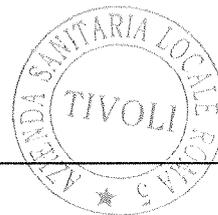


**DOMANDE CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA
COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 6 POSTI DI
DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA ANESTESIA E RIANIMAZIONE -
PROVA PRATICA - BUSTA 2**



4 28 2018

1) **CASO CLINICO 3: Terapia del dolore non oncologico. Low Back Pain**

Paziente di 80 anni, affetto da dolore lombare da oltre 3 mesi. Comorbidità: diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica.

Il dolore è localizzato soprattutto alla fascia lombare bilateralmente, con dolore alla regione sacroiliaca di destra. Progressi episodi di lombosciatalgia a dx con parestesie (formicolii, sensazione di bruciore e scosse elettriche).

NRS 4-6 a riposo e NRS 8-9 durante le crisi.

RMN: spondiloartrosi ed ipertrofia delle faccette articolari da L2 a L5. Protrusioni discali L3-L4 ed L4-L5 a dx con compressione radicolare e modesta stenosi del canale midollare.

Domanda

Il dolore da lombosciatalgia in genere è di tipo:

- A Nocicettivo viscerale
- B Misto (neuropatico e nocicettivo)
- C Neuropatico
- D Nocicettivo

2) **CASO CLINICO 3: Terapia del dolore non oncologico. Low Back Pain**

Paziente di 80 anni, affetto da dolore lombare da oltre 3 mesi. Comorbidità: diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica.

Il dolore è localizzato soprattutto alla fascia lombare bilateralmente, con dolore alla regione sacroiliaca di destra. Progressi episodi di lombosciatalgia a dx con parestesie (formicolii, sensazione di bruciore e scosse elettriche).

NRS 4-6 a riposo e NRS 8-9 durante le crisi.

RMN: spondiloartrosi ed ipertrofia delle faccette articolari da L2 a L5. Protrusioni discali L3-L4 ed L4-L5 a dx con compressione radicolare e modesta stenosi del canale midollare.

Domanda

Quali sono le caratteristiche del dolore neuropatico?

- A E' di tipo disestesico (parestesie, formicolii) associato a sensazioni termiche abnormi (bruciore o freddo)
- B Può essere parossistico (lancinante, come scossa elettrica)
- C Tutte le alternative proposte sono corrette
- D E' definito come un "dolore che origina come diretta conseguenza di una lesione o di una patologia che interessa il sistema somatosensoriale"

3) **CASO CLINICO 3: Terapia del dolore non oncologico. Low Back Pain**

Paziente di 80 anni, affetto da dolore lombare da oltre 3 mesi. Comorbidità: diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica.

Il dolore è localizzato soprattutto alla fascia lombare bilateralmente, con dolore alla regione sacroiliaca di destra. Progressi episodi di lombosciatalgia a dx con parestesie (formicolii, sensazione di bruciore e scosse elettriche).

NRS 4-6 a riposo e NRS 8-9 durante le crisi.

RMN: spondiloartrosi ed ipertrofia delle faccette articolari da L2 a L5. Protrusioni discali L3-L4 ed L4-L5 a dx con compressione radicolare e modesta stenosi del canale midollare.

Domanda

Il dolore di questo caso clinico può essere considerato:

- A Cronico di tipo neuropatico
- B Acuto, di tipo nocicettivo
- C Cronico con componente nocicettiva e neuropatica
- D Cronico di tipo nocicettivo

4) **CASO CLINICO 3: Terapia del dolore non oncologico. Low Back Pain**

Paziente di 80 anni, affetto da dolore lombare da oltre 3 mesi. Comorbidità: diabete mellito, ipertensione

arteriosa, cardiopatia ischemica.

Il dolore è localizzato soprattutto alla fascia lombare bilateralmente, con dolore alla regione sacroiliaca di destra. Pregressi episodi di lombosciatalgia a dx con parestesie (formicolii, sensazione di bruciore e scosse elettriche).

NRS 4-6 a riposo e NRS 8-9 durante le crisi.

RMN: spondiloartrosi ed ipertrofia delle faccette articolari da L2 a L5. Protrusioni discali L3-L4 ed L4-L5 a dx con compressione radicolare e modesta stenosi del canale midollare.

Domanda

Di quali trattamenti può giovare il paziente?

- A Radiofrequenza delle faccette articolari lombari
- B Trattamento farmacologico multimodale
- C Infiltrazione di anestetici locali e cortisonici nell'articolazione sacroiliaca
- D Tutte le alternative proposte sono corrette



5) **CASO CLINICO 3: Terapia del dolore non oncologico. Low Back Pain**

Paziente di 80 anni, affetto da dolore lombare da oltre 3 mesi. Comorbidità: diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica.

Il dolore è localizzato soprattutto alla fascia lombare bilateralmente, con dolore alla regione sacroiliaca di destra. Pregressi episodi di lombosciatalgia a dx con parestesie (formicolii, sensazione di bruciore e scosse elettriche).

NRS 4-6 a riposo e NRS 8-9 durante le crisi.

RMN: spondiloartrosi ed ipertrofia delle faccette articolari da L2 a L5. Protrusioni discali L3-L4 ed L4-L5 a dx con compressione radicolare e modesta stenosi del canale midollare.

Domanda

In cosa consiste il trattamento farmacologico nel caso in questione di low back pain:

- A FANS e Cortisonici negli episodi acuti, Oppioidi ATC (tipo Tapentadolo) o transdermici (tipo Brunenorfina) associati ad Antiepilettici (tipo Pregabalin)
- B Acetil Carnitina, Pregabalin o altri epilettici dato il carattere neuropatico del dolore
- C FANS e Paracetamolo al bisogno
- D Cortisonici, sfruttando il loro effetto anti-infiammatorio

6) **Caso clinico 3: gestione di emorragia post parto (EPP)**

Marta, primipara, 32 anni, parto eutocico 18 ore prima. Sei chiamate d'urgenza per emorragia in atto. Paziente cosciente, vie aeree pervie, respiro spontaneo con ventimask al 50%, decubito supino in Trendelenburg. Accesso venoso periferico 20 Gauge. Non sono stati rilevati i parametri vitali, inviato emocromo urgente. Il ginecologo di guardia pone indicazione a revisione della cavità uterina.

Domanda

Come va classificata questa emorragia?

- A precoce perché insorta entro le 24 ore dal parto
- B grave perché paziente giovane e in stato di shock
- C intermedia perché insorta fra le 12 e le 24 ore dopo il parto
- D tardiva perché insorta dopo 12 ore dal parto

7) **Caso clinico 3: gestione di emorragia post parto (EPP)**

Marta, primipara, 32 anni, parto eutocico 18 ore prima. Sei chiamate d'urgenza per emorragia in atto. Paziente cosciente, vie aeree pervie, respiro spontaneo con ventimask al 50%, decubito supino in Trendelenburg. Accesso venoso periferico 20 Gauge. Non sono stati rilevati i parametri vitali, inviato emocromo urgente. Il ginecologo di guardia pone indicazione a revisione della cavità uterina.

Domanda

Fino a quale limite le perdite ematiche sono considerate fisiologiche nel post partum vaginale?

- A 300 cc
- B 750 cc
- C dipende dal tempo non dalla quantità
- D 500 cc

8) **Caso clinico 3: gestione di emorragia post parto (EPP)**

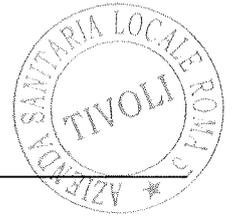
Marta, primipara, 32 anni, parto eutocico 18 ore prima. Sei chiamate d'urgenza per emorragia in atto. Paziente cosciente, vie aeree pervie, respiro spontaneo con ventimask al 50%, decubito supino in Trendelenburg. Accesso venoso periferico 20 Gauge. Non sono stati rilevati i parametri vitali, inviato emocromo urgente. Il ginecologo di guardia pone indicazione a revisione della cavità uterina.

Domanda

Handwritten signature

PA 95/45 mmHg, FC 105 bpm, ISaO₂ 100%, T 35.2 °C Hb 9.5 g/dl, diuresi circa 200 cc (dopo catetere vescicale). Per calcolare lo shock index di quali parametri hai bisogno?

- A del rapporto fra frequenza cardiaca e pressione arteriosa sistolica
- B del rapporto fra frequenza cardiaca e pressione arteriosa media
- C dei lattati, con EAB
- D dell'indice cardiaco, con monitoraggio emodinamico avanzato



9) **Caso clinico 3: gestione di emorragia post parto (EPP)**

Marta, primipara, 32 anni, parto eutocico 18 ore prima. Sei chiamata d'urgenza per emorragia in atto. Paziente cosciente, vie aeree pervie, respiro spontaneo con ventimask al 50%, decubito supino in Trendelenburg. Accesso venoso periferico 20 Gauge. Non sono stati rilevati i parametri vitali, inviato emocromo urgente. Il ginecologo di guardia pone indicazione a revisione della cavità uterina.

Domanda

Il ginecologo intende trasfondere immediatamente la paziente. Sei d'accordo con questa strategia?

- A no, i cristalloidi, Ringer lattato, in rapporto 3:1 rispetto alla perdita ematica, sono la prima soluzione da somministrare
- B sì
- C no, preferibile il ripristino del volume circolante con colloid: gelatine, amido idrossietilico
- D no, perchè valori di Hb > a 7 g/dl controindicano la trasfusione

10) **Caso clinico 3: gestione di emorragia post parto (EPP)**

Marta, primipara, 32 anni, parto eutocico 18 ore prima. Sei chiamata d'urgenza per emorragia in atto. Paziente cosciente, vie aeree pervie, respiro spontaneo con ventimask al 50%, decubito supino in Trendelenburg. Accesso venoso periferico 20 Gauge. Non sono stati rilevati i parametri vitali, inviato emocromo urgente. Il ginecologo di guardia pone indicazione a revisione della cavità uterina.

Domanda

Per identificare la causa dell'emorragia è opportuno:

- A esame urgente della coagulazione
- B Ricercare le quattro "T"
- C È compito esclusivo del ginecologo
- D TAC con mezzo di contrasto

11) **CASO 2**

Donna 39 anni, finita fuori strada in auto

Uscita da sola dall'auto, allerta 112 VVFF che giungono in pochi minuti.

Posizionato il collare. I parametri emodinamici sono buoni ed il Glasgow Coma Scale è 15

All'arrivo in Pronto Soccorso i parametri sono i seguenti:

PA 103/95 FC 98/min. FR 30 a/min SaO₂ 100% (aa)

In anamnesi nulla di rilevante, nega precedenti ricoveri ospedalieri o patologie, assume unicamente ferro per os per anemia sideropenica da mestruazioni abbondanti (non ricorda il valore di emoglobina).

All'obiettività l'addome è impastato, poco dolente al fianco sinistro senza peritonismo. Riferisce dolore all'anca sinistra e al ginocchio sinistro durante la deambulazione

Restante obiettività negativa.

Domanda

E' corretto affermare che:

- A La dinamica è a basso impatto e rassicurante in quanto la paziente è uscita dall'auto da sola
- B L'assenza di peritonismo esclude problematiche addominali maggiori
- C La tachipnea è sempre un significativo elemento di allarme
- D La frequenza cardiaca superiore a 90 è indicativa di alto rischio di shock emorragico
- E La pressione differenziale bassa non da alcuna indicazione diagnostica

12) **CASO 2**

Donna 39 anni, finita fuori strada in auto

Uscita da sola dall'auto, allerta 112 VVFF che giungono in pochi minuti.

Posizionato il collare. I parametri emodinamici sono buoni ed il Glasgow Coma Scale è 15

All'arrivo in Pronto Soccorso i parametri sono i seguenti:

PA 103/95 FC 98/min. FR 30 a/min SaO₂ 100% (aa)

In anamnesi nulla di rilevante, nega precedenti ricoveri ospedalieri o patologie, assume unicamente ferro

U 25 BR

per os per anemia sideropenica da mestruazioni abbondanti (non ricorda il valore di emoglobina).

All'obiettività l'addome è impastato, poco dolente al fianco sinistro senza peritonismo. Riferisce dolore all'anca sinistra e al ginocchio sinistro durante la deambulazione
Restante obiettività negativa.

Domanda

A quale dei seguenti esami strumentali dai la priorità:

- A Rx addome in bianco
- B Rx arti inferiori
- C Rx torace
- D Eco Fast
- E Rx bacino per anche



- 13) **CASO 2**
Donna 39 anni, finita fuori strada in auto
Uscita da sola dall'auto, allerta 112 VVFF che giungono in pochi minuti.
Posizionato il collare. I parametri emodinamici sono buoni ed il Glasgow Coma Scale è 15
All'arrivo in Pronto Soccorso i parametri sono i seguenti:
PA 103/95 FC 98/min. FR 30 a/min SaO2 100% (aa)
In anamnesi nulla di rilevante, nega precedenti ricoveri ospedalieri o patologie, assume unicamente ferro per os per anemia sideropenica da mestruazioni abbondanti (non ricorda il valore di emoglobina).
All'obiettività l'addome è impastato, poco dolente al fianco sinistro senza peritonismo. Riferisce dolore all'anca sinistra e al ginocchio sinistro durante la deambulazione
Restante obiettività negativa.
Domanda
EGA: spO2 99 %, pH 7.44, pcO2 23 pO2 118 Na 135 Cl 109 Ca 1.13 Glu 249 Lac 3.8 BE -7.4 HCO3 15.6;
Hb: 8.7; sono presenti elementi di allarme ?
A Si perchè l'iperglicemia pone il sospetto di diabete misconosciuto
B No perchè la clinica determina da sola la prognosi anche in presenza di alterazioni di laboratorio
C No, perchè il pH pO2 sono normali e i valori di emoglobina sono ben tollerati da paziente giovane e sano
D Si perchè è presente un quadro di acidosi metabolica e respiratoria
E Si perchè è presente un quadro misto di acidosi metabolica e alcalosi respiratoria

- 14) **CASO 2**
Donna 39 anni, finita fuori strada in auto
Uscita da sola dall'auto, allerta 112 VVFF che giungono in pochi minuti.
Posizionato il collare. I parametri emodinamici sono buoni ed il Glasgow Coma Scale è 15
All'arrivo in Pronto Soccorso i parametri sono i seguenti:
PA 103/95 FC 98/min. FR 30 a/min SaO2 100% (aa)
In anamnesi nulla di rilevante, nega precedenti ricoveri ospedalieri o patologie, assume unicamente ferro per os per anemia sideropenica da mestruazioni abbondanti (non ricorda il valore di emoglobina).
All'obiettività l'addome è impastato, poco dolente al fianco sinistro senza peritonismo. Riferisce dolore all'anca sinistra e al ginocchio sinistro durante la deambulazione
Restante obiettività negativa.
Domanda
Sono stati richieste indagini strumentali ed stato attivato in consulenza il chirurgo; quale intervento terapeutico è nel frattempo appropriato:
A NaHCO3 1 mEq/kg in infusione lenta per ripristinare i livelli di bicarbonati e innalzare la CO2
B Infusione rapida di 500 ml di Ringer lattato in ragione della bassa PAM
C Insulina pronta 5U sc e 5U ev
D Infusione di cristalloidi, monitoraggio emodinamico e della diuresi
E Infusione di colloidali per ripristinare una PAS superiore a 110 mmHg

- 15) **CASO 2**
Donna 39 anni, finita fuori strada in auto
Uscita da sola dall'auto, allerta 112 VVFF che giungono in pochi minuti.
Posizionato il collare. I parametri emodinamici sono buoni ed il Glasgow Coma Scale è 15
All'arrivo in Pronto Soccorso i parametri sono i seguenti:
PA 103/95 FC 98/min. FR 30 a/min SaO2 100% (aa)



In anamnesi nulla di rilevante, nega precedenti ricoveri ospedalieri o patologie, assume unicamente ferro per os per anemia sideropenica da mestruazioni abbondanti (non ricorda il valore di emoglobina).

All'obiettività l'addome è impastato, poco dolente al fianco sinistro senza peritonismo. Riferisce dolore all'anca sinistra e al ginocchio sinistro durante la deambulazione

Restante obiettività negativa.

Domanda

Gli esami strumentali dimostrano la presenza di versamento addominale libero nello spazio del Morrison, quale intervento è appropriato:



- A Inviare con urgenza la paziente in sala operatoria
- B Stabilizzare le condizioni emodinamiche
- C Effettuare TC total body con contrasto considerando lo stato emodinamico della paziente
- D Inviare con urgenza la paziente al radiologo interventista
- E Effettuare TC total body senza mezzo di contrasto per il rischio di reazione allergica e peggioramento delle condizioni emodinamiche