

Sub redacția
Prof. dr. **Ion I. BRUCKNER**

Tratat de **MEDICINĂ INTERNĂ**

VOL. 1



EDITURA MEDICALĂ
București, 2024

Cuprins

| | |
|--|----|
| Partea I ELEMENTE GENERALE – coordonator Ion I. Bruckner | 1 |
| Capitolul 1 – Medicina și etica actului medical – Ion I. Bruckner | 1 |
| Capitolul 2 – Contactul direct cu pacientul. Anamneza și examenul fizic. Logica diagnostică – Ion I. Bruckner | 7 |
| Capitolul 3 – Farmacologie clinică – Ion Fulga | 13 |
| Studiul clinic | 15 |
| Etica cercetării clinice în domeniul medicamentului | 15 |
| Organizarea studiilor clinice | 16 |
| Tipuri de studii clinice | 18 |
| Criterii de includere a bolnavilor în studiul clinic | 20 |
| Criterii de neinclușdere în studiul clinic | 21 |
| Criterii de excludere din studiul clinic | 22 |
| Parametri utilizați în studiile clinice | 23 |
| Prelucrarea statistică a rezultatelor | 25 |
| Factori de deviere a rezultatelor | 28 |
| Cercetarea eficacității clinice a medicamentelor | 38 |
| Cercetarea siguranței clinice a medicamentelor | 41 |
| Farmacocinetica clinică | 44 |
| Evaluarea studiilor clinice | 46 |
| | |
| Partea a II-a BOLILE APARATULUI RESPIRATOR – coordonator Florin Dumitru Mihălțan | 51 |
| Capitolul 1 – Evaluarea pacientului pulmonar – Marica Constantin, Beatrice Mahler | 51 |
| Evaluarea clinică | 51 |
| Evaluarea paraclinică | 55 |
| Capitolul 2 – Bronhopneumopatia obstructivă cronică – Ruxandra Ulmeanu, Emanuela Tudorache | 61 |
| Definiție | 61 |
| Epidemiologie | 62 |
| Fiziopatologie | 62 |
| Morfopatologie | 64 |
| Diagnostic | 64 |
| Diagnostic diferențial | 72 |
| Tratament | 73 |
| Evoluție. Complicații. Prognostic | 84 |
| Profilaxie | 85 |
| Capitolul 3 – Astmul bronșic – Roxana Maria Nemeș | 89 |
| Definiție | 89 |

| | |
|---|-----|
| Epidemiologie | 89 |
| Etiologie și patogenie | 89 |
| Diagnostic | 92 |
| Diagnostic diferențial | 95 |
| Tratament medical | 96 |
| Exacerbarea astmului | 99 |
| Evaluare preoperatorie | 101 |
| Capitolul 4 – Pneumonia – Cristian Iulian Oancea, Diana Luminița Manolescu, Voicu Mircea Tudorache | 103 |
| Definiție | 103 |
| Epidemiologie | 103 |
| Patogenie | 104 |
| Anatomie patologică. Histologie | 107 |
| Simptomatologie | 108 |
| Evaluarea severității pneumoniilor | 109 |
| Explorări paraclinice | 112 |
| Diagnostic pozitiv | 119 |
| Diagnostic diferențial | 120 |
| Tratament | 121 |
| Situații clinice particulare | 125 |
| Evoluție, prognostic, complicații | 130 |
| Monitorizarea terapeutică și postterapeutică | 131 |
| Profilaxie | 132 |
| Capitolul 5 – Abcesul pulmonar și gangrena pulmonară – Voicu Mircea Tudorache, Ștefan Marian Frenț | 135 |
| Definiție | 135 |
| Epidemiologie | 135 |
| Etiologie | 136 |
| Patogenie | 136 |
| Morfopatologie | 136 |
| Simptomatologie | 137 |
| Explorări paraclinice | 138 |
| Diagnostic pozitiv | 140 |
| Diagnostic diferențial | 141 |
| Tratament | 141 |
| Evoluție, prognostic, complicații | 143 |
| Capitolul 6 – Bronșiectaziile non-fibroză chistică – Voicu Mircea Tudorache, Ștefan Marian Frenț | 145 |
| Definiție | 145 |
| Epidemiologie | 145 |
| Etiologie | 145 |
| Patogenie | 146 |
| Morfopatologie | 147 |
| Simptome și semne | 147 |
| Examene paraclinice | 149 |
| Diagnostic pozitiv | 153 |
| Diagnostic diferențial | 153 |

| | |
|--|------------|
| Evoluție. Complicații. Prognostic | 154 |
| Tratament | 156 |
| Capitolul 7 – Embolia pulmonară – Ruxandra-Mioara Râjnoveanu | 161 |
| Definiție. Cadru nosologic..... | 161 |
| Epidemiologie | 161 |
| Etiopatogenie, fizipatologie, morfopatologie | 162 |
| Tablou clinic | 168 |
| Diagnostic | 170 |
| Diagnostic diferențial..... | 175 |
| Tratament | 175 |
| Evaluare prognostică. Complicații. Mortalitate..... | 177 |
| Externarea precoce și tratamentul în ambulatoriu..... | 179 |
| Capitolul 8 – Pneumopatiile interstițiale difuze. Fibroza pulmonară idiopatică – Claudia Lucia Toma, Ionela Nicoleta Belaconi, Miron Alexandru Bogdan.. | 181 |
| Epidemiologie | 182 |
| Patogenie | 182 |
| Manifestări clinice | 184 |
| Diagnostic | 184 |
| Diagnostic diferențial..... | 188 |
| Tratament | 190 |
| Complicații..... | 192 |
| Evoluție și prognostic..... | 193 |
| Concluzii | 193 |
| Capitolul 9 – Tuberculoza – Beatrice Mahler..... | 197 |
| Fiziopatologia și imunologia tuberculozei..... | 197 |
| Epidemiologia tuberculozei | 199 |
| Infecția tuberculoasă latentă | 200 |
| Tuberculoza secundară | 204 |
| Capitolul 10 – Sarcoidoza – Irina Strâmbu, Ana Constantin, Samuel Bodoarcă | 227 |
| Scurt istoric..... | 227 |
| Definiție | 227 |
| Epidemiologie..... | 228 |
| Etiologie | 228 |
| Manifestări clinice | 229 |
| Investigații paraclinice utile pentru diagnostic | 231 |
| Diagnostic pozitiv..... | 238 |
| Diagnostic diferențial..... | 239 |
| Tratament | 240 |
| Ghidurile în sarcoidoză | 242 |
| Concluzii | 242 |
| Capitolul 11 – Cancerul bronhopulmonar – Laura Mazilu, Doina-Ecaterina Tofolean..... | 247 |
| Definiție. Cadru nosologic..... | 247 |
| Epidemiologie. Incidență. Mortalitate | 247 |
| Etiologie și patogenie..... | 249 |
| Simptomatologie și diagnostic clinic..... | 252 |
| Diagnostic paraclinic..... | 253 |

| | |
|--|------------|
| Diagnostic pozitiv..... | 255 |
| Diagnosticul diferențial..... | 255 |
| Tratament | 255 |
| Urmărirea pacienților cu CBP | 258 |
| Capitolul 12 – Insuficiența respiratorie – Ștefan Dumitrache-Rujinski, Florin Dumitru Mihălțan..... | 261 |
| Definiții. Clasificare..... | 261 |
| Mecanisme de producere. Fiziopatologie..... | 263 |
| Etiologie..... | 267 |
| Simptomatologie. Diagnostic pozitiv și diferențial..... | 268 |
| Complicații..... | 271 |
| Tratament | 275 |
| Tratamentul insuficienței respiratorii în situații particulare. Monitorizarea la domiciliu | 278 |
| Capitolul 13 – Deficitul de alfa-1 antitripsină – Ruxandra Ulmeanu, Ana-Maria Zaharie..... | 283 |
| Definiție. Cadru nosologic..... | 283 |
| Epidemiologie..... | 283 |
| Etiologie și patogenie..... | 283 |
| Simptomatologie | 285 |
| Diagnostic | 285 |
| Diagnostic diferențial..... | 286 |
| Tratament medical..... | 287 |
| Tratament chirurgical..... | 287 |
| Complicații. Prognostic | 287 |
| Supravegherea pacientului | 288 |
| Capitolul 14 – Sindromul de apnee în somn – Florin Dumitru Mihălțan, Valentin-Caius Coșei, Mihaela Oros | 289 |
| Definiții. Clasificări. Cadru nosologic | 289 |
| Sindromul de apnee în somn de tip obstructiv (SASO)..... | 290 |
| Sindromul de apnee în somn de tip central (SASC) | 296 |
| SASO și sindromul de obezitate-hipoventilație (SOH)..... | 298 |
| Capitolul 15 – Tabagismul cronic – Florin Dumitru Mihălțan, Corina Ioana Borcea | 301 |
| Aspecte generale | 301 |
| Definiții | 301 |
| Epidemiologie | 302 |
| Etiologie și patogenie..... | 302 |
| Diagnosticul tulburării legate de consumul de tutun..... | 303 |
| Consecințe fizice și psihice..... | 306 |
| Management | 308 |
| Tratament medical..... | 308 |
| Tratament cognitiv-comportamental..... | 309 |
| Capitolul 16 – Revărsatele pleurale – Floarea Mimi Nițu, Mihai Olteanu, Mădălina Olteanu..... | 313 |
| Definiție. Cadru nosologic..... | 313 |
| Fiziopatologia acumulării de lichid în spațiul pleural..... | 314 |

| | |
|---|------------|
| Etiologia revărsatelor pleurale..... | 314 |
| Diagnostic | 315 |
| Pleureziile neoplazice | 320 |
| Pleureziile de cauză infecțioasă | 322 |
| Pleurezia din tromboembolismul pulmonar | 328 |
| Pleurezii în boli de collagen | 329 |
| Pleurezii de cauză subdiafragmatică | 329 |
| Alte cauze rare de pleurezii | 331 |
| Capitolul 17 – Tumori mediastinale – Ariadna Petronela Fildan, Doina-Ecaterina Tofolean..... | 333 |
| Introducere | 333 |
| Epidemiologie | 333 |
| Etiologie și patogenie..... | 333 |
| Simptomatologie | 335 |
| Diagnostic | 336 |
| Tratament medical..... | 339 |
| Tratament chirurgical..... | 339 |
| Complicații. Prognostic | 339 |
| Supravegherea pacientului | 339 |
| Partea a III-a – BOLILE CARDIOVASCULARE – coordonator Ion I. Bruckner | 343 |
| Capitolul 1 – Aparatul cardiovascular. Noțiuni de structură și funcție – | |
| Ion I. Bruckner | 343 |
| Date de morfologie macroscopice și microscopice..... | 343 |
| Date de fiziologie | 348 |
| Capitolul 2 – Explorarea aparatului cardiovascular – Ion I. Bruckner, Adriana Luminița Gurghean..... | 353 |
| Examenul clinic | 353 |
| Electrocardiograma..... | 354 |
| Tehnici imagistice..... | 356 |
| Biomarkeri | 360 |
| Capitolul 3 – Insuficiența cardiacă – Ion I. Bruckner | 361 |
| Definiție. Clasificări | 361 |
| Epidemiologie. Etiopatogenie | 362 |
| Fiziopatologie | 364 |
| Tablou clinic și diagnostic al insuficienței cardiace cronice..... | 367 |
| Evaluarea pacientului cu insuficiență cardiacă | 371 |
| Tratamentul insuficienței cardiace..... | 373 |
| Insuficiența cardiacă acută | 383 |
| Capitolul 4 – Șocul – Gabriela Silvia Gheorghe..... | 393 |
| Definiție | 393 |
| Epidemiologie | 393 |
| Etiologie și patogenie..... | 393 |
| Simptomatologie | 403 |
| Diagnostic | 403 |
| Diagnosticul diferențial al șocului | 414 |

| | |
|---|------------|
| Principii de tratament medical | 415 |
| Prognostic | 418 |
| Capitolul 5 – Cardiomiopatiile cronice – Ion I. Bruckner..... | 423 |
| Cardiomiopatia hipertrofică (CMH) | 423 |
| Cardiomiopatia dilatativă (CMD) | 428 |
| Cardiomiopatiile restrictive (CMR) | 432 |
| Displazia aritmogenă de ventricul drept..... | 434 |
| Capitolul 6 – Aritmiile – Ion I. Bruckner..... | 437 |
| Sistemul excitoconductor. Anatomie și fiziologie..... | 437 |
| Mecanismele apariției aritmiilor | 440 |
| Diagnostic | 442 |
| Tratament | 444 |
| Principalele aritmii..... | 447 |
| Capitolul 7 – Hipertensiunea arterială – Oana Florentina Gheorghe-Fronea, Maria Dorobanțu | 469 |
| Definiție | 469 |
| Epidemiologie | 469 |
| Etiopatogenie..... | 470 |
| Evaluarea clinică a pacientului hipertensiv | 477 |
| Diagnostic | 479 |
| Tratamentul hipertensiunii arteriale..... | 491 |
| Concluzii | 499 |
| Capitolul 8 – Boala cardiacă ischemică | 511 |
| 1. Cardiopatia ischemică nedureroasă și angina instabilă – Mircea N. . Bajdechi, Ion I. Bruckner | 511 |
| Cardiopatia ischemică nedureroasă..... | 511 |
| Angina instabilă | 512 |
| 2. Sindromul coronarian cronic – Mircea N. Bajdechi, Ion I. Bruckner..... | 537 |
| Definiție. Cadru nosologic..... | 537 |
| Epidemiologie | 538 |
| Etiologie și patogenie..... | 538 |
| Simptomatologie | 539 |
| Diagnostic | 541 |
| Diagnostic diferențial..... | 548 |
| Tratament | 549 |
| Revascularizarea miocardică..... | 554 |
| Medicația metabolică de suport energetic | 556 |
| Complicații și prognostic..... | 557 |
| Supravegherea pacientului | 558 |
| Alte forme clinice ale bolii cardiace ischemice | 559 |
| 3. Infarctul miocardic acut – Cătălina Mariana Arsenescu Georgescu, Larisa Anghel, Ionuț-Valentin Șimon, Liviu Macovei | 563 |
| Definiție. Cadru nosologic..... | 563 |
| Epidemiologie..... | 563 |
| Etiologie și patogenie..... | 564 |
| Simptomatologie (subiectivă, obiectivă)..... | 565 |
| Diagnostic | 566 |

| | |
|---|------------|
| Diagnostic diferențial..... | 569 |
| Tratament medical..... | 570 |
| Tratament chirurgical..... | 584 |
| Complicații. Prognostic..... | 584 |
| Supravegherea pacientului..... | 590 |
| Capitolul 9 – Bolile valvulare – Ioan Tiberiu Nanea..... | 595 |
| Stenoza aortică..... | 595 |
| Etiologie și morfologie..... | 595 |
| Fiziopatologie..... | 595 |
| Simptomatologie..... | 596 |
| Examen fizic..... | 597 |
| Investigații paraclinice..... | 598 |
| Forme clinice..... | 603 |
| Diagnostic diferențial..... | 604 |
| Tratament medicamentos..... | 605 |
| Tratament chirurgical..... | 605 |
| Prognostic și complicații..... | 606 |
| Supravegherea pacientului..... | 606 |
| Insuficiența aortică..... | 607 |
| Epidemiologie..... | 607 |
| Etiologie și morfologie..... | 608 |
| Fiziopatologie..... | 608 |
| Simptomatologie..... | 609 |
| Examen obiectiv..... | 610 |
| Parametri paraclinici..... | 611 |
| Diagnostic pozitiv..... | 619 |
| Diagnostic diferențial..... | 620 |
| Tratament medicamentos..... | 620 |
| Tratament chirurgical..... | 620 |
| Complicații..... | 621 |
| Supravegherea pacientului..... | 621 |
| Stenoza mitrală..... | 622 |
| Etiologie..... | 622 |
| Epidemiologie..... | 622 |
| Anatomie patologică..... | 622 |
| Fiziopatologie..... | 623 |
| Simptomatologie..... | 623 |
| Examen fizic..... | 624 |
| Explorări paraclinice..... | 625 |
| Complicații..... | 630 |
| Diagnostic diferențial..... | 631 |
| Tratament medicamentos..... | 632 |
| Tratament chirurgical..... | 632 |
| Evoluție. Prognostic..... | 633 |
| Insuficiența mitrală..... | 634 |
| Epidemiologie..... | 634 |

| | |
|--|------------|
| Etiopatogenie..... | 634 |
| Clasificare în relație cu principiul chirurgical terapeutic | 635 |
| Fiziopatologie | 636 |
| Simptomatologie | 637 |
| Examen fizic. Diagnostic clinic | 637 |
| Diagnostic paraclinic..... | 637 |
| Diagnostic diferențial..... | 641 |
| Tratament medicamentos..... | 641 |
| Tratament chirurgical..... | 642 |
| Complicații. Prognostic. Supravegherea pacientului..... | 643 |
| Prolapsul valvei mitrale..... | 643 |
| Cauze, epidemiologie și anatomie patologică | 643 |
| Simptomatologie | 645 |
| Examen fizic | 646 |
| Date paraclinice | 646 |
| Tratament | 647 |
| Complicații și prognostic..... | 648 |
| Capitolul 10 – Endocardita infecțioasă – Adriana Ilieșiu, Mihai Grigore..... | 649 |
| Definiție și epidemiologie | 649 |
| Etiologie și patogenie..... | 649 |
| Manifestări clinice | 652 |
| Investigații paraclinice | 654 |
| Criterii de diagnostic..... | 658 |
| Complicații și prognostic..... | 661 |
| Tratament | 663 |
| Forme speciale de EI..... | 670 |
| Profilaxie..... | 672 |
| Capitolul 11 – Pericarditele – Gabriel Ungureanu, Mariana Floria | 677 |
| Definiție | 677 |
| Epidemiologie | 678 |
| Etiopatogenie..... | 678 |
| Simptomatologie | 681 |
| Diagnostic | 681 |
| Diagnostic diferențial | 694 |
| Tratament medical..... | 697 |
| Tratament chirurgical..... | 702 |
| Complicații. Prognostic | 703 |
| Supravegherea pacientului | 704 |
| Capitolul 12 – Bolile aortei – Ion I. Bruckner..... | 707 |
| Elemente de morfologie și funcție..... | 707 |
| Aneurismele aortei | 708 |
| Disecția aortei..... | 711 |
| Alte boli ale aortei | 714 |
| Capitolul 13 – Bolile arterelor periferice – Ciprian Rezuș, Codruța Bădescu | 717 |
| 1. Bolile arterelor carotide..... | 717 |

| | |
|--|-----|
| Definiție | 717 |
| Epidemiologie | 718 |
| Etiologie și patogenie..... | 718 |
| Simptomatologie | 719 |
| Diagnostic | 719 |
| Diagnostic diferențial..... | 721 |
| Tratament medical | 721 |
| Tratament chirurgical..... | 721 |
| Complicații și prognostic..... | 723 |
| Supravegherea pacientului | 723 |
| 2. Bolile arterelor mezenterice | 724 |
| Ischemia mezenterică acută | 725 |
| Ischemia mezenterică cronică..... | 728 |
| 3. Bolile arterelor renale | 731 |
| Definiție | 731 |
| Epidemiologie | 731 |
| Etiologie și patogenie..... | 731 |
| Simptomatologie | 732 |
| Diagnostic | 732 |
| Diagnostic diferențial..... | 734 |
| Tratament medical..... | 734 |
| Tratament chirurgical..... | 735 |
| Complicații și prognostic..... | 735 |
| Supravegherea pacientului | 736 |
| 4. Bolile arterelor membrelor | 737 |
| Arteriopatia periferică cronică a membrelor inferioare..... | 737 |
| Sindromul de ischemie acută periferică | 753 |
| Bolile arterelor membrelor superioare..... | 759 |
| Boala arterială cu localizări multiple..... | 762 |
| Afecțiuni cardiace la pacienții cu boală arterială periferică | 762 |
| 5. Arteriopatiile nonaterosclerotice..... | 764 |
| Trombangeita obliterantă (boala Buerger) | 764 |
| Sindromul Raynaud și boala Raynaud..... | 768 |
| Acrocianoza | 770 |
| Livedo reticularis..... | 770 |
| Eritermalgia | 770 |
| Arterita cu celule gigante..... | 771 |
| Capitolul 14 – Boala venoasă periferică – Vlad Pădureanu, Ion I. Bruckner | 775 |
| Varicele | 775 |
| Tablou clinic..... | 776 |
| Diagnostic | 776 |
| Tratament | 776 |
| Tromboflebita superficială | 777 |
| Tromboza venoasă profundă | 778 |
| Epidemiologie..... | 778 |
| Factori de risc..... | 779 |

| | |
|---|------------|
| Manifestări clinice | 780 |
| Investigații paraclinice | 782 |
| Diagnostic diferențial | 784 |
| Tratament | 785 |
| Profilaxia trombozei venoase..... | 788 |
| Tromboza venoasă a extremităților superioare | 790 |
| Sindromul posttrombotic..... | 790 |
| Capitolul 15 – Hipertensiunea arterială pulmonară – Adriana Luminița Gurghean, Ionela Raluca Murarețu..... | 795 |
| Definiție | 795 |
| Clasificare..... | 795 |
| Epidemiologie și aspecte genetice..... | 798 |
| Diagnostic | 800 |
| Diagnostic paraclinic | 801 |
| Tratament | 818 |

Partea I – ELEMENTE GENERALE

Coordonator Ion I. Bruckner

CAPITOLUL 1

MEDICINA ȘI ETICA ACTULUI MEDICAL

Ion I. Bruckner

Medicina este una dintre cele mai vechi ocupații din istoria omenirii. Alături de procurarea hranei (indiferent de mijloace – vânători sau culegători) și de asigurarea adăpostului, îngrijirea membrilor suferinzi ai grupului este o preocupare existentă și la maimuțele antropoide și, deci, și la omul primitiv. Medicina a evoluat de-a lungul timpului de la practici vrăjitorești, cu observarea efectelor benefice ale unor proceduri sau ale unor plante (sau extracte primitive), până la știința de astăzi. Desigur, cel mai rapid progres a fost cel din ultimii 150 de ani, paralel cu progresul chimiei, bacteriologiei, fizicii etc. Indiferent de acest progres însă medicina a avut de la începuturi ca o componentă importantă compasiunea, iar îngrijirea în aceste condiții a pus de la începuturi probleme de etică. Aceasta a dus probabil și la discuția *medicina știință și medicina artă*.

Știința medicală a existat la nivelul științei în general, din primele epoci, dar a devenit dominantă, cu toate caracterele științei – în primul rând, confirmarea teoriilor prin observație și experiment – în ultimul secol. Anticii aveau fără îndoială, cunoștințe de anatomie, practicau disecții. Evul mediu a preluat medicina antichității, a adăugat unele observații empirice, iar Renașterea a asistat la o dezvoltare rapidă a anatomiei. Inventarea microscopului a permis intrarea în lumea celulei și descoperirea bacteriologiei. Dezvoltarea fizicii și chimiei, impunerea metodei experimentale au dus la dezvoltarea fiziologiei și la apariția medicinei moderne. Ultimul secol a adus medicina științifică la nivelul practicii de astăzi.

Medicina artă a existat de la începuturi și s-a referit în primul rând la îngrijire, la compasiune și la respectarea unor principii de etică. Acestea au fost prima oară sistematizate în urmă cu aproximativ 2 500 de ani în jurământul lui Hipocrate (redactat în jurul anului 400 î.Hr.), primul îndrumar al modului în care trebuie să se comporte un medic în practica sa. Dintre problemele de etică abordate, unele, cum ar fi: confidențialitatea, eutanasia, avortul etc., sunt valabile sau discutate și astăzi. De altfel, în alte scrieri ale lui Hipocrate se găsesc și alte îndrumări etice. Desigur, sunt și recomandări privind relațiile între medici, între maestru și elevul său, care ar trebui, chiar dacă este mai dificil, acceptate și astăzi. Medicina artă comportă însă mai mult decât niște principii de etică, ea implică și relaționarea cu pacientul, individul bolnav care își pune un bun personal foarte prețios, sănătatea, în mâinile medicului.

Evoluția medicinei și tehnicizarea ei, volumul mare de cunoștințe în biologie, facilitatea informării pacienților în zilele noastre (chiar dacă unele informații din mass-media sau internet sunt cel puțin discutabile) au modificat, au amplificat problemele de etică medicală. Predominanța bolilor cronice, boli deseori nevindecabile și care necesită un tratament permanent, impun o educație sistematică a pacientului, care ridică și ea probleme de etică. Pacientul devine un partener în îngrijire, cu preferințe proprii, care trebuie să participe în luarea hotărârilor ce îl privesc. Medicina și-a pierdut caracterul paternalist – medicul decide singur, ca un tată, ceea ce trebuie făcut – și a devenit sau a căpătat (ar trebui să capete) un caracter de asociere între doi parteneri cu drepturi egale, între care unul este mai informat și are obligația de a-l informa corect și pe celălalt, dar decizia trebuie să fie comună.

Această schimbare a relației medic-pacient nu trebuie să afecteze încrederea pe care ea se bazează. Pacientul încredințează medicului (sau îi cere ajutorul și sfatul pentru) unul din elementele fundamentale ale existenței sale – sănătatea. El ar trebui să o facă cu deplina încredere că medicul va face tot ceea ce poate și știe ca să îl ajute. Medicul trebuie să răspundă corespunzător acestei încrederi. Din acest motiv, relația medic-pacient este cu totul specială și orice fragilizare a ei dăunează în primul rând pacientului. Pe de altă parte, pacientul nou, cel care vine pentru prima oară în contact cu medicul, este, chiar dacă nu vizibil speriat, foarte greu de tratat ca un partener egal și simte nevoia unei atitudini puțin paternaliste, care cuprinde și educație.

Dintre preceptele hipocrateice, câteva sunt valabile și astăzi.

Secretul medical, respectiv obligația medicului de a nu divulga unui terț date despre pacientul său sau ce a aflat în legătură cu acesta sau familia lui; este o îndatorire fundamentală recunoscută în toată lumea. În marile studii, datele care permit identificarea pacienților sunt oculte, chiar dacă datele medicale sunt publice. În comunicări științifice nu trebuie să apară elemente care să permită identificarea eventuală a persoanei (nume, fotografii, inițiale, etc). Acest principiu poate fi și uneori trebuie încălcat, numai atunci când în cursul activității, medicul descoperă fapte antisociale grave (crima) și numai la solicitarea organelor de anchetă.

Un alt principiu hipocrateic este prioritatea de *a nu face rău prin acțiuni medicale*, chiar bine intenționate, (cunoscut în forma latină „*primum non nocere*”).

În condițiile moderne, acest principiu capătă o mult mai importantă valoare. Dacă în medicina clasică existau posibilități relativ limitate de a administra deliberat o substanță (cu excepția unei intenții criminale) sau a efectua o procedură care să facă un rău major, în medicina modernă cu imensul armamentarium de substanțe active, cu multiple efecte secundare și interacțiuni, la pacienți cu multiple boli crește riscul unor efecte negative uneori severe, apărute din culpă, nu cu intenție. Același lucru poate fi spus și despre procedurile chirurgicale sau invazive. Aceasta a dus la introducerea extensivă a noțiunii de risc cu definirea unor categorii aflate la risc și calcularea a variate scoruri de risc. Acestea trebuie să aibe un singur obiectiv – să permită selectarea procedurii sau tratamentului cel mai adecvat, cu beneficiu cât mai mare și risc cât mai mic. Niciodată riscul nu trebuie să depășească un beneficiu potențial. Pe de altă parte, scorurile sunt informații statistice, nu anulează riscul și orice act medical (diagnostic sau terapeutic) comportă un risc.

Federația Europeană de Medicină Internă (Societatea Română de Medicină Internă este membră a Federației) a adoptat trei principii fundamentale de practică medicală:

- binele pacientului este regula fundamentală a practicii
- pacientul este autonom
- practica medicală respectă dreptatea socială.

Primul principiu respectă regula hipocratică de a nu face rău. Aceasta înseamnă că nu trebuie asumate riscuri inutile, că orice gest medical, investigație sau tratament trebuie să vizeze binele pacientului și sub nici o formă un interes (material, științific sau de altă natură) al medicului. Referindu-ne la investigații, acestea trebuie să urmărească o modificare de atitudine medicală, diagnostică sau terapeutică, și nu curiozitatea sau protecția medicului.

Autonomia pacientului statuează că acesta are dreptul final de decizie, el nu este obligat să urmeze o indicație a medicului (un tratament sau o investigație). Pacientul este stăpân pe corpul său și deci, poate decide dacă acceptă sau nu, o manevră asupra sa. Medicul poate să îl sfătuiască, să îl informeze cât mai complet, dar decizia finală aparține pacientului. Pacientul pune ceva prețios, sănătatea sa, în mâinile medicului, dar își păstrează autonomia de a decide asupra sa.

Respectarea dreptății sociale privește relația medicului cu pacientul în cadrul general al societății. Într-o societate democratică, corectă (poate ideală), accesul tuturor cetățenilor la serviciile de sănătate trebuie să fie egal, nevicinat de considerente politice, financiare sau de altă natură.

Este evident că primele două principii depind în primul rând de medic și nerespectarea lor poate duce la acuzații de malpraxis.

Ca expresie formală a acestor principii s-a introdus consimțământul informat. Aparent introdus la noi în țară odată cu participarea la marile studii multicentrice, existent în alte țări de mulți ani, consimțământul pacientului la efectuarea unui act medical este menționat din antichitate, dar nu sub un aspect formal, scris. Actualmente legislația română cere consimțământ informat scris și semnat pentru orice act medical. Desigur acceptarea internării în spital presupune și acceptarea unor manevre medicale uzuale (inclusiv prelevare de analize) pentru care pacientul

semnează un consimțământ, dar orice manevră, chiar minimal invazivă, necesită un consimțământ special. Problema consimțământului informat este informația. Principial, pacientul trebuie să aibe o informație completă, să o înțeleagă, să aibe capacitatea de a decide liber și să ia decizia pe care o dorește. Fiecare dintre aceste elemente ridică probleme speciale.

Informația completă trebuie dată de medic (în relația sa directă cu pacientul) și nu să provină de pe internet, din prospecte sau de la alte persoane. Evident, pacientul are dreptul să ceară orice lămuriri, inclusiv cele legate de informații obținute din alte surse. Teoretic, informația trebuie să fie completă, dar să poată fi dată, eventual cu argumente cifrice, într-un timp limitat. Toate elementele de risc ale unui tratament sau manevre, ar trebui menționate ca și consecințele abținerii de la respectiva manevră sau respectivul tratament. Unele riscuri rare și care nu pun în pericol viața sau calitatea vieții după actul medical pot fi eventual omise. Acest aspect al consimțământului informat va fi întotdeauna subiect de discuție, gradul de complexitate al informației oferite fiind în final o evaluare subiectivă, deși s-au oferit felurite „standarde“.

Înțelegerea informației oferite depinde de gradul de cultură al pacientului și de modul de prezentare al medicului. Acesta din urmă trebuie să folosească un limbaj inteligibil pacientului, în nici un caz un jargon profesional cu termeni pe care cel din urmă nu îi cunoaște sau cărora le poate da eventual altă semnificație. Dezvoltarea unui limbaj al specialității, uneori de neînțeles pentru medici din alte specialități, face ca medicii să utilizeze din grabă, termeni pe care un pacient, chiar cu un nivel bun de cunoștințe, să nu îi înțeleagă. Limbajul folosit trebuie să corespundă nivelului de cunoaștere al pacientului. Verificarea gradului de înțelegere a informației ar trebui să facă parte obligatoriu din discuția cu pacientul, dar reprezintă un element deosebit de dificil, deoarece deseori, pentru a evita o situație penibilă de neînțelegere sau pentru a face plăcere medicului, pacientul poate spune că a înțeles elemente sau argumente care îi sunt complet străine.

Capacitatea de luare a unei decizii, ca și cea de înțelegere a informației sunt legate de nivelul de conștientă al pacientului. Boala însăși, tratamentele, dezvoltarea intelectuală pot diminua capacitatea de înțelegere și pe cea de a lua o decizie. În condiții în care medicul apreciază o asemenea situație, este obligatorie antrenarea familiei celei mai apropiate în acest proces. De altfel posibilitatea de acuzație de malpraxis în situații cu deznodământ incert obligă la o informare amănunțită a familiei, chiar dacă hotărârea aparține integral unui bolnav competent și informat.

O informare corectă ar trebui să cuprindă toate alternativele posibile, avantajele și riscurile fiecărei atitudini, inclusiv abținerea de la luarea unei decizii.

Deseori, pacienții, chiar bine informați și cu o capacitate de decizie bună, preferă să lase hotărârea în seama medicului. În asemenea situații, medicul trebuie să dea un sfat neutru, să încerce să antreneze pacientul, iar dacă recomandă o variantă de acțiune să își argumenteze opțiunea.

În urgențe, unde capacitatea de decizie a pacientului poate fi mult redusă și apelul la o rudă sau persoană „împuternicită“, dificil, medicul poate decide, pornind de la principiul binelui pacientului, luând hotărârea care i se pare optimă

în acel moment. În această situație însă, mai ales în condițiile facilității acuzației de **malpraxis** în perioada actuală, hotărârea trebuie să fie bine argumentată în scris în **documentele medicale.**

O situație etică specială o reprezintă pacientul terminal. În unele zone geografice există posibilitatea ca pacientul să refuze tratamentul sau să ceară oprirea acestuia cît timp este conștient. Dacă dorința este exprimată în prezența familiei și aceasta nu obiectează sau dacă opțiunea este semnată, în acel moment sau anterior, dorința pacientului trebuie respectată. Nu am întâlnit asemenea situații în practica din țara noastră.

Dacă pacientul este în stare vegetativă, menținut în viață artificial, decizia aparține familiei. Obligația medicului este să o informeze exact asupra situației. Dacă un pacient este în moarte clinică și suferind de o afecțiune incurabilă în fază terminală, manevrele de resuscitare nu sunt indicate. În această situație medicul nu poate fi acuzat de malpraxis. Dacă pacientul este în moarte clinică fără a avea o patologie anterior cunoscută, manevrele de resuscitare trebuie continuăte până la instalarea morții cerebrale, manifestată prin apariția midriazei fixe. În această situație, toate manevrele trebuie consemnate în documentația pacientului.

O problemă existentă în unele țări și care are posibilități de extindere este cea a eutanasiei. Eutanasia presupune decizia unui om, medical vorbind a unui pacient, în deplina posesie a resurselor de conștientă și conștiință, să dorească oprirea vieții. Ceea ce poate presupune oprirea unor manevre medicale sau chiar declanșarea unor manevre de oprire a vieții. O primă precizare este imperativ necesară – diferențierea între conștientă și conștiință. Conștientă presupune prezența în mediu, orientare temporo-spațială și răspuns corespunzător la stimuli, inclusiv verbali. Conștiință este un sistem de valori adoptat de o persoană, valori de referință care determină comportamentul acelei persoane față de sine și față de ceilalți. A nu ucide este o problemă de conștiință, nu de conștientă. Niciun medic nu poate fi antrenat în practicarea eutanasiei împotriva conștiinței sale.

O problemă similară este practicarea avortului. Desigur, există avortul spontan, dar din ce moment un embrion devine persoană este foarte greu de stabilit. Dacă a fi persoană înseamnă a avea conștientă, un făt poate fi considerat conștient, deoarece este prezent și are reacții normale în mediul său – lichidul amniotic. Dar are conștiință? Avortul în cazul unui făt bolnav sau malformat sau în situații care pun în pericol viața mamei este fără îndoială perfect justificat, probabil justificat și în cazul unei sarcini post-viol și poate și dacă mama nu dorește sarcina și fătul nu are încă organogeneza realizată.

O problemă etică specială este cea a *implicării materiale în relația medic-pacient.* Fără îndoială, medicul este supus cerințelor etice mai sus menționate, în primul rând primatul interesului pacientului în întreaga lui activitate profesională. Pe de altă parte, la fel cu ceilalți oameni, medicul are obligații familiale. Activitatea medicală însăși, mai ales în condițiile progresului foarte rapid al ultimelor decenii, impune sacrificii de timp, dar și materiale, pentru a se menține informat, fie și în domenii înguste ale profesiei (numărul de puncte anuale de educație continuă cerute de colegiul medicilor pentru reatestarea profesională, care se obține plătind

participarea la diverse manifestări, este o dovadă minoră în acest sens). Aceasta impune puterii administrative obligația imperativă de a asigura venitul necesar satisfacerii necesităților profesionale și familiale ale medicilor. Cartea medicală, abonamentele la reviste sau costurile accesului la informația electronică, participarea la congrese naționale sau internaționale impun cheltuieli care ar trebui, fie deduse din impozitare, fie suportate de angajatorii serviciilor medicului.

Cerința etică este ca interese materiale să nu influențeze actul medical, iar obligația asociațiilor profesionale este să asigure aceasta, în egală măsură cu a celor administrative.

Medicul nu este funcționar public, prin natura profesiei nu poate fi supus unui program strict. Nimeni nu își poate închipui un chirurg care se oprește în timpul unei intervenții fiindcă „s-a terminat programul”. Nefiind funcționar public, nu i se pot aduce acuzații ca cele adresate acestei categorii, dar nici nu are dreptul de a condiționa actul medical. Condiționarea actului medical este o culpă etică majoră și sancționarea ei este o atribuție a organelor de drept. Pe de altă parte, dacă un pacient, după efectuarea unui act medical necondiționat, își exprimă mulțumirea prin oferirea unui cadou (de la flori la orice altceva, de preferință, nu bani) aceasta nu este o culpă, ci o manifestare a recunoștinței și nu trebuie sancționată. Organele de justiție profesională (comisiile de disciplină ale Colegiului medicilor sau spitalelor) pot sancționa condiționări dovedite, dar nu au posibilitatea de a le dovedi.

Eventualele acuzații de malpraxis, adică de erori medicale cu consecințe grave (spitalizări prelungite, invaliditate, moarte) sunt exclusiv de competența comisiilor de disciplină ale organelor de jurisdicție profesionale. Dacă acuzația ajunge în justiție, aceasta nu are nicio competență în evaluarea unui gest medical și trebuie să respecte verdictul organelor profesionale, care se presupune că evaluează obiectiv faptele puse în discuție, ținând cont de condițiile din momentul săvârșirii actului incriminat, de posibilitățile din acel moment. Există acte medicale care reprezintă culpe sigure. Între acestea menționăm neexaminarea unui pacient și neurmărirea lui după efectuarea unui act medical. Orice persoană care se prezintă la o cameră de gardă (sau la un medic) trebuie examinată, iar Casa de asigurări de sănătate trebuie să ramburseze corespunzător acest serviciu.

Prescrierea unei investigații inutile sau puțin utile în acel moment, prescrierea sau neprescrierea unui tratament pot fi elemente de malpraxis atât timp cât nu pot fi justificate. Nerespectarea unei indicații de ghid sau protocol nu reprezintă malpraxis, dacă este justificată (de preferință în scris). Ghidul nu apără de acuzația de malpraxis.

O problemă specială de etică este cea a raportului dintre medici. Desigur, nu este nicăieri legiferat acest raport, dar el trebuie să fie de colegialitate și respect reciproc, indiferent de poziția sau gradul fiecăruia.

Problemele de etică sunt probleme de conștiință ale fiecăruia, dar organizațiile profesionale (și societatea) au obligația să susțină respectarea principiilor fundamentale, mai ales într-un domeniu ca medicina, în care implicarea umană este esențială.

CONTACTUL DIRECT CU PACIENTUL – ANAMNEZA ȘI EXAMENUL FIZIC. LOGICA DIAGNOSTICĂ

Ion I. Bruckner

În practica medicinei curative, orice medic vine în contact cu pacientul, fie că acesta se prezintă la consultație din proprie inițiativă, fie că este trimis de un coleg pentru consult. Indiferent de modalitate, acest prim contact presupune examinarea pacientului. Ar putea fi o excepție, și anume, pacientul trimis pentru o investigație punctuală la un supraspecialist, dar corect este ca și în această situație, cel solicitat să poarte o discuție și să efectueze un examen fizic, fie și sumar, celui trimis.

Contactul direct cu pacientul, examinarea sa au o virtute mai mare decât simpla colectare de informații medicale, el stabilește relația psihologică medic-pacient, relație de o deosebită importanță și în diagnostic și în terapie.

Din punct de vedere didactic-medical, se disting două elemente în examinarea pacientului: *anamneza și examenul fizic*. În practică însă aceste două elemente se suprapun – examenul fizic începe din momentul în care pacientul intră în contact cu medicul (aspectul general, faciesul, postura, mersul etc.), iar anamneza poate fi continuată în timpul examenului fizic. Niciun element al examinării nu are sensibilitate sau specificitate absolută, dar după o examinare corectă și completă, un diagnostic prezumtiv este posibil în majoritatea cazurilor. În epoca tehnică actuală examinarea își păstrează întreaga valoare diagnostică. A opune examinarea laboratorului este o gravă eroare. Cele două sunt complementare, fără ca vreuna să domine în demersul logic sau în algoritmul diagnostic.

În epoca actuală, impresionanta dezvoltare tehnică face ca unii practicieni să considere depășite metodele clinice clasice, iar alții, mai conservatori, să considere că toate metodele clasice își păstrează întreaga valoare. Evident și logic, ambele poziții sunt exagerări, iar adevărul se situează undeva la mijloc. Există boli și leziuni care pot fi diagnosticate exclusiv prin examen fizic sau anamneză (de exemplu, un erezipel sau o criză de epilepsie), iar altele, numai prin investigații paraclinice (de exemplu, diabetul tip 2 incipient), în majoritatea situațiilor însă ambele modalități trebuie folosite. Desigur, există proceduri mai vechi de diagnostic fizic, a căror utilitate practică este limitată și care nu își mai au locul în practica clinică (de exemplu,

semnul banului a lui Pitres), dar examenul fizic complet nu poate fi înlocuit. Unele tehnici însă nu mai sunt utile.

Alte aspecte deloc neglijabile sunt cele ale *riscului și costului*. Examenul fizic corect nu comportă practic niciun risc, dar orice procedură tehnică diagnostică poate avea un risc. Uneori, acest risc nu este imediat aparent, dar se poate manifesta în timp. De exemplu, examenele cu iradiere comportă un risc pe termen lung, care este cumulativ, dar care este de cele mai multe ori ignorat.

Examele paraclinice au un cost. Ele se fac de regulă după ce pacientul a fost „văzut“ de un medic, corect, după indicația acestuia. Astfel, întotdeauna costul examinărilor paraclinice se sumează cu cel al examenului medical clinic. Costurile globale ale activității medicale au crescut exponențial în toată lumea, în primul rând, prin costul investigației (desigur și prin cel al tratamentelor moderne). Există un exces de investigație motivat de teama medicilor (teama de acuzații de malpraxis), de obiceiuri greșite, de neîncredere, de curiozitate și uneori de interese materiale. O medicină de calitate presupune însă o diminuare a riscurilor și o limitare rațională a costurilor, indiferent cine le suportă. Singura soluție este o investigație paraclinică logică, utilă, ghidată de o anamneză și un examen fizic corect.

Anamneza cuprinde totalitatea datelor medical importante relatate de pacient. Fără îndoială, ea cuprinde și începe cu o serie de date administrative (nume, vîrstă, sex, domiciliu, ocupație etc.). **Acestea nu par a aduce o informație medicală**, dar pot da unele indicații (boli cu apariție mai frecventă sau mai rară la unele vârste, boli caracteristice unui sex, contagiune sau frecvență mai mare a unei boli într-o regiune).

Partea strict medicală a anamnezei se referă la motivele prezentării, istoricul lor și al suferințelor trecute ale pacientului, condițiile medicale din familie și condițiile de viață profesionale și private. Prima întrebare la care pacientul trebuie să răspundă liber trebuie să precizeze motivele (suferințele) pentru care s-a prezentat la medic. Elementele subiective relatate de pacient se numesc *simptome*, iar cele descoperite de medic la examinare *semne*. Un pacient în vîrstă poate avea mai multe neplăceri sau suferințe (simptome), dar trebuie identificate (de pacient, cu sau fără ajutorul medicului) cele (maxim trei) care au determinat prezentarea în acest moment (și nu mai devreme). Apoi se realizează istoricul acestor suferințe. Pacientul trebuie lăsat inițial să povestească cu vorbele proprii, dar apoi poate fi ghidat cu întrebări de către medic. Elementele ce trebuie obligatoriu precizate sunt momentul apariției și evoluția în timp a simptomelor, localizarea lor (cu eventualele iradiieri), intensitatea, caracterul și fenomenele de însoțire ce le provoacă și ce le poate face să cedeze, dacă au mai existat în trecutul apropiat sau mai îndepărtat. Întrebările medicului trebuie să fie cu răspuns deschis, nu întrebări cu răspuns *da* sau *nu*. Deci, pacientul trebuie îndemnat să povestească. Pacientul, mai ales cel vîrstnic, poate să uite sau să se piardă în amănunte administrative neimportante. Este motivul pentru care anamneza trebuie reluată, uneori la vizite succesive, și ghidată prin întrebări. În tot cursul anamnezei medicul trebuie să dovedească interes pentru povestea

pacientului, nu să facă alte activități. Aceasta sporește încrederea pacientului și stabilește o relație mai bună medic-pacient.

În bolile acute există un singur episod – cel care îl aduce pe pacient în fața medicului. În bolile cronice (majoritatea, în contextul actual) pot exista episoade repetate asemănătoare, separate de perioade mai mult sau mai puțin lungi asimptomatice sau cu simptomatologie modestă. În această situație, este mai corect să se consemneze episodul actual și apoi istoricul mai îndepărtat, dar și consemnarea întregii istorii, de la primele simptome până la episodul actual, este permisă.

În discuția cu pacientul trebuie abordat și subiectul existenței altor boli (antecedentele patologice), bolile rudelor (antecedente heredocolaterale) și alte contacte cu mediul medical (operații, accidente, vaccinări etc.). Istoricul profesional (activități desfășurate), prezența factorilor de risc (fumat, consum de alcool, consum de droguri, acțiuni cu risc sexual) fac și ele parte din informarea privind viața pacientului.

Examenul fizic a început din timpul discuției, prin observarea poziției, a mersului dacă pacientul intră în locul de consultație, a modificărilor feței (faciesul, culoarea pielii, aspectul ochilor etc.) și ale mâinilor, a vorbirii și, evident, a stării psihice a pacientului.

Ulterior, pacientul trebuie examinat în totalitate. Fără îndoială, trebuie menajată, mai ales la o persoană mai tânără, pudorarea. Aceasta se face examinând pacientul pe segmente, cu dezbrăcări parțiale ale acestor regiuni ale corpului. La examinarea unor femei, dacă medicul este bărbat, se recomandă să fie de față și o terță persoană, de preferat asistenta medicală sau, dacă nu este posibil, o rudă a pacientei. Din examenul fizic face parte și examinarea sânilor și organelor genitale. Dată fiind frecvența cancerului de sân la femei, examinarea sânilor este obligatorie, dar examinarea organelor genitale externe, deși ar trebui practică curent, se face numai când pacientul are un simptom sau a observat o modificare la acest nivel. Un medic care nu a făcut o examinare completă a pacientului este foarte ușor de acuzat de malpraxis și acuzația nu poate fi negată. Este poate singura acuzație pentru care nu există circumstanțe atenuante.

În ceea ce privește examenul fizic, există însă unele idei care trebuie nuanțate. Tradiția medicală (de altfel corectă) spune că pacientul trebuie examinat din vârful capului până la haluce. Dar această examinare nu este făcută înainte de discuția cu pacientul, deci medicul are informația despre o suferință, eventual chiar sugestia unui organ bolnav sau chiar a unui diagnostic. Este normal astfel să se concentreze asupra regiunii, organului suferind, fără însă a neglija restul examinării. Desigur, în medicina actuală specialiștii primesc de obicei pacienți referiți de colegi pentru o problemă sau un examen de competența lor. În aceste condiții, deseori se examinează numai parțial pacientul, ceea ce nu scutește de răspundere decât eventual specialistul solicitat pentru efectuarea unei investigații tehnice. Acesta trimite rezultatul investigației către colegul care a solicitat-o și acesta poartă răspunderea diagnosticului și tratamentului.

În urgență, se evaluează imediat semnele vitale – puls, tensiune, frecvență respiratorie, temperatură, intensitatea durerii, starea de conștiență, pulsoximetria (actualmente foarte ușor de evaluat). Dacă din această sumară evaluare rezultă că pacientul este în pericol, restul examinării se face concomitent cu inițierea măsurilor imediate de reechilibrare.

A începe examinarea luând pulsul radial în timpul discuției, are avantajul de a permite și un contact direct cu pacientul, dar și a obține informații privind activitatea cardiacă.

Dacă la o primă măsurătoare, tensiunea arterială apare anormală, se va repeta după câteva minute măsurătoarea și la un prim contact se va lua tensiunea la ambele brațe. Când situația permite, se va măsura și tensiunea în ortostatism.

Frecvența respiratorie trebuie măsurată fără a atrage atenția pacientului asupra manevrei, deoarece respirația este ușor de influențat și modificat. Cel mai simplu este să auscultăm aparent cordul, dar în fapt, determinăm frecvența respiratorie.

Evident, examinarea în urgență este prin natura situației mai sumară, dar nu trebuie să omită examinarea cordului, pulmonului, ficatului, sistemului nervos. Prezența unei anomalii a semnelor vitale nu servește diagnosticului (aceste semne sunt nespecifice), ci indică numai un grad de urgență.

Nu vom prezenta examinarea pe aparate sau zone anatomice care nu reprezintă obiectivul acestui capitol. La fiecare entitate patologică se vor prezenta rezultatele examenului fizic.

Examenul fizic nu a pierdut nimic din valoare, deși, desigur, unele metode nu mai sunt utile. Anamneza și examenul fizic deschid drumul diagnostic, sugerează un sindrom, o afecțiune sau un organ bolnav. Diferențierea (diagnosticul diferențial) se face folosind examinările paraclinice.

Diagnosticul complet al unei boli cuprinde mai multe elemente decât numai enunțarea unei etichete. De regulă, primul element este *diagnosticul anatomic*, denumirea entității morbide (de exemplu ciroză hepatică sau pneumonie).

Logic, acesta este urmat de *diagnosticul etiologic*, adică de precizarea cauzei care a dus la respectiva entitate morbidă (de exemplu virusul hepatitic C sau alcoolul, în cazul cirozei, sau agentul etiologic al pneumoniei, dacă poate fi identificat).

Cele mai multe boli afectează funcția organului implicat și această afectare trebuie precizată în diagnostic (respectiv, „cu insuficiență hepatică sau respiratorie“, în exemplele date mai sus). Un *diagnostic funcțional*, oricât de important ar fi, nu poate fi singurul diagnostic. Astfel, insuficiența cardiacă, spre exemplu, nu poate fi un diagnostic unic, ea trebuie să aibă o cauză, o etiologie.

În afara stării funcționale, multe boli pot avea complicații care trebuie menționate în diagnostic, dată fiind importanța lor în tratament și/sau prognostic. De exemplu, în ciroză – varicele esofagiene sau encefalopatia portal-sistemică, sau în pneumonie – pleurezia.

Unele boli pot avea un potențial evolutiv sau de activitate, care, atunci când este cazul, trebuie și el inclus în diagnostic (de exemplu, astm bronșic în criză sau artrită reumatoidă în remisie simptomatică).

Având aceste componente ale diagnosticului, fiecare dintre ele poate fi definită sau presupusă prin examenul clinic (anamneză și examen fizic) și confirmată prin *analize specifice*. Astfel, etiologia postvirală a cirozei este presupusă din anamneză, dacă pacientul relatează o hepatită virală în antecedente și este confirmată de prezența antigenilor sau anticorpilor specifici.

Astfel, laboratorul, indiferent de tipul investigațiilor paraclinice, servește precizării diagnosticului, respectiv diagnosticului diferențial.

În selectarea investigațiilor, dată fiind specificitatea și selectivitatea, care nu sunt niciodată 100%, trebuie urmărite nu numai cele care confirmă o presupunere diagnostică, ci mai ales, cele care o pot infirma și îndepărta, astfel, din demersul diagnostic. De asemenea, trebuie selectate analizele care oferă cea mai corectă informație cu cel mai mic cost și cel mai mic risc (de exemplu, în diagnosticul litiazei biliare este mai ieftin, mai rapid și fără risc a efectua o ecografie decât o tomografie computerizată). De asemenea, trebuie evitate investigațiile redundante, care produc aceeași informație. În acest caz, trebuie aleasă analiza cea mai precisă, chiar dacă este mai scumpă, în condițiile unei accesibilități similare.

Odată diagnosticul stabilit, trebuie precizate **prognosticul și tratamentul**, ceea ce poate impune realizarea unor alte investigații. În medicina modernă s-au realizat o serie de scoruri însumând elemente care arată implicația funcțională a bolii, evolutivitatea ei și diferiți factori de risc și care permit precizarea unui prognostic în sensul riscului de evoluție severă sau deces. În ceea ce privește tratamentul, există unele analize care pot indica anumite tratamente (de exemplu, sensibilitatea hormonală în cancerul de sân) sau care permit urmărirea unui tratament.

În cazul ineficienței constatate a unui tratament, fie diagnosticul a fost eronat, fie tratamentul nu a fost cel indicat. Aceasta presupune reluarea întregii proceduri logice.

Întreg acest demers formează logica medicală și pornește de la primul contact cu pacientul, de la anamneză și examenul fizic. Fără îndoială, uneori se poate ca o analiză întâmplătoare să fie cea care deschide drumul relației medic-pacient, dar ulterior demersul logic rămâne același.

Câteva *concluzii* se desprind din cele expuse.

În primul rând, importanța contactului direct medic-pacient, a anamnezei și examenului fizic. Ignorarea acestei etape este deosebit de gravă și reprezintă o cauză majoră de malpraxis. Nu am insistat asupra importanței psihologice a acestei etape, care este esențială în performarea unui act medical corect.

În al doilea rând, în condițiile de creștere importantă a costurilor actului medical, un asemenea abord permite o limitare logică a investigațiilor, deci și a costurilor, reducând în același timp și riscurile la care este expus pacientul.

În al treilea rând, demersul diagnostic, ca și cel terapeutic, este o acțiune logică, care trebuie urmărită pas cu pas.

În sfârșit, interesul pacientului este cel ce trebuie să domine întregul act medical și nu curiozitatea sau interesele materiale.