

C.I. di Metodologia Clinica

Modulo 4

“ La Raccolta delle informazioni per la pratica clinica”

Lezione:

Tecnica dell'Anamnesi e generalità sul sintomo Dolore

Prof . Corrado Astarita

Dipartimento di Internistica Clinica e Sperimentale

“F. Magrassi - A.Lanzara”

1

La Metodologia Clinica

La Metodologia Clinica è l'area d'integrazione dei criteri e delle regole che presiedono all'esercizio razionale della Medicina.

Obiettivi generali

Alla fine del corso lo studente:

- Sarà in grado di definire e descrivere principi e metodologie di base della epidemiologia, della psicologia medica.
- Sarà capace di eseguire secondo modalità strutturata e standardizzata la registrazione della storia clinica e l'esame clinico.
- Sarà in grado di definire metodologia generale e significato della Evidence Based Medicine (EBM).

2

Tipi di obiettivi generali

- Obiettivi Cognitivi
- Obiettivi Relazionali
- Obiettivi Gestuali

3

Obiettivi Cognitivi-1

Lo studente:

- deve saper descrivere i principali concetti teorici alla base della comprensione delle implicazioni emozionali, connesse al rapporto medico-paziente ed allo stato di malattia (**mod. 2**);
- deve saper formulare i quesiti generali ineludibili dell'anamnesi (**mod.4**);
- deve sapere definire i sintomi di più frequente riscontro nel corso di una anamnesi (**mod. 4**).
 - Cardiopalmo, dispnea, febbre, dolore toracico, tosse, nausea, vomito, piroso, ematemesi, melena, stipsi, diarrea, rettorragia, dolore addome, pollachiuria, poliuria, disuria, tenesmo urinario, ematuria, oliguria, cefalea, disturbi della coscienza.

4

Obiettivi Cognitivi-2

Lo studente:

- deve saper descrivere i meccanismi fisiologici / fisiopatologici alla base di:
 - toni cardiaci, tachicardia, bradicardia, soffi cardiaci e vascolari, pressione arteriosa, polso celere, polso tardo, polso aritmico, dispnea, tachipnea, febbre, dolore toracico, nausea, vomito, piroisi, ematemesi, melena, stipsi, diarrea, rettorragia, dolore addominale, pollachiuria, poliuria, disuria, tenesmo urinario, ematuria, oliguria; **(mod.4)**
- deve saper descrivere i principi generali ed indicare gli obiettivi diagnostici di indagini strumentali di uso frequente come la misurazione pressione arteriosa, elettrocardiografia, ecografia, endoscopia digestiva, esame Doppler, radiografia, tomografia computerizzata, biopsia **(mod. 4)**.

5

Obiettivi Cognitivi-3

Lo studente:

- deve saper definire i concetti di sensibilità, specificità, valore predittivo dei sintomi/segni clinici e degli esami diagnostici **(mod.5-7)**
- deve saper descrivere i modelli epidemiologici che consentono l'individuazione dei fattori di rischio delle malattie (studi trasversali, studi di coorte, studi caso/controllo) e la valutazione di efficacia degli interventi sanitari (studi clinici controllati, metanalisi) **(mod. 5-7)** ;
- deve saper descrivere l'importanza della valutazione economica degli interventi sanitari nella definizione delle priorità in sanità e la metodologia di base delle principali tecniche di valutazione economica **(mod. 7)** ;
- deve saper descrivere obiettivi e significato della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) **(mod.8)** .

6

Obiettivi relazionali (mod. 1,2) (l'incontro, la visita, il colloquio, la conclusione)

Lo studente :

- deve saper individuare e definire i comportamenti di medico e/o paziente che rendono più problematico il colloquio con il paziente e l'esame clinico;
- deve saper utilizzare le principali strategie relazionali necessarie alla realizzazione di una proficua comunicazione con il paziente;
- deve saper descrivere le principali strategie relazionali facilitanti l'esame clinico;
- deve saper proporre in maniera chiara e positiva una indagine clinica o strumentale complessa e/o fastidiosa per il paziente;
- deve saper descrivere la strategia di comunicazione al paziente delle risultanti dell'anamnesi e dell'esame obiettivo

7

Obiettivi gestuali (le abilità)

Lo studente:

- deve saper individuare le sedi cui corrisponde il dolore spontaneo o suscitato relativo ai diversi organi o strutture di torace e addome; **(mod.4)**
- deve saper di eseguire secondo modalità strutturata e standardizzata la registrazione della storia clinica, l'esame clinico generale e le principali manovre di uso frequente nell' esame clinico di torace ed addome (mediante ispezione, palpazione, auscultazione, percussione), incluso l'esame del capo, collo e mammella; **(mod. 4)**
- deve saper riconoscere i toni cardiaci normali, ritmi di galoppo, soffi cardiaci ed altri rumori patologici, rumori respiratori normali, e quelli aggiunti non normali quali fischi/sibili, rantoli/crepitii; **(mod.4)**
- deve saper calcolare il valore predittivo positivo e negativo degli esami diagnostici in diversi contesti epidemiologici di prevalenza di malattia. **(mod. 3,5,7)**

8

Divenire Medico (o altro vero professionista)

- **Non esistono professionisti (medici, avvocati, architetti, ecc) che siano “dotti” e, contemporaneamente, “ part-time”**
- **Avendo risposto all'appello si è costretti o a vivere con esso o a rinunciarvi: da genitore, da coniuge, da cittadino si è sempre anche un medico !**

9

Scienza/Professione

La medicina è

- *non solo scienza (semplice insieme organico di conoscenze)*
- *ma anche professione (pubblica dichiarazione dell'esercizio, non a fini di diletto, di una attività intellettuale basata su una scienza)*

abbraccia le conoscenze scientifiche biomediche ma anche le qualità personali, umanistiche e quelle specifiche della professione.

- Negli ultimi 50 anni si è realizzato uno sforzo titanico, principalmente sostenuto dai Paesi più ricchi e con più solide tradizioni democratiche, per sviluppare una forte base infrastrutturale scientifica che faccia parte integrante dell'insegnamento medico ad ogni livello: *propedeutico, clinico e aggiornamento permanente*

10

Scopi della infrastruttura scientifica

- **Acquisire e valutare le nuove conoscenze** (scopi, potenza dei metodi, significatività dei dati)
- **Individuare le ricadute sul piano clinico delle conoscenze** (sono effettivamente migliorative per il paziente)
- **Produrre impegno sulle frontiere del sapere medico**
- **Migliorare la comprensione reale dei processi patogenetici di malattia:**
 - Sintesi conformazionale delle proteine e proprietà fisiche di esse
 - Falcizzazione degli eritrociti, formazione di Amiloide
 - Funzione delle proteine G
 - Trasporto di membrana, trasferimento di messaggi esterni (tossine, ormoni, peptidi) all'interno delle cellule
- **Fornire l'accesso alla migliore comprensione di molteplici malattie attraverso la comprensione di pochi, ma critici e strategici, processi di base**

11

Il Medico come Scienziato

Egli deve:

- **Comprendere ed applicare i modelli di pensiero del metodo scientifico**
- **Sviluppare una mentalità inquisitiva**
- **Conoscere come formulare un piano sperimentale al fine di ottenerne dati**
- **Avere la capacità di analizzare la correttezza, la specificità e la affidabilità dei dati ottenuti**
- **Domandarsi costantemente “ le mie conclusioni potrebbero essere errate ?”**
- **Tradurre queste capacità analitiche nella raccolta, sintesi ed interpretazione dei dati relativi ad ogni singolo paziente convogliandole nel trattamento più appropriato**

12

Il Medico è un professionista

“ La professionalità nella medicina interna comprende quelle qualità e comportamenti che servono a mantenere l'interesse per il paziente sempre al di sopra dell'interesse personale”
(American Board of Internal Medicine)

- La professionalità comporta un impegno:
 - ai più alti livelli nella pratica della medicina, e nella produzione e divulgazione del sapere;
 - per atteggiamenti e comportamenti che incoraggino gli interessi ed il benessere del paziente;
 - ad essere sensibile alle esigenze sociali in tema di salute.
- Altruismo, affidabilità, eccellenza, dovere, servizio, senso dell'onore, integrità morale e rispetto degli altri: la professionalità tende alla realizzazione di tutti questi valori

13

Il Medico come dispensatore di cure

- Deve essere professionista di grande abilità tecnica ma anche capace di interessarsi anche umanamente al paziente
 - Questa capacità si acquisisce, in maniera semplice per alcuni o complessa e laboriosa per altri.
 - Essa è, comunque, inalienabile per la formazione di un "medico completo"

14

ANAMNESI- Significato generale

- Il colloquio rappresenta il punto focale della relazione medico- paziente
- "Momento decisivo diagnostico": *la accuratezza delle informazioni raccolte in questa fase influenza in maniera determinante la correttezza della diagnosi e del trattamento (l'80% della diagnosi in M.I. si basa su di esso)*
- Fonte dei dati e loro attendibilità

15

Anamnesi - Possibili domande di esame

- Cosa intendi per anamnesi, sintomo, segno?
- Cosa intendi per malattia, sindrome, diagnosi?
- Cosa intendi per diagnosi differenziale?
- Quali elementi ineludibili dell'anamnesi?
- In quale sequenza procedi nell' anamnesi?

16

Anamnesi - Definizioni

- Anamnesi, sintomi, segni.
- Malattia, sindrome, diagnosi.
- Diagnosi differenziale

17

Anamnesi - Elementi ineludibili

- Il problema principale.
- I farmaci assunti.
- Le abitudini di vita.
- Precedenti problemi e disturbi.
- Malattie nei familiari.
- Precedenti terapie (mediche/chirurgiche).

18

Anamnesi: approccio

- Preannunciare il colloquio e organizzarlo in ambiente idoneo
- Adeguatezza "esteriore" dell'intervistatore (medico/studente)
- Approccio iniziale "cordialmente formale"
- Domande iniziali "aperte" sul problema attuale

19

Anamnesi - Struttura e sequenza

- Il problema principale (paziente/medico).
- Durata, evoluzione, contesti.
- Elementi di rilevanza potenziale.
- Dati anagrafici

⇒ **IPOTESI**

20

Domande “aperte”

- Che problemi sta avendo?
- Mi parli dei suoi disturbi .. *allo .. stomaco*
- Come stava in salute ... *prima .. dell'infarto?*
- Può descrivere le sue sensazioni in accompagnamento *al dolore?*

21

Domande dirette “chiuse”

- Porre la domanda in maniera che non vi sia dubbio nella risposta
- Evitare domande (e trascrizioni) con risposte che possano essere di dubbia interpretazione per una terza persona che consulti la cartella
- Attenzione ad evitare domande
 - *Tendenziose (che suggeriscono la risposta che l'intervistatore vuole)*
 - *Esplicative (che permettono di rispondere alla domanda)*
- Con tali domande si tendono a definire le caratteristiche fondamentali di ogni sintomo o segno

22

Le Sette domande chiuse per la definizione delle caratteristiche fondamentali dei sintomi/segni

1. Regione corporea di origine del disturbo in causa
2. Qualità
3. Quantità/Gravità/Intensità *stazionaria, in crescendo o in decrescendo*
4. Cronologia: epoca e caratteri di esordio e loro evoluzione attuale attraverso eventuali fasi intermedie
5. Modalità di comparsa: eventi di concorso quali il pasto, lo sforzo fisico, ecc.
6. Fattori aggravanti (o allevianti)
7. Manifestazioni associate

23

Anamnesi - Struttura e sequenza

- I farmaci assunti.
- Le abitudini di vita.
- Precedenti problemi e disturbi.
- Malattie nei familiari.
- Precedenti terapie (mediche/chirurgiche).

⇒ IPOTESI

24

Domande aperte e chiuse sui problemi pregressi

- Qualità del sonno
- Variazioni del peso corporeo
- Malattie della prima infanzia (rif.)
- Esantemi: evoluzione e complicanze eventuali
- Patologie ricorrenti pregresse *
- Pregressi interventi chirurgici/traumi *
- Precedenti ricoveri ospedalieri (diagnosi) *
- Precedenti reazioni avverse a farmaci *
- Malattie veneree *
- Alterazioni occasionali di parametri di laboratorio

* Indagare criticamente i sintomi/segni dell'epoca senza mai accettare passivamente (e riportare in cartella) diagnosi preconfezionate

25

Anamnesi - Struttura e sequenza

- Anamnesi lavorativa e ambientale
- Anamnesi psico-sociale
- Anamnesi sessuale,riproduttiva e ginecologica
- Anamnesi sistematica

⇒ **IPOTESI**

26

Anamnesi - Struttura e sequenza

- La cronologia.
- Le connessioni fisiopatologiche.
- Le probabilità delle diverse ipotesi.

⇒ **IPOTESI PRINCIPALE** (e subordinate)

- Conclusioni e comunicazione

27

Il dolore

- Sensazione molto sgradevole, presente in molte malattie con significato protettivo di allarme
- Può avere carattere variabile sia per la qualità (oppressivo, tensivo, puntorio, pulsante, urente, tagliente, ecc.) sia per la sua intensità.
- Viene percepito dal sistema dei nocicettori cutanei (superficiali) e viscerali (profondi)

28

Il Dolore-Caratteristiche anamnestiche

- Sede: torace/addome/muscoli/articolazioni
- Tipo (qualità): acuto, costrittivo, crampiforme, diffuso, puntiforme
- Intensità : scala analogica 0-10
- Decorso: crescente/decescente, stabile, irradiato/circoscritto
- Periodicità o persistenza
- Fattori scatenanti
- Fattori aggravanti/attenuanti
- Sintomi associati /febbre

29

Il sintomo DOLORE - Dolore toracico e addominale

• Possibili domande di esame:

- Quali sono le vie sensoriali del dolore?
- Quali meccanismi di sensibilizzazione al dolore?
- Cosa si intende per dimensione emotiva del dolore?
- Meccanismi coinvolti nella modulazione del dolore?
- Quali meccanismi sono alla base del dolore riferito?

30

Il sintomo DOLORE - Dolore toracico

- **Possibili domande di esame:**
- Quali meccanismi sono alla base del dolore toracico?
- Quali organi o tessuti responsabili di dolore cardiaco?
- Quale dolore riferito può associarsi al dolore cardiaco?
- Quale dolore riferito può associarsi al dolore toracico?
- Quali domande in caso di dolore toracico?

31

Il sintomo DOLORE - Dolore addominale

• Possibili domande di esame:

- Quali organi responsabili di dolore addominale?
- Sede corrispondente?
- Quali meccanismi alla base del dolore addominale?
- Quali meccanismi alla base del dolore addominale riferito?
- Quali domande in caso di dolore addominale?

32

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

- **DOLORE** (segnale di patologia) = qualità, sede, decorso.
- **Componenti dolore:** *sensazione – emozione.*
- **Vie sensoriali dolore:**
 - Nervi periferici -> radici dorsali spinali -> midollo spinale.
- **Nervi afferenti primari** (diametro, mielinizzazione, velocità conduzione)
 1. Fibre A-beta (diametro maggiore, mielina +, tocco lieve/no dolore, cute)
 2. Fibre A-delta (diametro minore, mielina +, dolore, cute/strutture profonde)
 3. Fibre C (diametro minore, mielina -, dolore, cute/strutture profonde)

33

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

Meccanismi di sensibilizzazione (stimoli innocui producono dolore)

- Distensione tessuti.
- Danno tessuti.
- Infiammazione.

Tessuti profondi (di base poco sensibili dolore) +
Infiammazione ⇒ **Elevata sensibilità a stimolazione meccanica**

34

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

Meccanismo fisiopatologico **dolore riferito**

- Neurone primario afferente → trasmissione → a diversi neuroni spinali
- Neurone spinale ← riceve impulsi ← da diversi neuroni afferenti
- Neuroni spinali ← ricevono impulsi:
 - Spesso da cute.
 - Raramente da strutture profonde.

→ **Errore di localizzazione**

35

Dolore toracico e addominale - Fisiogenesi

Dimensione emotiva (spiacevole) del dolore

- Via spino talamica:
 - corteccia somato-sensoriale (sensazione);
 - corteccia frontale (emozione);
 - sistema limbico (emozione).

Modulazione del dolore

- Aspettativa di dolore +
- Narcotici, analgesici -
- Situazione psicologica + / -

36

TIPI di DOLORE

- **Dolore somatico puro**
 - Interessamento esclusivo delle strutture somatiche (cute, muscoli, ossa, tendini, capsule articolari, peritoneo, pleura)
- **Dolore viscerale puro**
 - Interessamento viscerale non complicato
- **Dolore misto viscerale-somatico**
 - Interessamento viscerale complicato dal cointeressamento di strutture somatiche (sierosa peritoneale o pleurica)

37

Il dolore somatico

- **Parte dalle strutture somatiche**
- **Viene trasmesso tramite i nervi spinali (cervicali, toracici, lombari, sacrali) ricchi di fibre mieliniche**
- **È relativamente superficiale, puntorio o trafittivo e ben localizzato spazialmente**

38

Tipi di dolore somatico

- **Nevralgia**
 - Dolore continuo e parossistico del neurone sensitivo periferico
- **Causalgia**
 - Dolore urente di un arto sede di lesione e in preda a disturbi trofici
- **Crampo**
 - Contrattura dolorosa dei muscoli striati

39

Dolore viscerale

- **Parte da un viscere sollecitato da:**
 - Flogosi intensa o accumulo di sostanze algogene, stimoli chimici, distensione o spasmo della muscolatura liscia, trazione o pinzamento dei legamenti viscerali e/o dei vasi
- **È trasmesso prevalentemente da fibre amieliniche afferenti che decorrono in connessione con le fibre dei nervi del sistema simpatico o parasimpatico . Gli impulsi dolorosi che originano da terminazioni libere nei visceri passano in grande maggioranza nelle radici dorsali del midollo attraverso i nervi viscerali.**
- **È profondo, sordo, compressivo, mal delimitabile perché le aree recettoriali del dolore viscerale sono poco convergenti a livello della corteccia.** Esso è quasi sempre avvertito nella regione profonda mediana della regione corporea di origine ed è
 - quasi costantemente associato a manifestazioni vegetative quali nausea, vomito, sudorazione, ipotensione
 - incostantemente associato con una contrazione, debole e riflessa, di difesa dei muscoli superficiali (addominali) che cede alla pressione/palpazione manuale lieve e lenta

40

Tipi di dolore viscerale

- **Colica**
 - Dolore intenso e protratto di tipo spastico, che origina da un viscere cavo, si associa a disturbi vegetativi e ha un andamento spesso discontinuo
- **Spasmo**
 - Contrattura dolorosa della muscolatura liscia, di breve durata

41

Considerazioni conclusive - Anamnesi

- Il **primo sintomo** da valutare è quello percepito come più serio dal paziente.
- Il riscontro di un sintomo fa **ricercare altri sintomi** potenzialmente correlati.
- La iniziale ipotesi interpretativa suggerisce **nuove domande**, che portano ad una ipotesi più **mirata**, fino a focalizzarsi su poche **alternative** → *Diagnostica strumentale*.
- Lo **stato generale** del paziente è indicatore di gravità e di urgenza.

42

Il dolore viscerale superficiale

- **D.V.S. Riferito**
 - Viene avvertito a livello delle strutture superficiali corrispondenti al metamero cui appartiene il viscere coinvolto (Teoria della convergenza-facilitazione)
 - Irradiazioni specifiche
- **D.V.S. Vero**
 - Per coinvolgimento iperalgesico e/o flogistico delle strutture superficiali in precise aree metameriche
 - Si accompagna ad intenso dermografismo dell'area iperalgesica e recede con la anestesia locale della sola parte centrale dell'area (DVS vero di elezione) o dell'intera parte di essa (DVS vero epicritico)

43

Vie di trasmissione del dolore

- Dalla periferia alle corna posteriori del midollo = 1° neurone somatico/viscerale
- Lungo il midollo e fino ai nuclei della sostanza reticolare, del talamo e al diencefalo = 2° neurone (fascio spino talamico)
- Dal talamo a livello sub-corticale e corticale (rinencefalo) = 3° neurone

44

Elenco dei problemi

● **Iniziale** ● **Aggiornamento**

Nome paziente		N° identificazione		Nome paziente		N° identificazione	
Prob. Attuali	Data	Prob.Preg	Data	Prob. Attuali	Data	Prob.Preg	Data
1-Ittero- (gen 03)	15/1/03			1-Ittero- (gen 03) → * Epatite A	15/1/03 21/1/03	→ Risolta	22/2/03
2-Anoressia- (dic 02)	15/1/03			2-Anoressia-(dic 02) → * 1	15/1/03		
3-Perdita peso	15/1/03			3-Perdita peso → * 1	15/1/03		
4-Fumo Dal 70	15/1/03			4-Fumo Dal 70	15/1/03		
		5-Ulcera duod. (77)	15/1/03			5-Ulcera duod. (77)	15/1/03

45

Piano d'azione correlato ai problemi

	Problema	Diagn. Differenziale	Indagini
DX	Ittero Anoressia Perdita di peso	Epatite acuta / Alcolici/ Farmaci Ittero ostruttivo Vedi ittero Vedi ittero	Test epatici; Markers epatici Auto-anticorpi; Eco epatica Emocromo completo Urine ; urea; Glicemia, elettroliti Peso corporeo
MX	Ittero Anoressia Perdita di peso	MONITORAGGIO Test epatici x 2 /settimana Controllo dieta/calorie Controllo peso ogni 3 giorni	
TX	Ittero Anoressia Perdita di peso	TERAPIA Riposo a letto Stimolare l'appetito Uso di integratori e liquidi	
In	Ittero Anoressia Perdita di peso	INFORMAZIONE Discutere la diagnosi Spiegare l'associazione con l'ittero	

46

Registrazione andamento malattia (A) e tabella di flusso (B)

● **A)**

25/1/03	S	Si sente meglio
	O	Transaminasi e Bilirubina in calo; IgM x HVA Fegato indolente
	V	Epatite A in via di risoluzione
	P	Monitorare esami e considerare la Dimissione

● **B)**

DATA	16/1	21/1	10/2
TEST			
AST (<40)	1200	800	50
ALT (<45)	1450	400	40

47 S: sensazioni sog. del paz.; O: dati obiettivi; V: valutazione del medico; P: programma

I tempi dell'esame clinico:
la cartella clinica ⁽¹⁾

- È un documento (*ciò che serve a provare la verità di un fatto*) dove sono registrate le informazioni relative alla storia medica completa dei pazienti
- Particolare attenzione deve essere posta nella compilazione della 1ª cartella clinica
- Questo documento(o sua copia), che dovrebbe sempre accompagnare il paziente nei vari episodi di malattia, può essere redatto da più autori

48

Cartella clinica (2)

- Ad ogni nuova visita particolare attenzione diagnostica e terapeutica deve essere rivolta alla patologia in atto (problema attuale), non tralasciando, però, una rapida rivisitazione dei problemi pregressi [eventuali connessioni con problema attuale !]
- Ogni nuovo evento/modifica deve essere circostanziato e riportato in maniera chiara ed accurata così da potere essere facilmente compreso anche da altri

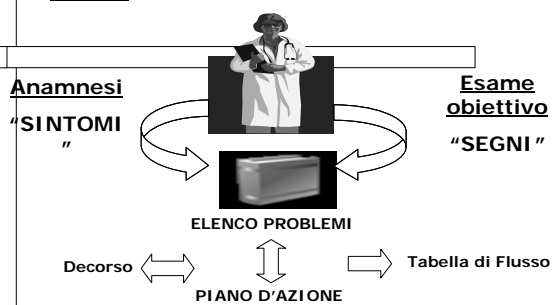
49

Cartella Clinica (3)

- È il principale strumento di controllo della qualità della attività medica
- È l'unico strumento di prova della professionalità del medico in tribunale nella eventualità di vertenze legali

50

Cartella clinica orientata ai problemi CCOP



51