

ANAMNESI FAMILIARE

Madre deceduta per embolia polmonare a 49 anni; zio materno cardiopatico deceduto a 60 anni. Padre aviatore (forte stress), deceduto a 43 anni per ulcera gastrica perforata e successiva emorragia. Un fratello forte fumatore e verosimilmente arteriopatico, deceduto per complicanze di tale patologia. Una sorella in vita di 81 anni, affetta da BPCO e cardiopatia ipertensiva. 2 figli maschi, di cui uno deceduto a 25 anni per verosimile cardiopatia dilatativa ad evoluzione molto rapida, l'altro iperteso ed ipercolesterolemico.

ANAMNESI FISIOLOGICA

Nata a termine da parto eutocico, allattamento artificiale, primi atti fisiologici e sviluppo psico-fisico nella norma. Scolarità: 3° media. Lavorava come infermiera in vari reparti, tra cui la chirurgia, ora in pensione. Menarca a 12 aa, 2 gravidanze a termine con parto naturale, nega aborti; ha assunto terapia estro progestinica da giovane per breve periodo, sospesa per la comparsa di nodulo mammario; menopausa fisiologica a 42 anni. Peso 64 kg, aumento ponderale di circa 6 kg da Natale, con edemi declivi e contrazione lieve della diuresi. Appetito buono, dieta varia, digestione talvolta difficoltosa, con dispepsia e reflusso; beve 1 caffè die, non beve alcolici, non ha mai fumato. Alvo regolare, diuresi regolare, nega nicturia. Ritmo sonno/veglia alterato (difficoltà ad addormentarsi e risvegli frequenti), nonostante l'uso abituale di ipnoinducenti. Nega allergie a farmaci e/o alimenti.

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

- Ricorda i CEI.
- Pregressa *appendicectomy* e re-intervento per *aderenze multiple* formanti massa palpabile.
- Nel 2004 **mastectomia radicale dx e linfadenectomia ascellare omolaterale per neoplasia mammaria**, non seguita né da radio né da chemioterapia. Riferisce controlli radiologici (mammografia, ecografia) regolari, e negativi (non adduce documentazione in merito).
- Nel 2005 *rimozione di angioma dal canale uditivo dx*.
- **Ipertensione arteriosa** di lunga data.
- **Dislipidemia** in terapia farmacologica.
- **Trait talassemico** noto dall'età di 35 anni.
- **Osteoartrosi** soprattutto al rachide cervicale, con deficit di vitamina D (54 nmol/L). Da giugno 2009 riscontro di sofferenza muscolare neurogena nel territorio di innervazione di C7, di grado modesto e di aspetto cronico all'EMG.
- Nel 1983 **infarto miocardico postero-laterale a "coronarie sane"**. Nel 1996 **re-IMA anteriore** con riscontro di stenosi critica della DA II tratto e occlusione al III tratto, trattati entrambi solo con terapia medica. Dal 1998, per comparsa di dispnea da sforzo, veniva diagnosticata **disfunzione ventricolare sx**. A marzo 1998 evidenza ECG Holter di coppie e triplette trattate con *amiodarone*, poi sospeso a gennaio 2000 per **ipotiroidismo** e sostituito con carvedilolo. Nel marzo 2000 ricovero per **sincope ed arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare trattata con DC shock, e successivo posizionamento di ICD** (esegui controlli regolari); in tale occasione una coronarografia evidenziava un'immagine tipo dissezione lunga della DA al III tratto.
- Novembre 2008 registrazione all'ECG Holter di un episodio di **FA parossistica ad alta risposta ventricolare**, a risoluzione spontanea. Ultimo ECG Holter ad aprile 2010 con registrazione di numerosissimi BEV polimorfi e rari BESV isolati. Lamenta spesso episodi di *cardiopalmò*, i controlli per ICD dimostrano episodi isolati di elevata frequenza ventricolare (FC massima 170 bpm), di durata circa 7 secondi, a risoluzione spontanea, senza alcun provvedimento terapeutico.
- Ricovero in Medicina Generale nel giugno 2009 per **scompenso cardiaco**, e ad ottobre 2009 un *ecocardiogramma* evidenziava una **cardiopatia ischemica post-infartuale con severa depressione della funzione sistolica complessiva per ipo-acinesia diffusa, insufficienza aortica, mitralica e tricuspide lievi**. Ultimo *ecocardiogramma* ad ottobre 2010 (*dr.ssa Melacini*, da cui è seguita regolarmente): cardiopatia dilatativa post infartuale con marcata dilatazione del ventricolo sx e discreta riduzione della funzione sistolica e della contrattilità (FE 36%); **marcata dilatazione del ventricolo dx** con normale funzione sistolica; LAo, IM lievi; IT moderata con moderato aumento delle pressioni in Vdx (PSVD 34 mmHg).
- Ultimo ricovero in marzo 2010 in Cardiologia per **flutter atriale a rapida conduzione ventricolare** cardiovertito farmacologicamente con amiodarone.

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Da circa una settimana, in concomitanza ad una sindrome simil-influenzale senza febbre ma con tosse scarsamente produttiva, comparsa di astenia marcata, dispnea da sforzo ingravescente, con 2 episodi di dispnea parossistica notturna associati a sudorazione profusa; nega dolore toracico. Riferisce inoltre aumento ponderale di circa 6 kg da Natale, lieve contrazione della diuresi e minima succulenza pretibiale.

Terapia domiciliare

LASIX 25 mg	1 cp x 2	ore 8-20
DILATREND 25 mg	1 cp x 2	ore 8-20
TRIA TEC 2,5 mg	$\frac{1}{2}$ cp x 2	ore 8-20
LANOXIN 0.125 mg	1 cp	ore 8
PANTOPAN 40 mg	1 cp	ore 8
SIVASTIN 20 mg	1 cp	ore 22
ZYLORIC 300 mg	$\frac{1}{2}$ cp	ore 13
TAVOR 2,5 mg	1 cp	ore 22
COUMADIN 5 mg	$\frac{3}{4}$ cp e ogni 5 gg 1 cp	ore 18

17

2/2/2011

Cognome e Nome _____

REPARTO CL MED 2

Letto N. _____

ESAME OBIETTIVO

NOTE GENERALI: Aspetto diminuito, che appare 65% Facies compunta, rubra
Decubito indifferente Sensorio integro
Stato di nutrizione normale di sanguificazione buono
Polso ritmico con numero stazionario; pelle perforata diger con veloci
Respiro lento e rapido in con e simmetrico
Temperatura eutermica Pressione arteriosa 120/80 mmHg
Mucose visibili rosa, umide, iperemio congiuntive livide Cute e annessi cute un po' secca,
integre, elastiche
Pannicolo adiposo normale representativo App. linfoghiandolare superf. nullo

Masse muscolari eutermiche, integre per sen ed che
Scheletro nullo

CAPO: Forma mesomorfo Mobilità conservata Punti dolenti assenti
Bulbi oculari in con, normale, sup ed co, co

simmetrico, alla linea Naso retto

Rima orale e labbra simmetrica, libera rosa Lingua normale, umida,
un po' impastata Dentatura in parte presente
Retrobocca libera iperemio del palato
Ghiandole salivari nullo

COLLO: Forma allungata Punti dolenti assenti

Tiroide non palpabile
Vasi sanguigni minimo torace piccolo, non soff. l/c

TORACE: Forma breve conica Mobilità conservata
Simmetria conservata Punti dolenti assenti

F.V.T. normalmente in UP

Altri reperti palpatori CA in vedi normalmente in

Suono plessico chiaro polmonare

Margini polmonari ben ox un po' pendente, in normale Respiro vescicolare in area abnormale

Rumori patologici fen rapiti della base

CUORE: Bocca precordiale

Tto puntale V: mobile e

palpitabile in 5° spazio dx

Altri impulsi

Area di ottusità ~~non~~ aumentata

Angolo epato cardiaco retto

Toni veloci, ritmici con T2

contiguo del T2 fino spartito in mesocardi e fascio polmonare

Rumori ptoici soffio diastolico 3/6 in mesocardi, 2/6 negli

altri fasci

ADDOME: Forma piana

Cicatrice ombelicale introflessa

Cicatrici chirurgiche sono illice dx

Reticoli venosi

Reperi palpatori trattabili, non

dolenti alla palpaz superf e prof, non messi, non soff

Reperi percussori nettimetimpanismo

Rumori peristaltici veloci

FEGATO: Area di ottusità nei limiti

Margine inferiore appena palpabile

all'ome dell'inservo

Zona colecistica Murphy neg

MILZA: Area di ottusità nei limiti

Reperi palpatori solo inf non palpabile

ARTI: AAII succulente periferie bilaterali**REGIONI LOMBARI E GENITALI ESTERNI:****SISTEMA NERVOSO:** Mobilità attiva compressione

Mobilità passiva congestive

Tono muscolare normale

Riflessi normalizzabili in 4 ore

non deficit da lato né da base né dei nervi crenali

Sensibilità conservate

Equilibrio e Coordinazione prove cerebellari neg

Psiche vigile, lucida, allucinate, orientato S/P