

SEMILOGIE MEDICALĂ PENTRU ASISTENȚI MEDICALI

SEMILOGIE MEDICALĂ PENTRU ASISTENȚI MEDICALI

Mihaela Vasile, Monica Moldoveanu

Copyright © 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 Editura **ALL**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

VASILE, MIHAELA

Semiologie medicală pentru asistenți medicali /

Mihaela Vasile, Monica Moldoveanu. – București:

Editura ALL, 2011

Bibliogr.

ISBN 978-606-587-012-3

I. Moldoveanu, Monica

616-07(075.8)

Toate drepturile rezervate Editurii **ALL**.

Nicio parte din acest volum nu poate fi copiată

fără permisiunea scrisă a Editurii **ALL**.

Drepturile de distribuție în străinătate aparțin editurii.

All rights reserved. The distribution of this book outside

Romania, without the written permission of **ALL**,

is strictly prohibited.

Copyright © 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 by **ALL**.

Editura **ALL**:

Bd. Constructorilor nr. 20A, et. 3,

sector 6, cod 060512 – București

Tel.: 021 402 26 00

Fax: 021 402 26 10

Distribuție: 021 402 26 30;

021 402 26 33

Comenzi: comenzi@all.ro

www.all.ro

Redactare: Dr. Bianca Vasilescu

Tehnoredactare: Liviu Stoica

Corectură: Mihaela-Violeta Dumitru

Design copertă: Alexandru Novac

DR. MIHAELA VASILE

DR. MONICA MOLDOVEANU

SEMILOGIE MEDICALĂ PENTRU ASISTENȚI MEDICALI

INTRODUCERE ÎN SEMIOLOGIE. DEFINIȚII

Semiologia este piatra fundamentală a diagnosticului. Informațiile anamnestice orientează, datele clinice fundamentează, iar datele de laborator confirmă diagnosticul.

Semiologia reprezintă o analiză, care se coroborează cu erudiția medicală, dublată de o cultură generală, respect față de bolnav, omenie, afectivitate, decență, etică, deontologie profesională și de respect față de cel care o practică.

Semiologia își propune să înarmeze atât medicul, cât și asistentul medical cu metode și tehnici de examinare a pacientului și, în același timp, cu mijloace și căi de a descoperi semnele și simptomele, de a le interpreta în mod corespunzător cu scopul de a aprecia corect și rapid diagnosticul clinic pentru a interveni eficient în sprijinul redobândirii sănătății pacientului/ameliorării acesteia.

Conform definiției dată de **OMS**, **sănătatea** este „acea stare de bine fizic, mintal și social complet și nu constă numai în absența bolii sau a infirmității“.

Și pentru a înțelege mai bine ce înseamnă sănătatea trebuie să înțelegem și ce este boala.

Conform *Dicționarului medical român*, **boala** reprezintă o „deviere de la starea de sănătate din cauza unor modificări ale mediului intern sau ale acțiunii unor agenți din mediul extern“ sau „este o deviație sau o abatere de la normal cu consecințe nedorite asupra confortului personal și activității sociale“.

Boala poate fi **acută** sau **cronică**.

Boala acută se caracterizează printr-un episod de durată destul de scurtă, la sfârșitul căruia pacientul își reia activitatea normală. În această perioadă, însă, el poate fi dependent de îngrijiri medicale sau infirmiere, în mod repetat.

Boala cronică este de lungă durată, generând incapacitatea permanentă, parțială sau totală, este o alterare organică sau funcțională, care obligă bolnavul să-și modifice modul său normal de viață și care persistă mai mult timp.

Boala sau sănătatea este constatată și confirmată de un medic, iar îngrijirile sunt acordate de asistenta medicală.

Medicul este acea persoană care a absolvit o facultate de medicină cu scopul de a promova sănătatea individului și a colectivității.

Asistenta medicală este acea persoană absolventă a unei școli postliceale sanitare, în a cărei pregătire profesională și caracter moral se regăsesc valorile acestei profesii, responsabilitatea fundamentală a ei având patru puncte cardinale:

1. să promoveze sănătatea;
2. să prevină boala;
3. să reinstaureze sănătatea;
4. să aline suferința.

Asistenta medicală nu trebuie să uite niciodată:

- să vorbească cu bolnavul;
- să dezbrace bolnavul;
- să îl examineze complet și corect;
- să nu se comporte ca un distribuitor de medicamente.

Anamneza și examenul clinic conferă actului medical acel caracter uman, realizând apropierea sufletească față de pacient, necesară în stabilirea diagnosticului, urmarea corectă a tratamentului, în recuperarea medicală și reintegrarea socio-profesională.

Pacientul este persoana care va fi supusă unui examen medical, unui tratament sau unei intervenții chirurgicale.

Examenele paraclinice reprezintă orice mijloc tehnic cu ajutorul căruia poate fi confirmat sau infirmat un diagnostic.

Definiția semiologiei

Semiologia este știința, parte a medicinei, care se ocupă cu descoperirea, descrierea și interpretarea semnelor și simptomelor care apar în evoluția diverselor boli, precum și a metodelor de a le pune în evidență. Totodată, ea cuprinde și tehnica examenului clinic.

Cu alte cuvinte, semiologia este știința care se ocupă cu studiul general al semnelor și al sistemelor de semne, în vederea precizării diagnosticului și prognosticului.

Pe scurt, semiologia medicală este disciplina care se ocupă cu descrierea și interpretarea *simptomelor* și *semnelor de boală*.

Etimologic, termenul „semiologie“ derivă din limba greacă: *semeion*, care înseamnă semn, și *logos*, care înseamnă știință, discurs.

Semiologia se folosește de simptome, semne și sindroame la care se adaugă investigațiile paraclinice care ar trebui să fie țintite pentru susținerea diagnosticului.

CAPITOLUL 1

UTILIZAREA TERMINOLOGIEI MEDICALE ÎN EFECTUAREA ANAMNEZEI

1.1. Semne, simptome și sindroame prin care se manifestă boala

1.1.1. Simptomul

Simptomul este o manifestare a bolii relatate de pacient în cursul anamnezei, ce are un caracter subiectiv și care este dependent de o serie de factori (percepție, cultură, nivel intelectual). Simptomul poate fi :

- **general** (de exemplu, durere, cefalee, amețeli);
- **local** (simptomele locale sunt relativ specifice unor sisteme anatomice, de exemplu, hepatalgie → ficat; disurie → aparat urinar; dispnee → aparat respirator).

El se mai numește și **semn funcțional** și este descris de către pacient în cursul interogatoriului luat de către medic sau asistenta medicală.

Simptomatologia reprezintă totalitatea simptomelor unei boli.

1.1.2. Semnul

Semnul este o manifestare **obiectivă** a bolii, pe care examinatorul o evidențiază în cadrul examenului clinic prin propriile simțuri.

Exemple sunt : icter, paloare, mărire de volum a abdomenului, bombarea unui hemitorace, sufluri, raluri, matitate etc.

Confruntarea simptomelor și a semnelor permite orientarea diagnosticului.

Distinsul clinician prof. dr. C. C. Dimitriu spunea că „simptomul aparține simțurilor, iar semnul aparține raționamentului“

1.1.3. Sindromul

Sindromul este un complex de simptome și semne care exprimă o stare ce poate fi legată de diferite boli și afecțiuni și nu de o anumită boală, dar care are un mecanism fiziopatologic comun – unitar.

Exemple sunt : sindrom icteric, sindrom febril, sindrom bronșitic, sindrom pleural etc.

1.2. Componentele anamnezei

1.2.1. Abordarea pacientului

Prima reacție a personalului medical la prezentarea în serviciul medical a unui pacient trebuie să fie de maximă înțelegere și atenție.

Este necesar ca pacientul să fie considerat „unic“, să i se acorde credibilitate, atât pentru a putea ajunge la un diagnostic corect, cât și pentru a stabili o relație eficientă și benefică între medic și pacient și între asistenta medicală și pacient.

Pe baza informațiilor obținute prin examenul clinic, a datelor investigațiilor paraclinice și, luând în considerare factorii de risc, pacientul este diagnosticat.

După diagnosticare, pacientul urmează procedurile de tratament și de îngrijire medicală.

Pacientul are nevoie de o evaluare minuțioasă și completă, efectuată de personal medical competent, care să arate interes și

atenție față de caz, care să câștige încrederea acestuia prin profesionalism și abordare etică, prin stabilirea unui diagnostic clar și a unui tratament eficient. Pacientul are nevoie de îngrijire medicală eficientă.

Această abordare a pacientului se sprijină pe ideea fundamentală că un pacient tratat corespunzător, căruia i se oferă sprijin, atenție și încredere va deveni un pacient mulțumit și, în ultimă instanță, un caz elucidat.

În final, trebuie să urmărim îndemnul hipocratic de a cerceta cele ce s-au întâmplat, să luăm la cunoștință de cele prezente și să încercăm să prevedem cele ce se vor întâmpla.

1.2.2. Foaia de observație

Foaia de observație (FO) reprezintă un document cu triplă semnificație: document medical și științific, medico-legal și contabil, care sintetizează datele relatate de pacient și cele constatate de medic, rezultatele investigațiilor paraclinice, atitudinea terapeutică adoptată, evoluția și prognosticul bolii.

FO este un **document medico-științific**, întrucât cuprinde datele personale ale pacientului, diagnosticul de internare, diagnosticul la 72 ore, diagnosticul de externare, ziua și ora internării, precum și datele de la externare.

FO poate fi un **document medico-legal** în diverse situații juridice cu care se pot confrunta atât pacientul sau familia acestuia, cât și personalul medical.

FO este un **document contabil** în vederea justificării cheltuielilor efectuate de spital pentru investigații și procedee de diagnostic, precum și pentru tratament.

FO trebuie redactată în termeni clari, simpli și preciși, păstrând o ordine riguroasă.

FO include:

- date antropometrice despre pacient;

- curba termică ;
- valoarea tensiunii arteriale (TA), alura ventriculară (AV), frecvența respiratorie, diureza, apetitul, scaunele etc.

FO are cinci părți :

- partea I – datele personale ale pacientului ;
- partea a II-a – anamneza ;
- partea a III-a – examenul obiectiv la internare ;
- partea a IV-a – foaia de evoluție și tratament ;
- partea a V-a – epicriza.

Partea I

Partea I a foii de observație – **datele personale ale pacientului** – cuprinde date de identificare ale pacientului : nume, vârstă, sex, adresă și număr de telefon, grup sangvin, stare civilă, locul de muncă și ocupația, data și ora internării, diagnosticul de trimitere și diagnosticul la internare.

Vârsta – poate da informații prețioase privind particularitățile unor boli, astfel :

- în copilărie predomină bolile infecto-contagioase (scarlatina, rujeola, rubeola, varicela, tusea convulsivă), boli congenitale, rahitismul etc. ;
- în adolescență predomină angina streptococică cu complicațiile ei (reumatismul poliarticular acut, glomerulonefrita difuză acută, cardita reumatismală), hepatita acută virală, tuberculoza pulmonară, boli hormonale legate de pubertate ;
- adulții pot avea orice patologie, unele fiind urmare a unor boli din copilărie (stenoza mitrală, insuficiența mitrală, insuficiența cardiacă), boli congenitale – hipertensiunea arterială esențială, anemii hemolitice, ulcerul gastroduodenal ; boli câștigate prin anumite obiceiuri, alimentație, alcool, fumat, stres : ulcer, colecistite, diabet zaharat, HTA, dis-

lipidemii, cardiopatia ischemică acută și cronică, hepatite acute virale sau cronice, boli venerice, HIV, hemopatii maligne, cancer etc. ;

- vârstnicii au o patologie specifică legată de ateroscleroză, lacunarism cerebral, accidente neurologice, reumatism degenerativ, emfizem pulmonar, cancere cu diferite localizări, infarct miocardic, boala Alzheimer.

Sexul – furnizează informații despre aspectele particulare morfo-fiziologice diferite la bărbați și femei, care pot determina boli ce apar exclusiv la femei sau la bărbați sau boli cu incidență mai crescută la unii sau la alții.

La femei predomină aspecte fiziologice legate de menarhă, graviditate și menopauză, precum și boli specifice lor : metroanexite, fibrom uterin, chisturi ovariene, cancerul de col și corp uterin ; mai frecvent apar stenoza mitrală, astmul bronșic, colecistite, litiaza biliară, colitele, infecțiile urinare, hipertiroidismul, tromboflebitele, lupusul eritematos diseminat, poliartrita reumatoidă, cancerul mamar etc.

La bărbați sunt caracteristice bolile organelor genitale masculine : orhiepididimita, adenomul și cancerul de prostată, cancerul testicular ; hemofiliile ; mai frecvent apar stenoza și insuficiența aortică, infarctul miocardic, cordul pulmonar cronic, bronșiectazia, ulcerul duodenal, guta, cancerul bronho-pulmonar, spondilita anchilozantă, tromboflebitele obliterante etc.

Domiciliul și locul nașterii – pot uneori furniza date despre anumite zone geografice cu patologii specifice.

Gușa endemică sau distrofia endemică tireopată – apare în anumite zone cu conținut scăzut de iod (munții Apuseni, Maramureș) ;

Nefropatia endemică balcanică – o nefrită tubulo-interstițială care apare mai ales în zona Dunării, la granița cu Bulgaria și Serbia (județele Mehedinți, Dolj, Caraș-Severin).

Talasemiile – anemii hemolitice congenitale care apar mai ales în Dobrogea, Delta Dunării și frecvent în Grecia.

Malaria – apăsarea mai ales în zonele mlăștinoase, unde era prezent țânțarul anofel, actual eradicat în România, dar boala este prezentă frecvent în țările Africii

Parazitozele tropicale (tripanostomiaza, filarioza), holera se mai întâlnesc și azi în țări din Asia și Africa.

Ocupația și locul de muncă – oferă date importante mai ales în cazul unor boli profesionale: minerii (silicoza, antracoza, silico-tuberculoza), muncitorii din industria morăritului – boli pulmonare, din industria solvenților organici – aplazii medulare etc.

Partea a II-a

Partea a II-a a foii de observație cuprinde anamneza: motivele internării, antecedente personale, condiții de viață și muncă și istoricul bolii.

Anamneza

Anamneza reprezintă totalitatea informațiilor pe care medicul le obține de la bolnav și însoțitorii acestuia pentru a le utiliza în vederea stabilirii diagnosticului.

Noțiunea provine din asocierea a două cuvinte grecești: *ana*, care înseamnă înapoi, din nou, și *mnesis*, care înseamnă memorie.

Anamneza este prima etapă în cadrul examinării clinice a bolnavului, reprezentând metoda prin care examinatorul obține date de la pacient (anturajul sau aparținătorii lui) cu privire la starea de sănătate și de boală, precum și mediul ambiental în care evoluează acesta.

Anamneza este foarte utilă în orientarea spre un diagnostic și ea depinde de experiența și, mai ales, de modul de abordare de către medic a pacientului și a anturajului. Uneori, o anamne-

ză corectă conduce rapid spre orientarea către diagnostic, acesta fiind necesar pentru tratamentul de urgență cum ar fi infarctul acut, intoxicațiile medicamentoase sau alimentare, ulcerul perforat, apendicita acută etc.

Surse de obținere a datelor anamnezei

Informațiile necesare pentru stabilirea diagnosticului în cadrul anamnezei se obțin de la :

- pacientul însuși ;
- aparținătorul sau anturajul lui ;
- dosarul medical sau alte documente medicale anterioare ale pacientului ;
- examenul clinic obiectiv ;
- buletine cu rezultatele analizelor de laborator ale pacientului ;
- documentele de trimitere ale bolnavului.

Nu se poate obține anamneza când :

- bolnavul este comatos ;
- bolnavul este surdomut ;
- bolnavul este orb ;
- bolnavul este oligofren sever ;
- bolnavul este sugar sau copil mic ;
- bolnavul nu dorește.

Metode de efectuare a anamnezei :

- **monologul (ascultarea) :** permite pacientului să-și exprime suferințele ; avantajele metodei sunt : examinatorul poate observa mimica, gestică în timpul în care pacientul își exprimă suferințele ; diminuează starea de tensiune între pacient și examinador când pacientul este lăsat să vorbească liber ; dacă acesta însă divaghează de la subiectul urmărit, trebuie să fie întrerupt politicos cu întrebări scurte (de exemplu, «de când a apărut ?»);

- **interogatoriul (interviul)**: examinatorul pune întrebări cu privire la suferințele acestuia; **întrebările** sunt: *închise* (cu răspuns scurt; da sau nu) și *deschise* (permit pacientului să răspundă prin fraze și să dezvolte subiectul respectiv);
- **observația**: ceea ce se percepe cu simțurile.

Motivele internării

Motivele internării cuprind toate semnele și simptomele relatate de pacient, pentru care acesta se prezintă la medic. Dar relatarea depinde de modul în care este chestionat pacientul și de cum traduce medicul cele relatate în termeni medicali.

Semnele și simptomele relatate de pacient vor fi grupate pe cât posibil pe aparate, având în vedere că pacientul poate avea o asociere de boli.

De exemplu – dureri precordiale, palpitații, dispnee după efort – ne orientează spre o boală cardiacă; tuse productivă, junghi toracic, febră – spre o infecție pulmonară; disurie, dureri lombare, frisoane, febră, urine tulburi – spre o infecție urinară.

Antecedentele pacientului

Antecedente personale fiziologice (APF)

Antecedentele personale fiziologice au importanță mare atât la copii, cât și la adulți. Aceste antecedente au importanță mai mare la femei.

- interesează numărul de sarcini și nașteri, tipul de naștere (prematură, natural), probleme din copilărie (condiții de locuit);
- la bărbați este importantă aflarea momentului instalării pubertății și tulburările apărute.
- sunt importante momentele genitale din viața femeii: **menarha** (aparitia primei menstruații; în mod normal, menar-

ha apare la aproximativ 12 ani; când apare după vârsta de 14 ani este pubertate întârziată cu cauze frecvente: endocrine, metabolice); **sucesiunea și regularitatea ciclului menstrual** (în mod normal, ciclul menstrual este la 28 de zile); **durata fluxului** menstrual (normal este de 3-5 zile), cantitate normală de sânge eliminat 150 – 175 ml per ciclu menstrual); **numărul de nașteri** (sarcini și împrejurări legate de acestea, numărul de copii născuți vii/decedați; nașteri normale/cezariene); **numărul de avorturi** și luna de sarcină în momentul avortului; cauze potențiale; **tulburări de ciclu menstrual**: **amenoree** (absența ciclului menstrual); **oligomenoree** (rare sau cantități scăzute); **hipermenoree** (abundent); **menoragie** (durata fluxului menstrual > 10 zile); **metroragie** (sângerări uterine în afara ciclului menstrual); **menopauza** (încetarea ciclului menstrual: fiziologică la 45-50 ani sau precoce < 45 ani (cauze *endocrine* – de exemplu, boli tiroidiene; *chirurgicale* – de exemplu histerectomie; *după radioterapie*).

Antecedente personale patologice (APP)

Se referă la toate bolile pe care le-au avut pacienții din copilărie și până în momentul internării, mai ales cele corelate cu motivele internării. Unele boli anterioare pot avea urmări în timp. De exemplu: scarlatina sau infecția streptococică poate determina glomerulonefrită acută (GNA) sau reumatism articular acut (RAA) cu cardită reumatismală, valvulopatii, insuficiență cardiacă.

- bolile și intervențiile chirurgicale pe care le-a prezentat pacientul în trecut;
- se menționează data apariției acestora;
- **boli infecțioase**: tuberculoză (TBC) pulmonară, rujeolă, rubeolă, varicelă, hepatită acută virală, angină streptococică, malarie;

- **boli cu transmitere sexuală**: gonoree, lues, infecție cu HIV (virusul imunodeficienței umane);
- **boli organice**: respiratorii, cardiace, hepatice;
- tipul și data în caz de intervenții chirurgicale, transfuzii, imunizări specifice.

Antecedente heredocolaterale (AHC)

- reprezintă informații despre afecțiunile rudelor și bolilor mai importante apărute în familie.

Obținerea antecedentelor heredocolaterale este o parte de rutină a asistenței medicale. Se obțin informații despre rudele de gradul I (părinți, frați, soți, copii), trebuie să cuprindă numele, prenumele, numele de fată (dacă este cazul), data nașterii sau vârsta actuală, vârsta la care au decedat rudele menționate în istoricul familial, cauza decesului și numele sau descrierea oricărei boli sau defect. Trebuie cercetate:

- bolile care se întâlnesc frecvent la membrii aceleiași familii = **agregare familială**, boli de care au suferit consangvinii pe linie maternă/paternă, decesul rudelor la vârste tinere; boli transmise prin contagiune intrafamilială indiferent de gradul de rudenie;
- **bolile care au transmitere ereditară** cum ar fi: microsferocitoza ereditară și alte anemii hemolitice, hemofilia, guta, diabetul insipid, rinichiul polichistic, sifilisul, infecția cu HIV etc.;
- **bolile cu predispoziție ereditară** cum ar fi: hipertensiunea arterială (HTA) esențială, litiaza biliară, diabetul zaharat tip II, ulcerul duodenal, neoplaziile, epilepsia, schizofrenia, obezitatea, dislipidemiile, cardiopatia ischemică, astmul bronșic etc.
- bolile care țin de **locul de coabitare și de muncă** în vederea depistării unor boli transmisibile sau contagioase numite **boli de coabitare** cum ar fi: tuberculoza la alți membri ai

familiei sau la colegi, alte boli contagioase recente : hepatită acută, varicelă, rujeolă, scarlatină, boli parazitare.

Condiții de viață și de muncă

Condiții de viață

Factorii de mediu, de la domiciliu și de la locul de muncă pot constitui elemente de risc pentru apariția și agravarea unor boli.

- **Locuința** – poate interveni în apariția sau agravarea unor boli preexistente prin condițiile pe care le oferă. De exemplu, o locuință insalubră, umedă sau cu praf, poate determina apariția rahitismului la copii și a tuberculozei, mai ales asociată cu o alimentație precară. De asemenea, praful, igrasia pot determina apariția și declanșarea astmului bronșic.
- **Alimentația** – intervine în mai multe momente ale vieții în apariția unor boli.
 - În copilărie, o **alimentație carentată**, mai ales în vitamine și proteine, poate determina apariția distrofiei, rahitismului sau a disproteinemiilor.
 - **Excesul de glucide și/sau lipide** poate determina apariția obezității, a diabetului zaharat, a dislipidemiilor și apoi a bolilor secundare lor : ateroscleroza, cardiopatia ischemică, HTA, accidente neurologice și boli osteoarticulare.
 - **Alimentația dezordonată**, fără orar fix și mai ales în prezența unor factori nocivi (fumat, alcool) pot determina apariția ulcerului gastroduodenal, gastritei, hepatopatiilor cronice, enterocolitelor.
- **Consumul de toxice** poate determina apariția și agravarea unor boli hepatice, hepatita cronică etanolică, boli gastrointestinale, cardiace (cardiomiopatia dilatativă), neurologice și psihice (delirium tremens).

- **Fumatul** are consecințe directe asupra tractului respirator superior sau chiar a celui inferior prin acțiunea cancerigenă a produșilor de ardere din tutun (gudroane, benzopiren) și apariția cancerului de buză, laringian, bronho-pulmonar și a altor boli respiratorii. Bronșitele cronice și astmul bronșic duc în timp la apariția altor boli de tipul cordului pulmonar cronic și a gastritelor cronice.
- **Abuzul de medicamente** – de somnifere, de droguri (morfină, halucinogene, amfetamine etc.), anticoncepționale, antiinflamatoare.

Condiții de muncă

- Uneori, în anumite condiții, **locul de muncă și profesia bolnavului** pot constitui cauze morbide pentru anumite boli. Din acest motiv, a luat naștere și specialitatea medicală *medicina muncii*, care a cunoscut o mare dezvoltare în ultimii ani. Cele mai cunoscute meserii cu factori nocivi sunt: mineritul, morăritul, industria de prelucrare a produșilor de benzină, a diluanților etc. Un factor nociv și recunoscut tot mai mult în ultimul deceniu este stresul.

Istoricul bolii

Istoricul bolii reprezintă modul și momentul în care a debutat boala sau bolile, din ce cauze, caracterul simptomelor, cum a evoluat în timp, cum a răspuns la diverse tratamente sau manevre.

Manifestările de boală relatate de pacient și evoluția acestora vor fi descrise în termeni medicali, istoricul bolii fiind decisiv în diagnosticul și atitudinea medicului pentru terapie.

Punctele care se urmăresc în istoricul bolii

- **Analiza simptomelor prezente :**
 - **data de debut ;**
 - **modul de debut : brusc** (*acut* – în boli acute ; de exemplu, pneumonia acută ; *paroxistic* – în plină sănătate