

Paziente di 77 anni, con diagnosi di neoplasia del colon e metastasi epatiche e lombosacrali. Presenza di dolore intenso continuo di tipo nocicettivo a livello addominale (fianco destro) con episodi di esacerbazione durante la giornata, soprattutto a livello lombare. Il MMG prescrive terapia con Codeina-Paracetamolo (30+500) 3 volte al giorno e Ibuprofene 600 mg durante le crisi iperalgesiche.

Il controllo del dolore è scarso con NRS 6-7 a riposo e NRS 10 durante le crisi.

La paziente si rivolge ad un centro di Terapia del dolore.

Domanda

Il Dolore Episodico intenso (Breakthroughpain) è



- A Nessuna delle alternative proposte
- B Un'esacerbazione transitoria del dolore di durata generalmente breve, che insorge in pazienti oncologici in assenza di altre terapie antalgiche
- C Un'esacerbazione transitoria del dolore di durata generalmente breve, che insorge in pazienti oncologici con dolore di base mantenuto per la maggior parte della giornata sotto la soglia del dolore
- D Un'esacerbazione transitoria del dolore in una situazione di benessere

5) **CASO CLINICO 2: Terapia del dolore oncologico. Tumore del colon con metastasi epatiche ed ossee.**

Paziente di 77 anni, con diagnosi di neoplasia del colon e metastasi epatiche e lombosacrali. Presenza di dolore intenso continuo di tipo nocicettivo a livello addominale (fianco destro) con episodi di esacerbazione durante la giornata, soprattutto a livello lombare.

Il MMG prescrive terapia con Codeina-Paracetamolo (30+500) 3 volte al giorno e Ibuprofene 600 mg durante le crisi iperalgesiche.

Il controllo del dolore è scarso con NRS 6-7 a riposo e NRS 10 durante le crisi.

La paziente si rivolge ad un centro di Terapia del dolore.

Domanda

Nella terapia del dolore cronico oncologico bisogna:

- A Titolare gli oppioidi per raggiungere la dose minima efficace e limitare gli effetti collaterali
- B Ottimizzare la strategia antalgica con farmaci ad orario fisso (Around The Clock - ATC)
- C Tutte le affermazioni sono corrette
- D Utilizzare rescue medications, ossia di dosi supplementari di farmaci, in genere oppioidi, al regime analgesico di base

6) **CASO CLINICO 2: la gestione di paziente affetto da diabete 2 in terapia insulinica**

Marco, 74 anni, intervento di plastica protesica per ernia inguinoscrotale. Da circa 15 anni diabete mellito 2 (DM2) trattato inizialmente con metformina. Da circa tre anni insulina prima a boli, poi per scarsa aderenza terapeutica tramite pompa. Nonostante la terapia il controllo glicemico non è ottimale e i valori di emoglobina A1c sono sempre stati superiori a 6.5 mg/dl negli ultimi due anni. Il paziente è obeso e il suo BMI è maggiore di 30.

Domanda

La classificazione ASA del paziente è:

- A ASA 2 perchè il chirurgo è molto veloce. Si potrà successivamente convertire il ricovero da DS a ordinario, se necessario.
- B ASA 2 e può essere operato in regime di day surgery (DS)
- C ASA 3, ma può essere operato in DS
- D ASA 3, e deve essere operato in ricovero ordinario per età maggiore di 70 anni

7) **CASO CLINICO 2: la gestione di paziente affetto da diabete 2 in terapia insulinica**

Marco, 74 anni, intervento di plastica protesica per ernia inguinoscrotale. Da circa 15 anni diabete mellito 2 (DM2) trattato inizialmente con metformina. Da circa tre anni insulina prima a boli, poi per scarsa aderenza terapeutica tramite pompa. Nonostante la terapia il controllo glicemico non è ottimale e i valori di emoglobina A1c sono sempre stati superiori a 6.5 mg/dl negli ultimi due anni. Il paziente è obeso e il suo BMI è maggiore di 30.

Domanda

Durante la gestione perioperatoria, è necessario valutare le impostazioni della pompa per insulina del paziente ?

- A sì, ma solo se la glicemia è maggiore di 300 mg/dl
- B Sì è sempre necessario
- C sì, ma solo se la glicemia è maggiore di 250 mg/dl
- D non è mai necessario

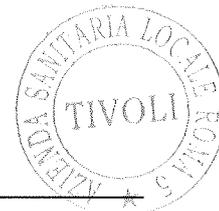
8) **CASO CLINICO 2: la gestione di paziente affetto da diabete 2 in terapia insulinica**

Marco, 74 anni, intervento di plastica protesica per ernia inguinoscrotale. Da circa 15 anni diabete mellito 2 (DM2) trattato inizialmente con metformina. Da circa tre anni insulina prima a boli, poi per scarsa aderenza terapeutica tramite pompa. Nonostante la terapia il controllo glicemico non è ottimale e i valori di emoglobina A1c sono sempre stati superiori a 6.5 mg/dl negli ultimi due anni. Il paziente è obeso e il suo BMI è maggiore di 30.

Domanda

Il paziente è il terzo della lista e verosimilmente verrà operato non prima delle h 12. E' corretto:

- A modificare la lista operatoria con intervento alle H 08:00
- B mantenere a digiuno il paziente dalle h 24, e sospendere l'infusione d' insulina
- C somministrare 500 cc di sol glucosata al 5 % nelle due ore precedenti l'induzione
- D mantenere a digiuno il paziente dalle h 24 e continuare l'infusione d'insulina



9) **CASO CLINICO 2: la gestione di paziente affetto da diabete 2 in terapia insulinica**

Marco, 74 anni, intervento di plastica protesica per ernia inguinoscrotale. Da circa 15 anni diabete mellito 2 (DM2) trattato inizialmente con metformina. Da circa tre anni insulina prima a boli, poi per scarsa aderenza terapeutica tramite pompa. Nonostante la terapia il controllo glicemico non è ottimale e i valori di emoglobina A1c sono sempre stati superiori a 6.5 mg/dl negli ultimi due anni. Il paziente è obeso e il suo BMI è maggiore di 30.

Domanda

Il paziente si presenta lievemente confuso e sudato in sala operatoria, cosa fai?

- A controlli i parametri vitali, se stabili, e procedi con anestesia generale
- B controlli i parametri vitali, se stabili, e procedi con loco regionale
- C Non fai alcun controllo e induci anestesia generale
- D controlli la glicemia, inizi idratazione ev pratici eventuali correzioni

10) **CASO CLINICO 2: la gestione di paziente affetto da diabete 2 in terapia insulinica**

Marco, 74 anni, intervento di plastica protesica per ernia inguinoscrotale. Da circa 15 anni diabete mellito 2 (DM2) trattato inizialmente con metformina. Da circa tre anni insulina prima a boli, poi per scarsa aderenza terapeutica tramite pompa. Nonostante la terapia il controllo glicemico non è ottimale e i valori di emoglobina A1c sono sempre stati superiori a 6.5 mg/dl negli ultimi due anni. Il paziente è obeso e il suo BMI è maggiore di 30.

Domanda

Come gestisci la pompa per l'infusione dell'insulina in sala operatoria:

- A Aumenti la velocità d'infusione per compensare la risposta glicemica allo stress chirurgico
- B sospendi l'infusione e controlli la glicemia prima dell'induzione e subito dopo il risveglio
- C Riduci la velocità d'infusione per evitare l'ipoglicemia
- D ti assicuri che il dispositivo sia ben posizionato, la linea d'infusione non sia angolata, accessibile durante tutta la procedura e programmi controlli seriatati della glicemia ogni ora

11) **CASO 1**

Uomo, 55 anni. La moglie lo ha trovato incosciente nel letto alle 8 di mattina e ha chiamato il 112/118. Dispatch: non risponde, non respira. Il mezzo ASI (automezzo di Soccorso Infermieristico) giunge in 4 minuti. DAE: FV, somministrata 1 scarica con successivo ROSC; PA 100/60 FC 110 aritmico, respiro spontaneo con FR 28/minuto. Vena periferica incannulata con infusione di cristalloidi, monitoraggio ECG, ventilazione spontanea con Ventimask FIO2 50 %, SpO2 98 %. paziente disorientato, risponde allo stimolo verbale (GCS 13). Medicalizzazione nel più vicino PS in 8 minuti. All'arrivo in sala rossa il paziente non risponde e non respira. Al monitor FV.

Domanda

E' corretto:

- A Effettuare 1 minuto di massaggio cardiaco esterno prima di erogare DC Shock
- B Modificare la posizione degli elettrodi per escludere artefatti muscolari
- C Somministrare adrenalina 1 mg ev
- D Valutare il polso carotideo per 10 secondi
- E Erogare un DC Shock

12) **CASO 1**

Uomo, 55 anni. La moglie lo ha trovato incosciente nel letto alle 8 di mattina e ha chiamato il 112/118. Dispatch: non risponde, non respira. Il mezzo ASI (automezzo di Soccorso Infermieristico) giunge in 4 minuti. DAE: FV, somministrata 1 scarica con successivo ROSC; PA 100/60 FC 110 aritmico, respiro spontaneo con FR 28/minuto. Vena periferica incannulata con infusione di cristalloidi, monitoraggio ECG, ventilazione spontanea con Ventimask FIO2 50 %, SpO2 98 %. paziente disorientato, risponde allo stimolo

verbale (GCS 13). Medicalizzazione nel più vicino PS in 8 minuti. All'arrivo in sala rossa il paziente non risponde e non respira. Al monitor FV.

Domanda

Subito dopo il 1 shock permane FV al monitor; è corretto:

- A Somministrare 150 mg di amiodarone
- B Procedere con 2 minuti di compressioni toraciche e ventilazioni a rapporto 15/2
- C Somministrare immediatamente un 2^a shock
- D Iniziare MCE, ventilazione assistita e continuare per 2 minuti
- E Somministrare 1 mg di adrenalina



13) CASO 1

Uomo, 55 anni. La moglie lo ha trovato incosciente nel letto alle 8 di mattina e ha chiamato il 112/118. Dispatch: non risponde, non respira. Il mezzo ASI (automezzo di Soccorso Infermieristico) giunge in 4 minuti. DAE: FV, somministrata 1 scarica con successivo ROSC; PA 100/60 FC 110 aritmico, respiro spontaneo con FR 28/minuto. Vena periferica incannulata con infusione di cristalloidi, monitoraggio ECG, ventilazione spontanea con Ventimask FiO2 50 %, SpO2 98 %. paziente disorientato, risponde allo stimolo verbale (GCS 13). Medicalizzazione nel più vicino PS in 8 minuti. All'arrivo in sala rossa il paziente non risponde e non respira. Al monitor FV.

Domanda

Dopo 2 minuti dal 1^a shock permane FV al monitor: è corretto:

- A Rivalutare il polso carotideo prima di procedere al 2^a shock
- B Somministrare 150 mg di amiodarone
- C Rivalutare coscienza, respiro e circolo prima di procedere al 2^a shock
- D Somministrare 1 mg di adrenalina
- E Somministrare un 2^a shock

14) CASO 1

Uomo, 55 anni. La moglie lo ha trovato incosciente nel letto alle 8 di mattina e ha chiamato il 112/118. Dispatch: non risponde, non respira. Il mezzo ASI (automezzo di Soccorso Infermieristico) giunge in 4 minuti. DAE: FV, somministrata 1 scarica con successivo ROSC; PA 100/60 FC 110 aritmico, respiro spontaneo con FR 28/minuto. Vena periferica incannulata con infusione di cristalloidi, monitoraggio ECG, ventilazione spontanea con Ventimask FiO2 50 %, SpO2 98 %. paziente disorientato, risponde allo stimolo verbale (GCS 13). Medicalizzazione nel più vicino PS in 8 minuti. All'arrivo in sala rossa il paziente non risponde e non respira. Al monitor FV.

Domanda

Subito dopo il 2 shock permane FV al monitor; è corretto:

- A Somministrare 300 mg di amiodarone e 1 mg di adrenalina
- B Rivalutare il polso carotideo
- C Procedere con 1 minuto di compressioni toraciche e ventilazioni a rapporto 30/2
- D Somministrare 150 mg di amiodarone
- E Somministrare immediatamente un 3^a shock

15) CASO 1

Uomo, 55 anni. La moglie lo ha trovato incosciente nel letto alle 8 di mattina e ha chiamato il 112/118. Dispatch: non risponde, non respira. Il mezzo ASI (automezzo di Soccorso Infermieristico) giunge in 4 minuti. DAE: FV, somministrata 1 scarica con successivo ROSC; PA 100/60 FC 110 aritmico, respiro spontaneo con FR 28/minuto. Vena periferica incannulata con infusione di cristalloidi, monitoraggio ECG, ventilazione spontanea con Ventimask FiO2 50 %, SpO2 98 %. paziente disorientato, risponde allo stimolo verbale (GCS 13). Medicalizzazione nel più vicino PS in 8 minuti. All'arrivo in sala rossa il paziente non risponde e non respira. Al monitor FV.

Domanda

Dopo 2 minuti dal 2 shock al monitor FV; viene erogato il 3 shock e il monitor evidenzia ritmo compatibile con polso; è corretto:

- A Continuare il massaggio cardiaco esterno per 2 minuti anche in presenza di segni di circolo
- B Continuare il massaggio cardiaco esterno per 2 minuti interrompendolo prima solo in presenza di segni di circolo
- C Valutare la coscienza
- D Valutare il respiro per 10 secondi
- E Valutare la pressione arteriosa