovascolare 404

Tecniche speciali: manovre per identificare i soffi e l'insufficienza cardiaca 405

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 407

Bibliografia 421

CAPITOLO 10

Le mammelle e le ascelle 427

ANATOMIA E FISIOLOGIA 427

La mammella femminile 427

La mammella maschile 429

Vasi linfatici 429

L'ANAMNESI 430

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 431

TECNICHE DI ESAME 442

La mammella femminile 442

La mammella maschile 448

Le ascelle 448

Tecniche particolari 449

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 451

Bibliografia 454

CAPITOLO 11

L'addome 457

ANATOMIA E FISIOLOGIA 457

L'ANAMNESI 461

Forme e meccanismi del dolore addominale 461

Il tubo digerente 463

Le vie urinarie 471

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 473

TECNICHE DI ESAME 479

L'addome 480

Il fegato 485

La milza 488

I reni 491

La vescica 492

L'aorta 492

Tecniche speciali 493

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 497

Bibliografia 515

CAPITOLO 12

L'apparato vascolare periferico 519

ANATOMIA E FISIOLOGIA 520

Arterie 520

Vene 523
Il sistema linfatico 525
Scambio transcapillare di liquidi 526

L'ANAMNESI 527

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 529**

TECNICHE DI ESAME 531

Braccia 532
Addome 534
Gambe 534
Tecniche particolari 539

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 542

Bibliografia 549

CAPITOLO 13

I genitali maschili 551

ANATOMIA E FISIOLOGIA 551

Vasi linfatici 553
Anatomia dell'inguine 553

L'ANAMNESI 554

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 557**

TECNICHE DI ESAME 560

Il pene 561
Lo scroto e i suoi contenuti 562
Ernie 563
Tecniche particolari 565

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 566

Bibliografia 572

CAPITOLO 14

I genitali femminili 575

ANATOMIA E FISIOLOGIA 575

L'ANAMNESI 579

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 585**

TECNICHE DI ESAME 595

Esame esterno 598
Esame interno 599
Ernie 606
Tecniche particolari 606

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 607

Bibliografia 616

CAPITOLO 15

L'ano, il retto e la prostata 619

ANATOMIA E FISIOLOGIA 619

L'ANAMNESI 621

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 622**

TECNICHE DI ESAME 628

Il paziente maschio 628
La paziente femmina 631

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 632

Bibliografia 637

CAPITOLO 16

L'apparato muscoloscheletrico 639

APPROCCIO AI DISTURBI

MUSCOLOSCHIELETRICI 640

Tipi di articolazione 642
Articolazioni e borse sinoviali 643

L'ANAMNESI 644

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 650**

**ESAME DI ARTICOLAZIONI SPECIFICHE:
ANATOMIA E FISIOLOGIA E TECNICHE DI
ESAME 656**

Articolazione temporo-mandibolare 658
La spalla 660
Il gomito 671
Il polso e la mano 672
La colonna vertebrale 681
L'anca 689
Il ginocchio 697
La caviglia e il piede 705
Tecniche particolari 709

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 711

Bibliografia 724

CAPITOLO 17

Il sistema nervoso 727

**LE SFIDE DELLA DIAGNOSI
NEUROLOGICA 728**

ANATOMIA E FISIOLOGIA 729

Sistema nervoso centrale 729

Sistema nervoso periferico 730
 Vie motorie 733
 Vie sensoriali 735
 Riflessi spinali: i riflessi miotatici 736

L'ANAMNESI 737

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
 EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 742

TECNICHE DI ESAME 749

I nervi cranici 751
 Il sistema motorio 757
 Il sistema sensoriale 768
 Riflessi miotatici (di stiramento muscolare) 774
 Riflessi di stimolazione cutanea o superficiale 779
 Tecniche particolari 780

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 789

Bibliografia 810

UNITÀ 3

Popolazioni particolari 813

CAPITOLO 18

**Valutazione del bambino:
 dall'inizio della prima infanzia
 alla fine dell'adolescenza** 815

**PRINCIPI GENERALI DELLO SVILUPPO
 DEL BAMBINO** 816

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
 COMPONENTI FONDAMENTALI** 817

Accertamento del neonato 819

Accertamento immediato alla nascita 820
 Accertamento diverse ore dopo la nascita 824

Accertamento del lattante 825

Sviluppo 825
 Linee guida generali 826

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
 EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 828

TECNICHE DI ESAME 829

Indagine generale e parametri vitali 829
 La cute 832
 La testa 836
 Gli occhi 839
 Le orecchie 841
 Il naso e i seni paranasali 842
 La bocca e la faringe 842
 Il collo 844
 Il torace e i polmoni 845
 Il cuore 848

Le mammelle 854
 L'addome 854
 I genitali maschili 856
 I genitali femminili 857
 Esame rettale 858
 L'apparato muscoloscheletrico 858
 Il sistema nervoso 861

**Accertamento di bambini in età prescolare e
 scolare** 869

Sviluppo 869

L'ANAMNESI 871

Accertamento dei bambini piccoli 871
 Accertamento dei bambini grandi 873

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
 EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 876

Bambini da 1 a 4 anni 876
 Bambini da 5 a 10 anni 877

TECNICHE DI ESAME 878

Esame generale e parametri vitali 878
 La cute 881
 La testa 881
 Gli occhi 882
 Le orecchie 883
 Il naso e i seni nasali 887
 La bocca e la faringe 888
 Il collo 891
 Il torace e i polmoni 892
 Il cuore 893
 L'addome 895
 Genitali maschili 897
 Genitali femminili 898
 L'esame rettale 901
 L'apparato muscoloscheletrico 901
 Il sistema nervoso 903

Accertamento degli adolescenti 906

Sviluppo: 11-20 anni 906

L'ANAMNESI 907

**PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING:
 EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI** 909

TECNICHE DI ESAME 910

Esame generale e parametri vitali 910
 La cute 911
 Testa, orecchie, occhi, gola e collo 911
 Il cuore 911
 Le mammelle 912
 L'addome 914
 Genitali maschili 914
 Genitali femminili 916
 L'apparato muscoloscheletrico 917
 Sistema nervoso 922

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 922

Bibliografia 940

CAPITOLO 19

La donna in gravidanza 943

ANATOMIA E FISIOLOGIA 943

Cambiamenti ormonali fisiologici 943

Cambiamenti anatomici 944

L'ANAMNESI 948

PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING: EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 951

TECNICHE DI ESAME 956

Posizionamento 956

Controllo dei materiali 957

Ispezione generale 957

Altezza, peso e parametri vitali 958

Testa e collo 958

Torace e polmoni 959

Cuore 959

Mammelle 959

Addome 960

Genitali 961

Ano 963

Retto e setto rettovaginale 963

Arti inferiori 964

Tecniche particolari 964

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 967

Bibliografia 969

CAPITOLO 20

Le persone anziane 971

ANATOMIA E FISIOLOGIA 973

L'ANAMNESI 981

Approccio al paziente 981

Aree problematiche particolari nella valutazione dei sintomi comuni 986

PROMOZIONE DELLA SALUTE E COUNSELING: EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI 992

TECNICHE DI ESAME 1001

Valutazione dello stato funzionale: il "sesto parametro
vitale" 1001

Esame obiettivo della persona anziana 1005

REGISTRAZIONE DEI REPERTI 1015

Bibliografia 1021

Indice analitico 1027

Indice delle tabelle

CAPITOLO 1 Fondamenti della competenza clinica **3**

Tabella 1-1 Esempio di nota di progresso 42

CAPITOLO 2 Valutazione delle evidenze cliniche **45**

Tabella 2-1 Classificazione dell'USPSTF (United States Preventive Services Task Force): grado, definizioni e implicazioni per la pratica 61

Tabella 2-2 Livelli di certezza dell'USPSTF (United States Preventive Services Task Force) relativamente al vantaggio 62

Tabella 2-3 American College of Chest Physicians (ACCP): classificazione delle raccomandazioni 63

CAPITOLO 3 Intervista e anamnesi **65**

Tabella 3-1 Intervista motivazionale: un esempio clinico 106

Tabella 3-2 Brief Action Planning (BAP) – uno strumento di autogestione di supporto 107

CAPITOLO 4 Inizio dell'esame obiettivo: esame generale, parametri vitali e dolore **115**

Tabella 4-1 Condizioni di salute correlate all'obesità 145

Tabella 4-2 Disturbi alimentari e BMI eccessivamente basso 146

Tabella 4-3 Screening e valutazione della nutrizione 147

Tabella 4-4 Obesità: stadi del modello di cambiamento e valutazione della disponibilità al cambiamento 148

Tabella 4-5 Counseling nutrizionale: fonti di nutrienti 149

Tabella 4-6 Pazienti con ipertensione: cambiamenti dietetici raccomandati 149

CAPITOLO 5 Comportamento e stato mentale **153**

Tabella 5-1 Sintomi somatici e disturbi correlati 175

CAPITOLO 6 La cute, i peli e le unghie **179**

Tabella 6-1 Descrizione delle principali lesioni cutanee: piatte, rilevate, piene di liquido 197

Tabella 6-2 Altre lesioni primarie: pustole, foruncoli, noduli, cisti, pomfi e cunicoli 200

Tabella 6-3 Safari dermatologico: lesioni benigne 202

Tabella 6-4 Lesioni ruvide: cheratosi attiniche, carcinoma a cellule squamose e lesioni che sono simili 203

Tabella 6-5 Lesioni rosa: carcinoma a cellule basali e lesioni simili 204

Tabella 6-6 Lesioni marrone: melanoma e lesioni simili 206

Tabella 6-7 Acne volgare: lesioni primarie e secondarie 210

Tabella 6-8 Lesioni vascolari e purpuriche della cute 211

Tabella 6-9 Segni di danni causati dal sole 212

Tabella 6-10 Malattie sistemiche e reperti cutanei associati 213

Tabella 6-11 Perdita dei capelli 215

Tabella 6-12 Reperti nelle unghie o vicino alle unghie 217

Tabella 6-13 Lesioni da pressione 219

CAPITOLO 7 La testa e il collo 221

Tabella 7-1	Cefalee primarie	273
Tabella 7-2	Cefalee secondarie e nevralgie craniche	274
Tabella 7-3	Occhi arrossati	276
Tabella 7-4	Stordimento e vertigine	277
Tabella 7-5	Facce selezionate	278
Tabella 7-6	Difetti del campo visivo	279
Tabella 7-7	Variazioni e anomalie delle palpebre	280
Tabella 7-8	Noduli e gonfiori dentro e intorno agli occhi	281
Tabella 7-9	Opacità della cornea e del cristallino	282
Tabella 7-10	Anomalie pupillari	283
Tabella 7-11	Sguardo disconiugato	284
Tabella 7-12	Variazioni normali del disco ottico	285
Tabella 7-13	Anomalie del disco ottico	286
Tabella 7-14	Arterie retiniche e incroci arterovenosi: normali e ipertensivi	287
Tabella 7-15	Macchie e strisce rosse nel fondo dell'occhio	288
Tabella 7-16	Fondo dell'occhio: normale e retinopatia ipertensiva	289
Tabella 7-17	Fondo dell'occhio: retinopatia diabetica	290
Tabella 7-18	Macchie di colore chiaro nel fondo dell'occhio	291
Tabella 7-19	Noduli nell'orecchio o vicino all'orecchio	292
Tabella 7-20	Anomalie del timpano	293
Tabella 7-21	Forme di sordità	295
Tabella 7-22	Anomalie delle labbra	296
Tabella 7-23	Reperti nella faringe, nel palato e nella mucosa orale	298
Tabella 7-24	Reperti nelle gengive e nei denti	301
Tabella 7-25	Reperti nella lingua o sotto la lingua	303
Tabella 7-26	Ingrandimento e funzione della tiroide	305
Tabella 7-27	Sintomi e segni di disfunzione tiroidea	305

CAPITOLO 8 Il torace e i polmoni 309

Tabella 8-1	Dolore toracico	337
Tabella 8-2	Dispnea	339
Tabella 8-3	Tosse ed emottisi	342
Tabella 8-4	Anomalie della frequenza e del ritmo del respiro	343
Tabella 8-5	Deformità del torace	344
Tabella 8-6	Rumori respiratori e della voce normali e alterati	345
Tabella 8-7	Rumori polmonari aggiunti	346
Tabella 8-8	Reperti fisici in malattie selezionate del torace	347

CAPITOLO 9 L'apparato cardiovascolare 351

Tabella 9-1	Frequenze e ritmi cardiaci selezionati	408
Tabella 9-2	Ritmi irregolari selezionati	409
Tabella 9-3	Anomalie del polso arterioso e delle onde pressorie arteriose	410
Tabella 9-4	Variazioni e anomalie degli impulsi ventricolari	411
Tabella 9-5	Variazioni del primo tono cardiaco – S ₁	412
Tabella 9-6	Variazioni del secondo tono cardiaco – S ₂	413
Tabella 9-7	Rumori cardiaci extra nella sistole	414
Tabella 9-8	Rumori cardiaci extra nella diastole	415
Tabella 9-9	Soffi mesosistolici	416
Tabella 9-10	Soffi olosistolici (pansistolici)	418
Tabella 9-11	Soffi diastolici	419
Tabella 9-12	Rumori cardiovascolari con componenti sistoliche e diastoliche	420

CAPITOLO 10 Le mammelle e le ascelle 427

- Tabella 10-1 Masse comuni della mammella 452
 Tabella 10-2 Segni visibili di tumore maligno della mammella 453

CAPITOLO 11 L'addome 457

- Tabella 11-1 Dolore addominale 498
 Tabella 11-2 Disfagia 500
 Tabella 11-3 Diarrea 501
 Tabella 11-4 Stipsi 504
 Tabella 11-5 Feci nere e con sangue 505
 Tabella 11-6 Pollachiuria, nicturia e poliuria 506
 Tabella 11-7 Incontinenza urinaria^a 507
 Tabella 11-8 Rigonfiamenti localizzati nella parete addominale 509
 Tabella 11-9 Addome sporgente 510
 Tabella 11-10 Rumori nell'addome 511
 Tabella 11-11 Addome dolorabile 512
 Tabella 11-12 Ingrandimento del fegato: apparente e reale 514

CAPITOLO 12 L'apparato vascolare periferico 519

- Tabella 12-1 Tipi di edema periferico 543
 Tabella 12-2 Malattie vascolari periferiche e loro simulazioni 544
 Tabella 12-3 Utilizzo dell'indice caviglia-braccio 546
 Tabella 12-4 Insufficienza cronica delle arterie e delle vene 547
 Tabella 12-5 Ulcere comuni alle caviglie e ai piedi 548

CAPITOLO 13 I genitali maschili 551

- Tabella 13-1 Infezioni sessualmente trasmesse dei genitali maschili 567
 Tabella 13-2 Anomalie del pene e dello scroto 568
 Tabella 13-3 Anomalie del testicolo 569
 Tabella 13-4 Anomalie dell'epididimo e del cordone spermatico 570
 Tabella 13-5 Decorso, presentazione e differenziazione delle ernie inguinali 571

CAPITOLO 14 I genitali femminili 575

- Tabella 14-1 Lesioni della vulva 608
 Tabella 14-2 Rigonfiamenti e gonfiore della vulva, della vagina e dell'uretra 609
 Tabella 14-3 Secrezione vaginale 610
 Tabella 14-4 Variazioni nella superficie cervicale 611
 Tabella 14-5 Forme dell'orifizio della cervice uterina 612
 Tabella 14-6 Anomalie della cervice uterina 612
 Tabella 14-7 Posizioni dell'utero 613
 Tabella 14-8 Anomalie dell'utero 614
 Tabella 14-9 Masse annessiali 615

CAPITOLO 15 L'ano, il retto e la prostata 619

- Tabella 15-1 Punteggio dei sintomi dell'iperplasia prostatica benigna: American Urological Association 633
 Tabella 15-2 Anormalità dell'ano, della cute circostante e del retto 634
 Tabella 15-3 Anormalità della prostata 636

CAPITOLO 16 L'apparato muscoloscheletrico 639

- Tabella 16-1 Pattern di dolore nelle articolazioni e loro adiacenze 712
 Tabella 16-2 Dolori al collo 732
 Tabella 16-3 Lombalgia 715

Tabella 16-4	Dolore alle spalle	716
Tabella 16-5	Gomiti gonfi o dolorabili	718
Tabella 16-6	Artrite alle mani	719
Tabella 16-7	Gonfiore e deformità delle mani	720
Tabella 16-8	Guaina tendinea, spazio palmare e infezioni delle dita	721
Tabella 16-9	Le anomalie del piede	722
Tabella 16-10	Anomalie delle dita e delle piante dei piedi	723

CAPITOLO 17 Il sistema nervoso 727

Tabella 17-1	Disturbi dei sistemi nervosi centrale e periferico	790
Tabella 17-2	Tipi di ictus	792
Tabella 17-3	Sincope e disturbi simili	794
Tabella 17-4	Crisi epilettiche	796
Tabella 17-5	Tremori e movimenti involontari	798
Tabella 17-6	Disturbi del linguaggio	800
Tabella 17-7	Nistagmo	801
Tabella 17-8	Tipi di paralisi facciale	803
Tabella 17-9	Disturbi del tono muscolare	804
Tabella 17-10	Anomalie nell'andatura e nella postura	805
Tabella 17-11	Coma metabolico e strutturale	806
Tabella 17-12	Glasgow Coma Scale	807
Tabella 17-13	Le pupille nei pazienti comatosi	808
Tabella 17-14	Posture anomale nei pazienti comatosi	809

CAPITOLO 18 Valutazione del bambino: dall'inizio della prima infanzia alla fine dell'adolescenza 815

Tabella 18-1	Anomalie nel ritmo cardiaco e nella pressione arteriosa	926
Tabella 18-2	Rash e reperti cutanei comuni nei neonati e nei lattanti	927
Tabella 18-3	Verruche, lesioni che assomigliano alle verruche e altre lesioni rilevate	928
Tabella 18-4	Lesioni comuni della cute nell'infanzia	928
Tabella 18-5	Anomalie della testa	929
Tabella 18-6	Facies diagnostica nella prima infanzia e nella preadolescenza	930
Tabella 18-7	Le anomalie degli occhi, delle orecchie e della bocca	932
Tabella 18-8	Anomalie dei denti, della faringe e del collo	933
Tabella 18-9	Cianosi nei bambini	934
Tabella 18-10	Soffi cardiaci congeniti	935
Tabella 18-11	Segni fisici di abuso sessuale	937
Tabella 18-12	L'apparato urogenitale maschile	938
Tabella 18-13	Reperti muscoloscheletrici comuni nei bambini piccoli	938
Tabella 18-14	Il potere della prevenzione: le malattie prevenute dal vaccino	939

CAPITOLO 20 Le persone anziane 971

Tabella 20-1	Intervista delle persone anziane: potenziamento della cura culturalmente appropriata	1017
Tabella 20-2	Delirio e demenza	1018
Tabella 20-3	Screening per la demenza: il test Mini-Cog	1019
Tabella 20-4	Screening per la demenza: il test MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	1020