

Medicina interna dalla clinica alla diagnosi

André M. Mansoor, MD

Assistant Professor of Medicine
Division of Hospital Medicine
Director, Procedure Service
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

Edizione italiana a cura di

Roberto De Giorgio

Professore Ordinario di Medicina Interna
Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna
Università degli Studi di Ferrara
c/o Ospedale Sant'Anna, Cona

PICCIN

This is a translation of
FRAMEWORKS FOR INTERNAL MEDICINE

By André M. Mansoor

Copyright © 2019 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 the inaccuracy or errors of this translation.

Traduzione di Enzo Mammano (capp. 1, 2, 4-9, 11, 12, 19-30, 32-50, sezz. 1, 2, 13)
ed Emanuela Tessari (capp. 3, 10, 13-18, 31)

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 alcuna garanzia, esplicita o implicita, rispetto al contenuto della pubblicazione. Gli autori, curatori, editori e distributori non si assumono alcuna responsabilità per qualsiasi lesione o danno a persone o cose derivante da questa pubblicazione.

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.

ISBN 978-88-299-3258-0

Stampato in Italia

PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA

Più che mai, ai nostri giorni, la Medicina Interna sta vivendo una fase di profondo rinnovamento reso ancor più evidente dalla recente pandemia Covid-19. Tale processo, che s'incardina nella scia dell'allungamento dell'aspettativa della vita media della popolazione generale, porta con sé, inevitabilmente, non solo un numero sempre più significativo di condizioni morbose croniche, ma anche un "nuovo fenotipo" di malato: ossia quello che oggi viene definito il paziente 'pluri-comorbido' che raggiunge livelli di complessità che solo la Medicina Interna, con la sua visione olistica, è in grado di gestire. Tutto ciò è particolarmente evidente nelle realtà dei Reparti di Medicina Interna in cui la sfida al Clinico è posta, oltre che dalla complessità dei pazienti, anche dall'incessante sviluppo di varie tecniche diagnostiche e percorsi diagnostico-terapeutici che potrebbero portare a sottovalutare, se non svilire, il valore assoluto insito nella professione medica: il rapporto medico-paziente con tutto il carico che questa relazione comporta. Il Medico di medicina generale, vieppiù il Clinico, non deve commettere l'errore di sminuire l'approccio tradizionale al malato che è rigorosamente fondato sulla raccolta dei dati anamnestici (l'ascolto della parola del malato, la ponderata interrogazione e la raccolta minuziosa dei sintomi); l'esame obiettivo (con il corredo di segni colti durante la visita) e non ultimo il ragionamento clinico di quanto emerso dall'anamnesi e dall'esame fisico del paziente. Tutto questo va ad integrare la ricchissima dotazione di esami strumentali e laboratoristici, ausili indispensabili per giungere ad una formulazione diagnostica corretta. Da queste considerazioni scaturisce la necessità di avere una guida teorica, facile, ma allo stesso tempo esauriente, agile nella consultazione ma aggiornata e all'altezza dello sviluppo prodigioso delle conoscenze scientifiche mediche. L'identikit che ne deriva ci porta ad identificare il trattato *Medicina interna: dalla clinica alla diagnosi*, scritto dal Professor André M. Mansoor, dell'Università di Portland, USA, che pone problemi o indica aspetti clinici osservabili all'esame del paziente, nelle sue molteplici modalità di presentazione. Quest'opera, di cui ho avuto l'onore e l'onore di curarne la traduzione, pare proprio ripercorrere il noto aforisma secondo il quale "*esistono i malati, non le malattie*". Quindi non la trattazione di tematiche classiche della Medicina Interna per patologie, ma analizzare il sintomo/segno per portare il

Clinico, lo specializzando e lo studente di Medicina, alla diagnosi (e relativa terapia delle condizione/i morbosa/e) attraverso un percorso metodologico che parte dall'evidenza del caso clinico e dalla presentazione del paziente. Queste caratteristiche mi hanno fatto immediatamente apprezzare l'opera del Professor Mansoor e spinto allo sforzo di curarne la traduzione. In questo testo troviamo tutte le tracce di quel metodo clinico che il grande Augusto Murri (1841-1932) condensava nel principio: *observatio et ratio*, tuttora d'insostituibile attualità e immenso valore. Menzionando un grande Clinico del passato, la memoria va ai miei cari Maestri che hanno sempre sostenuto la centralità del paziente con tutti i suoi sintomi, segni e disfunzioni; ecco perché è utile avere un trattato, una guida, come il Mansoor, che, grazie alla preziosa opera dell'Editore Piccin, ora può accompagnare il Medico nel prendersi cura del malato cominciando proprio dalla sua attenta valutazione. In questa veloce introduzione, vorrei cogliere l'occasione per ringraziare tutti coloro che mi hanno affiancato ed aiutato nel difficile percorso della traduzione dell'opera a cominciare dai Medici in formazione specialistica della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza Urgenza dell'Università di Ferrara (in ordine alfabetico, le Dr.sse Ludovica Esposito, Ilaria Fiorica, Caterina Ghirardi, Beatrice Marziani, Benedetta Perna, Federica Rossini; i Dr. Matteo Guarino e Michele D. Spampinato), che con il loro entusiasmo ed energia hanno reso facile anche ciò che semplice non è; la paziente operosità della Dr.ssa Isabella Bagnaresi e l'affetto e l'incoraggiamento di tutti i miei Colleghi / Collaboratori dell'Unità Operativa di Medicina Interna, che ho il piacere e il grande onore di dirigere, unitamente ai miei Colleghi Universitari della Medicina Interna di Ferrara. Un dato particolare che va segnalato in questo trattato è l'ampia iconografia, con figure e tabelle, che compendia molto diligentemente le varie tematiche trattate; a ciò si aggiungano accurate voci bibliografiche sempre utili basi di riferimento per letture di approfondimento. Spero davvero che quest'opera sia di aiuto ai Clinici, ai Medici di Medicina Generale, ma soprattutto ai giovani, Specializzandi e studenti di Medicina, che desiderino avere una visione integrata all'approccio del paziente. A tutti auguro buono studio!

Roberto De Giorgio

DEDICA

A mia madre Salma, ed a mio padre Edward. Tutto quello che ho sempre sognato di essere, lo devo a voi.



PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE IN LINGUA INGLESE

Alla fine, nonostante “i grandi gruppi studio” siano caduti in oblio, le sale “riunioni” siano in disuso e nessuno sappia che i telecomandi per i grandi schermi non funzionano più, gli studenti di medicina apprendono tuttavia il 90% delle conoscenze di base previste. Come può essere successo questo? Perché questi studenti sono circondati da specializzandi selezionati, allievi interni e giovani strutturati, tutti convinti che l'insegnamento sia un dovere fondamentale della professione medica. Insegnano a tutti coloro che hanno sete di sapere ed alla maggior parte di quelli che dovrebbero avere sete di sapere. Si è mantenuta questa modalità dalla “svolta” di Kos. Cosa più straordinaria, la parte migliore di queste persone non si attende nessuna remunerazione oltre alla soddisfazione di fare bene il proprio lavoro. L'insegnamento è ancora la prima delle attese professionali nella maggior parte dei centri medici universitari. Questi docenti richiamano all'ordine la severa ed austera vita del medico in formazione. Si può contare sul fatto che insegnano agli studenti quello che hanno bisogno di sapere e, talvolta, quello che sarebbe meglio sapere.

Questo compito, per il quale molti centri universitari non pagano nulla, è in pericolo. RVU, EMR, “affitto di monolocali” e scale di valutazione per la “soddisfazione dei pazienti”, tutto ha un prezzo. Si presume che questi membri della facoltà riconoscano gli “eventi kaizen” ed allertino i manager. Alcuni dei manager vogliono insegnare ai dottori “cresciuti col cucchiaino d'argento” una o due lezioni sui “tempi duri”. La controversia rimane, ma gli insegnanti perseverano. C'è tuttavia una terribile necessità di aiuto.

Da dove partire? Più di tutto, hanno bisogno di lavagne. Le lavagne sono sparite. Le tavole che riempiono gli spazi lasciati dalle vecchie lavagne sono bianche ed è possibile scriverci solo con penne particolari. Quando le penne spariscono, cominciano ad apparire “foglietti informativi” che riempiono lo spazio delle lavagne bianche. “Silenzio per cortesia. Nessuno può stare bene in un posto rumoroso!” Sei sicuro? Siediti e stai ad ascoltare i rumori in una terapia intensiva per un'ora. “Lavati le mani!” I lavelli sono tutti scomparsi e le “postazioni per il lavaggio mani” dispensano un liquido maleodorante che non trasmette le spore

di C-diff. È stato etichettato come tossico dalla FDA. Altri messaggi importanti sono un invito ad un pranzo in cui ognuno porta qualcosa da mangiare. C'è un invito a partecipare alla prossima riunione del comitato. Le lavagne sono ricoperte con messaggi effimeri. I dottori hanno bisogno di una sacrosanta lavagna pulita in ogni corridoio di ogni reparto in tutte le specialità. Cosa succederà su queste lavagne, se dovessero comparire, è una discussione improvvisata sui problemi clinici con possibilità per tutti di vedere e sentire. Su queste tavole sono mostrati gli approcci a tutte le “disgrazie della vita”. Questi problemi di salute e felicità sono sempre presenti ed innumerevoli. Per di più compaiono ogni giorno. I dottori imparano molto di quello che sanno da queste lavagne rudimentali. Date loro vere lavagne e fate largo!

Questo libro preserva l'arte dell'insegnamento di Socrate, un metodo vecchio di 2500 anni. Non solo il processo rivela quello che si sa ma, ancora più chiaramente, quello che non si sa. Ognuno impara. Studenti, docenti ed infermieri imparano. Il personale di laboratorio ed i pazienti imparano. Tutti si evolveranno e cresceranno. È un evento potente a cui assistere.

In questo libro sono illustrati cinquanta dei problemi clinici più frequenti. La serie di domande si evolverà via via con l'incremento di nozioni. Questo libro contiene una struttura che guida la discussione delle “cinquanta patologie scelte”. Un uomo di 60 anni con ematocrito di 32. Una donna di 29 anni gravida con edema molle all'ascella. L'autista di camion che effettua lunghi tragitti che si presenta con dispnea acuta. Il soggetto giovane con febbre di origine sconosciuta. La struttura prepara gli insegnanti e gli allievi. Crea l'ambiente più adatto perché un insegnamento ad alto impatto sia efficace. Alla fine, è più importante il *processo* della struttura. Il processo diviene generalizzato. L'università è di nuovo in pista.

Ora che abbiamo il libro, ricompariranno anche le lavagne, speriamo!

Lynn Loriaux, MD, PhD

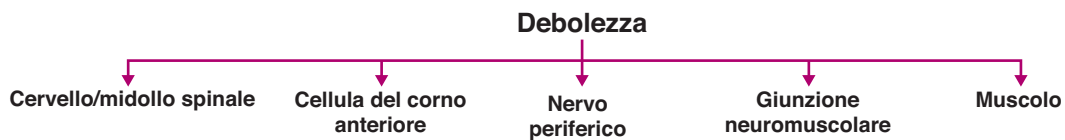
*Professor of Medicine
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon*

PREFAZIONE

Venti: il numero di anni medio che il medico americano trascorre come studente prima di guadagnarsi la laurea e di iniziare la formazione come specializzando. I medici esperti risponderebbero a questa informazione con un sorriso; la medicina è un campo dinamico che richiede aggiornamenti continui di coloro che la praticano. Per i medici, lo studio è un impegno *che dura tutta la vita*. Non finisce dopo 20 anni. Tuttavia, 20 anni rappresentano un importante punto di inflessione nella vita di un medico universitario; qui inizia la transizione da studente a tempo pieno verso studente part time e educatore part time. Per la maggior parte dei giovani medici, questa evoluzione non avviene naturalmente. Va ricercata.

diagnosi differenziale. Uno specializzando propose “ictus”. “È tutto?” chiese lo specializzando anziano. La stanza zitta. La mia mente si scervellava per trovare qualche altra diagnosi, come spesso accadeva quando ci si confrontava con un problema associato con un ampio spettro di diagnosi differenziali. “Qualcuno ha un approccio alla debolezza?” Incontrando ancora più silenzio, offrì il suo metodo personale. Scomponendola anatomicamente, iniziò a scrivere diversi titoli sulla lavagna, come “cervello/midollo spinale”, “cellula del corno anteriore”, “nervo periferico”, “giunzione neuromuscolare”, “muscolo”.

Era come se una luce si fosse accesa nella stanza. Utilizzando questo schema strutturale, diventarono



Quando ero uno studente medico al terzo anno di tirocinio di medicina interna, ero stato portato al “meeting mattutino” dei casi clinici, di solito condotto dagli specializzandi anziani. Era l’aspetto della rotazione che ho apprezzato di più. Ero attratto dalla sfida di risolvere i casi, anche tramutandola in un gioco: segnavo in silenzio quanto tempo ci mettevo ad azzeccare la diagnosi corretta. Il mio record è stato il tempo necessario per il presentatore per finire le parole iniziali, “mancanza di respiro, pletora facciale, edema alle estremità superiori” (che io ho riconosciuto immediatamente come sindrome della vena cava superiore). Spesso mi sbagliavo. Tuttavia, nessuno sapeva di questi miei errori. Poi, sono diventato un allievo interno e mi sedevo nella stessa saletta di prima, ma il mio ruolo era cambiato. Come interno, ero obbligato a condividere le mie opinioni con il gruppo. Ancora, era sempre semplice. Avrei parlato solo quando pensavo di avere una buona idea sulla risposta corretta. Quando non l’avrei avuta, l’avrebbe avuta qualcun’altro e alla fine saremmo andati nella giusta direzione. Alcune volte, però, nessuno parlava.

Una di queste occasioni era il caso di uomo di mezza età con debolezza. Dopo il tempo speso dal presentatore per chiarire l’intera anamnesi, lo specializzando anziano consigliò di iniziare a costruire una

evidenti nuove possibilità. Sotto il titolo “cervello/midollo spinale”, lo specializzando anziano iniziò ad elencare le diagnosi che ora fluivano dall’audience, inclusi tumori cerebrali, sclerosi multipla ed ascesso epidurale. Poi vennero le lesioni del corno anteriore. Incoraggiando il gruppo, lo specializzando anziano chiese, “Qualcuno ricorda quale malattia ha avuto Lou Gehrig?” Ovviamente, entro qualche secondo, apparve nella lista la SLA. Allo stesso modo, l’audience identificò le malattie dei nervi periferici, della giunzione neuromuscolare e del muscolo. Con questo schema per approcciarsi alla debolezza, avevamo ottenuto quello che sembrava impossibile pochi momenti prima.

Lasciai quella sessione con l’ammirazione per colui che aveva tenuto quel meeting. Quando l’audience è zitta, il leader deve non solo determinare la direzione della conferenza, ma anche guidare l’audience in avanti. L’anno seguente mi fu offerta una delle posizioni di futuro specializzando anziano. Con la gioia arrivò anche un po’ di trepidazione. Uno dei dubbi nella mia mente era l’idea di condurre il meeting dei casi clinici che io avevo sempre apprezzato da membro dell’audience.

Iniziai quindi a elaborare una strategia. Durante la conferenza successiva, presi nota di ogni caso. Riconobbi presto che alcuni problemi erano spesso al centro della

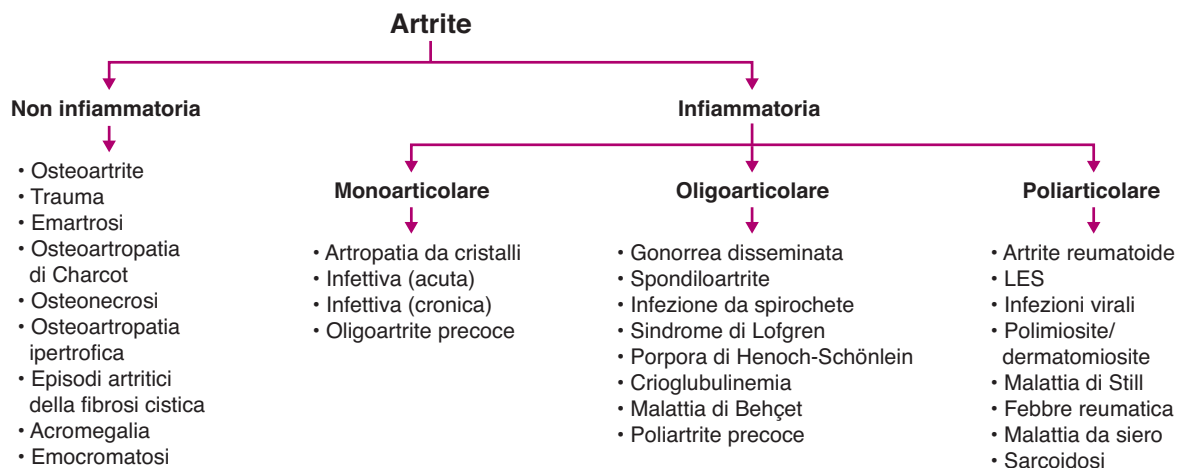
discussione. Questa lista includeva entità come dispnea, lesione renale acuta, ipossiemia, diarrea, febbre di origine sconosciuta e sincope. Vista la frequenza con cui queste entità apparivano durante i meeting sui casi clinici, capii che sviluppare un approccio ad ognuno di essi sarebbe stato prezioso, in particolare per procedere nel meeting di fronte ad un'audience reticente.

Come iniziai a lavorare verso questo obiettivo, realizzai che avere un approccio ad un problema, in molti casi è semplice come costruire uno schema che divida la lunga diagnosi differenziale in corte sottoliste, che sono più semplici da ricordare e da elaborare. Piuttosto che memorizzare una lunga lista di diagnosi, è sufficiente ricordare i titoli di uno schema, da cui possono essere generate molte delle diagnosi.

Iniziai a costruire schemi a partire da tutte le comuni problematiche cliniche in medicina interna. Usai diverse risorse, dai miei appunti durante la specialità ai libri di testo agli articoli di letteratura. Alcuni schemi erano noti da tempo e comunemente insegnati, come quello per la lesione renale acuta (prerenale, renale, postrenale) e vasculiti (piccoli vasi, vasi medi e grandi vasi). Dopo pochi mesi, avevo accumulato un grande quantità di materiale. Ecco un esempio degli schemi che stavo cominciando ad assemblare:

Questi schemi sarebbero diventati la “punta della lancia” quando mi dovevo confrontare con il silenzio durante la discussione dei casi clinici. Avevo raggiunto il mio obiettivo. Tuttavia, scoprii qualcosa molto più prezioso. Avevo sviluppato una collezione di strumenti che avrebbero potuto essere usati per insegnare agli studenti come approcciarsi ai problemi clinici della medicina interna, oltre i confini della discussione dei casi clinici.

Spesi il resto del tempo della mia specialità usando questi strumenti per insegnare, cogliendo i vantaggi di ogni opportunità. Per i pazienti ricoverati in corsia, i membri del mio team erano l'audience di frequenti discussioni. Scoprii che la guida dei soli schemi era sufficiente a determinare sessioni utili di insegnamento, ma cominciai ad espandere i limiti, con ulteriori spunti di insegnamento, rendendo ogni discussione più in forma e corposa. Affinai le mie capacità come insegnante-specializzando. Alla fine della mia specialità, era nato un docente. Spero che questo lavoro possa aiutare altri a raggiungere questo risultato.



REVISORI

L'autore desidera ringraziare queste persone per il loro tempo e la loro competenza:

SEZIONE 3: Cardiologia

Edward S. Murphy, MD

Professor of Medicine
Knight Cardiovascular Institute
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

Khidir Dalouk, MD

Assistant Professor of Medicine
Clinical Cardiac Electrophysiologist
Knight Cardiovascular Institute
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 4: Endocrinologia

D. Lynn Loriaux, MD, PhD

Professor of Medicine
Head, Division of Endocrinology, Diabetes, and Clinical
Nutrition
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 5: Gastroenterologia ed epatologia

Janice Jou, MD, MHS

Assistant Professor of Medicine
Division of Gastroenterology and Hepatology
Director, Gastroenterology and Hepatology Fellowship
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 6: Medicina interna

D. Lynn Loriaux, MD, PhD

Professor of Medicine
Head, Division of Endocrinology, Diabetes, and Clinical
Nutrition
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

David Mansoor, MD

Associate Professor of Psychiatry
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 7: Ematologia

Thomas DeLoughery, MD, MACP, FAWM

Professor of Medicine, Pathology, and Pediatrics
Division of Hematology and Oncology
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 8: Malattie infettive

Thomas Ward, MD

Professor Emeritus of Medicine
Division of Infectious Diseases
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 9: Nefrologia

Pavan Chopra, MD, MS

Assistant Professor of Medicine
Division of Nephrology and Hypertension
Director, Dialysis Services
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 10: Neurologia

Faheem Sheriff, MD

Fellow of Neurocritical Care
Massachusetts General Hospital
Brigham and Women's Hospital
Boston, Massachusetts

SEZIONE 11: Pneumologia

Alan F. Barker, MD

Professor of Medicine
Division of Pulmonary and Critical Care
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

SEZIONE 12: Reumatologia

Atul Deodhar, MD, MRCP, FACP, FACR

Professor of Medicine
Division of Arthritis & Rheumatic Diseases
Director, Rheumatology Clinics
Director, Immunology Infusion Center
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

Medical Editor

Margot E. Chase, MPAS, PA-C

Instructor of Medicine
Division of Hospital Medicine
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

Additional Faculty Reviewers

Stephanie A.C. Halvorson, MD, FACP

Associate Professor of Medicine
Division of Hospital Medicine
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

Mary Ann Kuzma, MD

Associate Professor of Medicine
Clerkship Director, Internal Medicine
Drexel University College of Medicine
Philadelphia, Pennsylvania

Octavian Calin Lucaciu, MD, PhD

Associate Professor of Anatomy
Canadian Memorial Chiropractic College
Toronto, Ontario, Canada

Gregory J. Magarian, MD

Professor of Medicine
Division of Hospital Medicine
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

Additional Student and Resident Reviewers

Shelby Badani
Cassandra Betts, MD
Karen Bieraugel
Christina B. Cherry
Michael-Hunter Clement
Alexander Connelly
Spencer Degerstedt, MD
Christine Greipp
Sameer Hirji, MD
Arthur Kehas
Whitney King
Rebecca Levin-Epstein
Aisha Mohammed
Christine Motzkus
Jennifer E. Mustard
Andrew Oehler, MD
Jayoma Perera
Nekeyua N. Richardson
Branden Tarlow
Rachna Unnithan
Cara Varley, MPH

RINGRAZIAMENTI

Ho ricevuto un incredibile supporto lungo i 6 anni che mi ci sono voluti per completare questo libro. Innanzitutto, devo ringraziare mia madre Salma. Sono grato a mio padre Edward, ai fratelli Sherri, Steve, Dave, Aimee e Lori, oltre che a Sito (nonna) Margareet Barhoum per l'incoraggiamento dall'inizio alla fine. È incredibile l'impatto di una semplice domanda, "come sta andando con il libro?" I miei cugini Jamil Mansoor e Joseph Barhoum ed il mio amico Josh Hughes si sono sempre interessati ai miei progressi, senza importanza su quanto lenti o veloci.

Quando venni la prima volta a OHSU nel 2005, mi fu presentata la leggenda Lynn Loriaux. Un clinico così astuto che si diceva gli bastasse una stretta di mano per fare diagnosi. Dietro ogni leggenda c'è un uomo. Spesso, non hanno nulla di simile. Alle volte, l'uomo è uguale alla leggenda. Solo raramente la supera. Quando incontrai l'uomo, fu subito chiaro che rarità fosse. La sua guida durante questo processo non può essere sopravvalutata. E non potremmo aver fatto ciò senza Julie Walvatne.

Ho ricevuto un supporto immenso da Shangar Meman, dalle prime stesure fino alla fine (è un'agente superba). Il consiglio del mio amico e collega Christopher "Kwonsult" Kwock è sempre stato tanto

utile quanto sarcastico. Si è reso disponibile ogni volta che ne avevo bisogno. Questo libro ha beneficiato dell'eccezionale correzione di bozze da parte di Jennifer Mustard e Spencer "274" Degerstedt. Joseph Mabe ha fornito il suo notevole expertise in materie che non mi appartenevano. Christopher Neck ha sempre trovato tempo per rispondere alle mie domande. Summer Steele ha contribuito con innumerevoli articoli bibliografici. Ringrazio i miei amici e colleghi Gregory Magarian, Peter Sullivan, Sima Desai, Brian Chan, Elly Karamooz e Margot Chase per il loro interessamento e consigli nel corso degli anni.

Sono riconoscente al mio eccezionale team alla Wolters Kluwer, in particolare Matt Hauber, Tom Conville, Andrea Vosburgh e Lindsay Ries, innanzi tutto per la loro pazienza e poi per le loro idee innovative che hanno arricchito ogni sfaccettatura di questo libro. Voglio anche ricordare Tari Broderick, che per primo ricevette la mia proposta e credette in questo libro fin dal primo giorno.

Infine, e in modo più importante, voglio ringraziare tutti i pazienti che ho avuto il privilegio di curare, con particolare riferimento a quelli presentati in questo libro. Spero che raccontare le loro storie possa essere di beneficio per altri.

INDICE GENERALE

PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA	III
PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE IN LINGUA INGLESE	VI
PREFAZIONE	VII
REVISORI	IX
RINGRAZIAMENTI	XI
ELENCO DEGLI ALGORITMI	XIV

SEZIONE 1 Come usare questo libro

PER I DISCENTI	1
PER GLI EDUCATORI	1
Specializzandi e docenti di medicina interna	1
Specializzandi anziani di medicina interna	1

SEZIONE 2 Il sistema algoritmo

SEZIONE 3 Cardiologia

Capitolo 1	BRADICARDIA	5
Capitolo 2	DOLORE TORACICO	15
Capitolo 3	BLOCCHI CARDIACI ATRIOVENTRICOLARI	29
Capitolo 4	SCOMPENSO CARDIACO	37
Capitolo 5	PERICARDITI	55
Capitolo 6	TACHICARDIA	67

SEZIONE 4 Endocrinologia

Capitolo 7	INSUFFICIENZA SURRENALICA	78
Capitolo 8	SINDROME DI CUSHING	91
Capitolo 9	IPERCALCEMIA	100
Capitolo 10	IPOCALCEMIA	112
Capitolo 11	IPOTIROIDISMO	125
Capitolo 12	TIREOTOSSICOSI	137

SEZIONE 5 Gastroenterologia ed epatologia

Capitolo 13	ASCITE	147
Capitolo 14	DANNO EPATICO COLESTATICO	162
Capitolo 15	DIARREA	176

Capitolo 16	SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE	198
Capitolo 17	DANNO EPATOCELLULARE	212
Capitolo 18	ISCHEMIA INTESTINALE	223

SEZIONE 6 Medicina interna

Capitolo 19	DELIRIUM	235
Capitolo 20	DISPNEA	248
Capitolo 21	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA	263
Capitolo 22	IPOPENSIONE	276
Capitolo 23	EDEMA PERIFERICO	288
Capitolo 24	SINCOPE	300

SEZIONE 7 Ematologia

Capitolo 25	ANEMIA	310
Capitolo 26	ANEMIA EMOLITICA	326
Capitolo 27	PANCITOPENIA	342
Capitolo 28	PIASTRINOPATIE	353

SEZIONE 8 Malattie infettive

Capitolo 29	ENDOCARDITE	365
Capitolo 30	MENINGITE	382
Capitolo 31	POLMONITE	398

SEZIONE 9 Nefrologia

Capitolo 32	DISTURBI DELL'EQUILIBRIO ACIDO-BASE	414
Capitolo 33	INSUFFICIENZA RENALE ACUTA	430
Capitolo 34	GLOMERULOPATIE	445
Capitolo 35	IPERKALIEMIA	460
Capitolo 36	IPERNATRIEMIA	469
Capitolo 37	IPOKALIEMIA	479
Capitolo 38	IPONATRIEMIA	487
Capitolo 39	IPERTENSIONE SECONDARIA	501

SEZIONE 10 Neurologia

- Capitolo 40 CEFALEA 510
Capitolo 41 POLINEUROPATIA 525
Capitolo 42 EPILESSIA 540
Capitolo 43 ICTUS 557
Capitolo 44 DEBOLEZZA 578

SEZIONE 11 Pneumologia

- Capitolo 45 EMOTTISI 603
Capitolo 46 IPOSSIEMIA 612
Capitolo 47 MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE 631
Capitolo 48 VERSAMENTO PLEURICO 645

SEZIONE 12 Reumatologia

- Capitolo 49 ARTRITI 658
Capitolo 50 VASCULITI SISTEMICHE 673

SEZIONE 13 Appendice per l'educatore

- BREVE STORIA DELL'EDUCAZIONE MEDICA
E INTRODUZIONE ALLA LEZIONE ILLUSTRATA
ALLA LAVAGNA (CHALK TALK) 684
I SETTE PRINCIPI DEL CHALK TALK 687
CHALK TALKS ED IL SISTEMA ALGORITMO 690
Indice analitico 693

ELENCO DEGLI ALGORITMI

SEZIONE 3: Cardiologia

BRADICARDIA 12
DOLORE TORACICO 22
BLOCCHI CARDIACI ATRIOVENTRICOLARI 33
SCOMPENSO CARDIACO 51
PERICARDITI 64
TACHICARDIA 75

SEZIONE 4: Endocrinologia

INSUFFICIENZA SURRENALICA 87
SINDROME DI CUSHING 97
IPERCALCEMIA 108
IPOCALCEMIA 122
IPOTIROIDISMO 133
TIREOTOSSICOSI 143

SEZIONE 5: Gastroenterologia ed epatologia

ASCITE 157
DANNO EPATICO COLESTATICO 172
DIARREA 193
SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE 208
DANNO EPATOCELLULARE 219
ISCHEMIA INTESTINALE 232

SEZIONE 6: Medicina interna

DELIRIUM 244
DISPNEA 259
FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA 272
IPOTENSIONE 285
EDEMA PERIFERICO 296
SINCOPE 306

SEZIONE 7: Ematologia

ANEMIA 322
ANEMIA EMOLITICA 338

PANCITOPENIA 350
PIASTRINOPATIE 361

SEZIONE 8: Malattie infettive

ENDOCARDITE 378
MENINGITE 394
POLMONITE 410

SEZIONE 9: Nefrologia

DISTURBI DELL'EQUILIBRIO ACIDO-BASE 427
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA 442
GLOMERULOPATIE 456
IPERKALIEMIA 466
IPERNATRIEMIA 476
IPOKALIEMIA 484
IPONATRIEMIA 497
IPERTENSIONE SECONDARIA 507

SEZIONE 10: Neurologia

CEFALEA 521
POLINEUROPATIA 535
EPILESSIA 553
ICTUS 574
DEBOLEZZA 598

SEZIONE 11: Pneumologia

EMOTTISI 609
IPOSSIEMIA 627
MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE 641
VERSAMENTO PLEURICO 654

SEZIONE 12: Reumatologia

ARTRITI 668
VASCULITI SISTEMICHE 680