

Stetoscopi = fonendoscopio. È importante avere sia la campana che la membrana.

Anamnesi, parte fondamentale della visita medica.

Approccio al paziente:

Cosa posso fare per lei? Perché è venuto? Cosa la preoccupa? Che disturbi presenta?

Precisare il più possibile i sintomi del paziente.

Porre domande specifiche senza suggerire risposte al paziente.

Analisi dei sintomi per determinare:

- quando
- dove
- quanto
- si accentua o si attenua
- si modifica o permane stabile
- assomiglia a qualcosa

Tutti i sintomi sono soggettivi, ad esempio dispnea, può sembrare che il paziente respiri normalmente quando invece sente difficoltà e sente di non avere abbastanza aria.

Analizzare la cronologia del sintomo, la sede, caratterizzazione, intensità, ecc... non trascurare elementi iatrogeni.

Le diagnosi si fanno seguendo un algoritmo costruito in base a dati sperimentali.

Si usano anche flowchart per rappresentare graficamente il processo decisionale e le linee guida che in pratica si traducono in obblighi.

Malattie cardiovascolari

Causa di morte molto diffusa.

Es. sindrome coronarica acuta (infarto, rivascolarizzazione coronarica), ictus, TIA, angina instabile, Arteriopatia Obliterante Periferica (AOP, sintomo tipica: Claudicatio intermittens, zoppia che insorge dopo un certo tratto di camminata), aneurisma dell'aorta addominale.

Fattori di rischio:

Fumo: correlazione lineare con il tumore al polmone, modalità on/off per l'infarto del miocardio.

Insufficiente consumo di frutta e verdura (fattore di rischio addizionale).

Iperensione, ipercolesterolemia, età, genere (fattore di rischio addizionale), diabete (raddoppia il rischio nell'uomo, lo quadruplica nella donna, effetto addizionale del genere).

Riassumendo, fattori di rischio indipendenti:

- Iperensione
- Fumo
- Ipercolesterolemia
- Età
- Diabete

Si dividono in:

- Fattori di rischio indipendenti: basta averlo anche senza altri fattori di rischio.
- Fattori di rischio addizionali: peggiorano la situazione ma non bastano da soli.

Fattore importante è l'inattività fisica, una teoria sul perché siamo glabri a differenza degli altri primati è che siamo evoluti per livelli di attività fisica molto più elevati.

Presentare più fattori di rischio insieme aumenta esponenzialmente il rischio.

Non dare ai pazienti le colpe dei propri padri: quasi tutto dipende da predisposizioni genetiche, si può spesso intervenire tramite terapie e modificazioni dello stile di vita.

Per quanto riguarda la familiarità dobbiamo considerare eventi in età precoce (prima dei 50 anni nella donna e prima dei 45 nell'uomo) nei parenti di primo grado.

Anni '60-'70: primi studi sull'effetto del trattamento anti-ipertensivo nella riduzione del rischio di episodio cardiovascolare.

Non esiste un soggetto che ha un solo fattore di rischio, spesso una condizione che rappresenta un fattore di rischio induce altre condizioni che sono anch'esse fattori di rischio cardiovascolare.

Esiste un rischio assoluto ed un rischio relativo di sviluppare una malattia, il rischio assoluto è la probabilità (espressa in percentuale) che ha il paziente di sviluppare la malattia nei successivi 10 anni.

Il rischio relativo è la probabilità che ha il soggetto di sviluppare una patologia rispetto ad una popolazione di riferimento.

NNT: numero di pazienti da trattare per prevenire un dato evento (es. infarto).

es. cardioaspirina: 5000 pazienti che bisogna trattare per evitare un infarto. Statine: 13 pazienti da trattare per evitare un infarto.

14 pazienti da trattare con metformina per evitare un infarto.

7 pazienti che fanno più esercizio fisico evitano un infarto.

Algoritmi di rischio

“mappe” basate su studi sulla probabilità di eventi cardiovascolari in base a fattori di rischio. (nota: non è presente il diabete tra i fattori di rischio perché basta moltiplicare per 2 nell'uomo e per 4 nella donna).