

now
ESTRATTA da Pabel Serie Bush
P. P. P.

**DOMANDE CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA
COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 6 POSTI DI
DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA ANESTESIA E RIANIMAZIONE -
PROVA PRATICA - BUSTA 1**



4/4/10

1) **CASO CLINICO 1: Frattura prossimale omero post-traumatica**

M.G. maschio di 44 anni. Dopo incidente di moto al PS viene riscontrata una frattura della diafisi prossimale dell'omero dx con frattura composta omolaterale della clavicola. Voluminoso ematoma alla coscia dx, per il quale è previsto un trattamento conservativo. Comorbidità moderate (ipertensione arteriosa e diabete tipo 2 compensato trattato con Metformina). Hb 11 g/dL, HCT 33%.

L'ortopedico comunica indicazione chirurgica di osteosintesi omerale in urgenza differibile.

Domanda

Quale tipo di anestesia è indicata in questo caso:

- A Anestesia generale previa preferibile sospensione della Metformina per 48 ore
- B Blocco del plesso brachiale per via interscalenica previa preferibile sospensione della Metformina per 48 ore
- C Blocco del plesso brachiale per via sopraclaveare previa preferibile sospensione della Metformina per 48 ore
- D Sia Blocco del plesso brachiale per via interscalenica previa preferibile sospensione della Metformina per 48 ore che Anestesia generale previa preferibile sospensione della Metformina per 48 ore

2) **CASO CLINICO 1: Frattura prossimale omero post-traumatica**

M.G. maschio di 44 anni. Dopo incidente di moto al PS viene riscontrata una frattura della diafisi prossimale dell'omero dx con frattura composta omolaterale della clavicola. Voluminoso ematoma alla coscia dx, per il quale è previsto un trattamento conservativo. Comorbidità moderate (ipertensione arteriosa e diabete tipo 2 compensato trattato con Metformina). Hb 11 g/dL, HCT 33%.

L'ortopedico comunica indicazione chirurgica di osteosintesi omerale in urgenza differibile.

Domanda

Lo pneumotorace è la complicanza più frequente:

- A Nel Blocco del plesso brachiale per via sopraclaveare
- B Tutte le alternative proposte
- C Nel Blocco del plesso brachiale per via interscalenica
- D Nel Blocco del plesso brachiale per via ascellare

3) **CASO CLINICO 1: Frattura prossimale omero post-traumatica**

M.G. maschio di 44 anni. Dopo incidente di moto al PS viene riscontrata una frattura della diafisi prossimale dell'omero dx con frattura composta omolaterale della clavicola. Voluminoso ematoma alla coscia dx, per il quale è previsto un trattamento conservativo. Comorbidità moderate (ipertensione arteriosa e diabete tipo 2 compensato trattato con Metformina). Hb 11 g/dL, HCT 33%.

L'ortopedico comunica indicazione chirurgica di osteosintesi omerale in urgenza differibile.

Domanda

La Sindrome di Bernad Horner è comune nel:

- A Blocco del plesso brachiale per via sopraclaveare
- B Blocco del plesso brachiale per via ascellare
- C Blocco del plesso brachiale per via interscalenica
- D Blocco del plesso brachiale per via infraclaveare

4) **CASO CLINICO 1: Frattura prossimale omero post-traumatica**

M.G. maschio di 44 anni. Dopo incidente di moto al PS viene riscontrata una frattura della diafisi prossimale dell'omero dx con frattura composta omolaterale della clavicola. Voluminoso ematoma alla coscia dx, per il quale è previsto un trattamento conservativo. Comorbidità moderate (ipertensione arteriosa e diabete tipo 2 compensato trattato con Metformina). Hb 11 g/dL, HCT 33%.

L'ortopedico comunica indicazione chirurgica di osteosintesi omerale in urgenza differibile.

Domanda

LAST (Local Anesthetics Systemic Toxicity) è abbastanza rara, ma può avvenire:

- A In tutte le ALR in caso di somministrazione di dosi elevate di anestetici locali
- B Esiste sempre la possibilità di LAST a causa del possibile assorbimento sistemico

- C Tutte le alternative proposte
D Può essere prevenuta con l'uso di tecniche ecoguidate ed elettro-neurostimolazione, che permettono di utilizzare dosi minori di AL



5) **CASO CLINICO 1: Frattura prossimale omero post-traumatica**

M.G. maschio di 44 anni. Dopo incidente di moto al PS viene riscontrata una frattura della diafisi prossimale dell'omero dx con frattura composta omolaterale della clavicola. Voluminoso ematoma alla coscia dx, per il quale è previsto un trattamento conservativo. Comorbidità moderate (ipertensione arteriosa e diabete tipo 2 compensato trattato con Metformina). Hb 11 g/dL, HCT 33%.

L'ortopedico comunica indicazione chirurgica di osteosintesi omerale in urgenza differibile.

Domanda

Secondo le raccomandazioni AIFA, la Metformina deve essere evitata:

- A Tutte le alternative proposte
B Nei due giorni precedenti un intervento chirurgico o la somministrazione di mezzo di contrasto iodato
C In caso di ipertensione arteriosa non controllata
D In caso di lieve insufficienza renale

6) **CASO CLINICO 1: gestione dei farmaci immuno soppressivi nel peri operatorio**

Giovanna, 62 anni, in lista operatoria per artroprotesi completa di ginocchio. Affetta da 12 anni Artrite reumatoide, in trattamento con metotrexate 10 mg/settimana e prednisone 25 mg x 2 al dì. BMI 29, ipertesa in trattamento con calcio antagonista, ACE inibitore e diuretico tiazidico.

Esami pre operatori: ridotta tolleranza glicemica con Glicemia basale > 100 mg/dl a digiuno, emoglobina glicata nella norma.

La paziente è molto preoccupata dell'esito dell'intervento. Conosce altri pazienti che hanno avuto diverse complicanze peri operatorie e pone domande molto mirate.

Domanda

Il rischio di infezione protesica è:

- A Dipende dalla presenza o meno di diabete
B uguale in entrambi le popolazioni
C maggiore nei pazienti affetti da osteoartrite
D maggiore nei pazienti affetti da Artrite Reumatoide

7) **CASO CLINICO 1: gestione dei farmaci immuno soppressivi nel peri operatorio**

Giovanna, 62 anni, in lista operatoria per artroprotesi completa di ginocchio. Affetta da 12 anni Artrite reumatoide, in trattamento con metotrexate 10 mg/settimana e prednisone 25 mg x 2 al dì. BMI 29, ipertesa in trattamento con calcio antagonista, ACE inibitore e diuretico tiazidico.

Esami pre operatori: ridotta tolleranza glicemica con Glicemia basale > 100 mg/dl a digiuno, emoglobina glicata nella norma.

La paziente è molto preoccupata dell'esito dell'intervento. Conosce altri pazienti che hanno avuto diverse complicanze peri operatorie e pone domande molto mirate.

Domanda

Il rischio infettivo dipende dall'uso degli steroidi:

- A sì, ma solo se la dose giornaliera è maggiore di 50 mg di prednisone
B sì, dipende sia dalla dose assoluta giornaliera che da quella cumulativa
C no, fatto salva la sospensione dello steroide una settimana prima dell'intervento
D no, è indipendente dall'uso degli steroidi

8) **CASO CLINICO 1: gestione dei farmaci immuno soppressivi nel peri operatorio**

Giovanna, 62 anni, in lista operatoria per artroprotesi completa di ginocchio. Affetta da 12 anni Artrite reumatoide, in trattamento con metotrexate 10 mg/settimana e prednisone 25 mg x 2 al dì. BMI 29, ipertesa in trattamento con calcio antagonista, ACE inibitore e diuretico tiazidico.

Esami pre operatori: ridotta tolleranza glicemica con Glicemia basale > 100 mg/dl a digiuno, emoglobina glicata nella norma.

La paziente è molto preoccupata dell'esito dell'intervento. Conosce altri pazienti che hanno avuto diverse complicanze peri operatorie e pone domande molto mirate.

Domanda

Nel peri operatorio è raccomandabile utilizzare una dose di steroide

- A uguale a quella abitualmente assunta dal paziente
B maggiore di quella abitualmente assunta dal paziente
C dipende dal principio attivo utilizzato
D inferiore a quella abitualmente assunta dal paziente

9) **CASO CLINICO 1: gestione dei farmaci immuno soppressivi nel peri operatorio**

Giovanna , 62 anni, in lista operatoria per artroprotesi completa di ginocchio. Affetta da 12 anni Artrite reumatoide, in trattamento con metotrexate 10 mg/settimana e prednisone 25 mg x 2 al dì. BMI 29, ipertesa in trattamento con calcio antagonista, ACE inibitore e diuretico tiazidico.

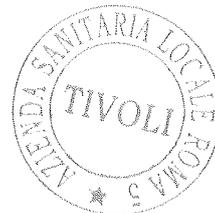
Esami pre operatori : ridotta tolleranza glicemica con Glicemia basale > 100 mg/dl a digiuno, emoglobina glicata nella norma.

La paziente è molto preoccupata dell'esito dell'intervento. Conosce altri pazienti che hanno avuto diverse complicanze peri operatorie e pone domande molto mirate.

Domanda

Riguardo al metotrexate quale strategia va adottata:

- A assunzione con dose non modificata se inferiore o uguale a 15 mg/ settimana
- B sospensione e concomitante raddoppio della dose di steroide
- C sospensione almeno 15 giorni prima dell'intervento
- D riduzione della dose



10) **CASO CLINICO 1: gestione dei farmaci immuno soppressivi nel peri operatorio**

Giovanna , 62 anni, in lista operatoria per artroprotesi completa di ginocchio. Affetta da 12 anni Artrite reumatoide, in trattamento con metotrexate 10 mg/settimana e prednisone 25 mg x 2 al dì. BMI 29, ipertesa in trattamento con calcio antagonista, ACE inibitore e diuretico tiazidico.

Esami pre operatori : ridotta tolleranza glicemica con Glicemia basale > 100 mg/dl a digiuno, emoglobina glicata nella norma.

La paziente è molto preoccupata dell'esito dell'intervento. Conosce altri pazienti che hanno avuto diverse complicanze peri operatorie e pone domande molto mirate.

Domanda

Nel paziente che assume metotrexate il monitoraggio della funzione renale nel peri operatorio:

- A deve essere effettuato solo una volta
- B è opzionale
- C è mandatorio solo se il paziente ha più di 65 anni
- D è mandatorio a causa della farmacocinetica del principio attivo

11) **CASO 3**

Maschio di 82 aa

Giunge in PS per dispnea e febbre da due giorni, tosse produttiva ad escreato giallastro.

APR: portatore di PM, pregresso ictus cerebri, cardiomiopatia dilatativa

Terapia farmacologica: ASA, furosemide, spironolattone, amiodarone, ramipril

EO:

soporoso, GCS: 10

FR 24, SpO2: 84% in aria ambiente

PA: 105/70 mmhg, FC 110, temp 38°

Crepitii basali a sinistra e mediobasali a destra.

Addome nella norma.

Non turgore giugulare, non edemi declivi

Il medico di PS incannulla vena periferica, inizia O2 terapia con Ventimask al 50 %, inizia monitoraggio non invasivo. Chiama il rianimatore in consulenza per sospetta sepsi.

Domanda

Quale dei seguenti orientamenti prognostici è corretto:

- A Alto rischio di shock settico perchè il Q-Sofa è 2
- B Basso rischio di shock settico perchè il Q-Sofa è 0
- C Alto rischio di shock settico perchè il Q-Sofa è 5
- D Alto rischio di shock settico perchè la SpO2 in aria ambiente è inferiore a 90
- E Basso rischio di shock settico perchè la pressione arteriosa è normale

12) **CASO 3**

Maschio di 82 aa

Giunge in PS per dispnea e febbre da due giorni, tosse produttiva ad escreato giallastro.

APR: portatore di PM, pregresso ictus cerebri, cardiomiopatia dilatativa

Terapia farmacologica: ASA, furosemide, spironolattone, amiodarone, ramipril

EO:

soporoso, GCS: 10

FR 24, SpO2: 84% in aria ambiente

PA: 105/70 mmhg, FC 110, temp 38°

Crepitii basali a sinistra e mediobasali a destra.

Addome nella norma.

Non turgore giugulare, non edemi declivi

Il medico di PS incannulla vena periferica, inizia O2 terapia con Ventimask al 50 %, inizia monitoraggio non



invasivo. Chiama il rianimatore in consulenza per sospetta sepsi.

Domanda

Quale dei seguenti gruppi di interventi è appropriato:

- A Somministrazione di 500 ml di Ringer Lattato e O2 terapia con target SpO2 98 %
- B Ventilazione non invasiva (CPAP) e antibiotico terapia empirica
- C Sedazione e intubazione endotracheale considerato lo stato saporoso e il rischio di inalazione
- D Somministrazione di 500 ml di cristalloidi e infusione di noradrenalina 0,05 microgrammi/kg/min
- E Somministrazione di 500 ml di colloidali e infusione di noradrenalina 0,1 microgrammi/kg/min

- 13) **CASO 3**
Maschio di 82 aa
Giunge in PS per dispnea e febbre da due giorni, tosse produttiva ad escreato giallastro.
APR: portatore di PM, pregresso ictus cerebri, cardiomiopatia dilatativa
Terapia farmacologica: ASA, furosemide, spironolattone, amiodarone, ramipril
EO:
soporoso, GCS: 10
FR 24, SpO2: 84% in aria ambiente
PA: 105/70 mmhg, FC 110, temp 38°
Crepitii basali a sinistra e mediobasali a destra.
Addome nella norma.
Non turgore giugulare, non edemi declivi
Il medico di PS incannulla vena periferica, inizia O2 terapia con Ventimask al 50 %, inizia monitoraggio non invasivo. Chiama il rianimatore in consulenza per sospetta sepsi.
Domanda
Quale dei seguenti esami di laboratorio è indispensabile per completare la diagnosi e indirizzare terapia e prognosi:
- A Transaminasi
 - B Glicemia
 - C Emocromo e piastrine
 - D Azotemia
 - E Creatinina

- 14) **CASO 3**
Maschio di 82 aa
Giunge in PS per dispnea e febbre da due giorni, tosse produttiva ad escreato giallastro.
APR: portatore di PM, pregresso ictus cerebri, cardiomiopatia dilatativa
Terapia farmacologica: ASA, furosemide, spironolattone, amiodarone, ramipril
EO:
soporoso, GCS: 10
FR 24, SpO2: 84% in aria ambiente
PA: 105/70 mmhg, FC 110, temp 38°
Crepitii basali a sinistra e mediobasali a destra.
Addome nella norma.
Non turgore giugulare, non edemi declivi
Il medico di PS incannulla vena periferica, inizia O2 terapia con Ventimask al 50 %, inizia monitoraggio non invasivo. Chiama il rianimatore in consulenza per sospetta sepsi.
Domanda
Quale dei seguenti parametri è incluso nel SOFA (Sepsis Organ Failure Assessment)
- A Rapporto PaO2/FiO2
 - B Acido lattico
 - C Indice cardiaco
 - D Rapporto PVC/PAM
 - E Proteina C reattiva

- 15) **CASO 3**
Maschio di 82 aa
Giunge in PS per dispnea e febbre da due giorni, tosse produttiva ad escreato giallastro.
APR: portatore di PM, pregresso ictus cerebri, cardiomiopatia dilatativa
Terapia farmacologica: ASA, furosemide, spironolattone, amiodarone, ramipril
EO:
soporoso, GCS: 10
FR 24, SpO2: 84% in aria ambiente
PA: 105/70 mmhg, FC 110, temp 38°
Crepitii basali a sinistra e mediobasali a destra.
Addome nella norma.
Non turgore giugulare, non edemi declivi
Il medico di PS incannulla vena periferica, inizia O2 terapia con Ventimask al 50 %, inizia monitoraggio non

Handwritten signature

invasivo. Chiama il rianimatore in consulenza per sospetta sepsi.

Domanda

Il paziente viene ricoverato in rianimazione. Dopo 2 ore dall'ammissione il quadro clinico include:

GCS: 10, FR 26, SpO₂: 96 % con FiO₂ 0,5 (Ventimask) PA: 85/50 mmhg, FC 120, temp 38,5°.

Quale dei seguenti interventi è appropriato:

- A Infusione di vasopressina 0.04 unità/min
- B Infusione di noradrenalina con target PAM 65 mmHg
- C Ventilazione non invasiva (CPAP)
- D Infusione di noradrenalina con target PAS 110 mmHg
- E Intubazione endotracheale considerato il peggioramento del GCS

