

Semeiotica del paziente operato

RIASSUNTO

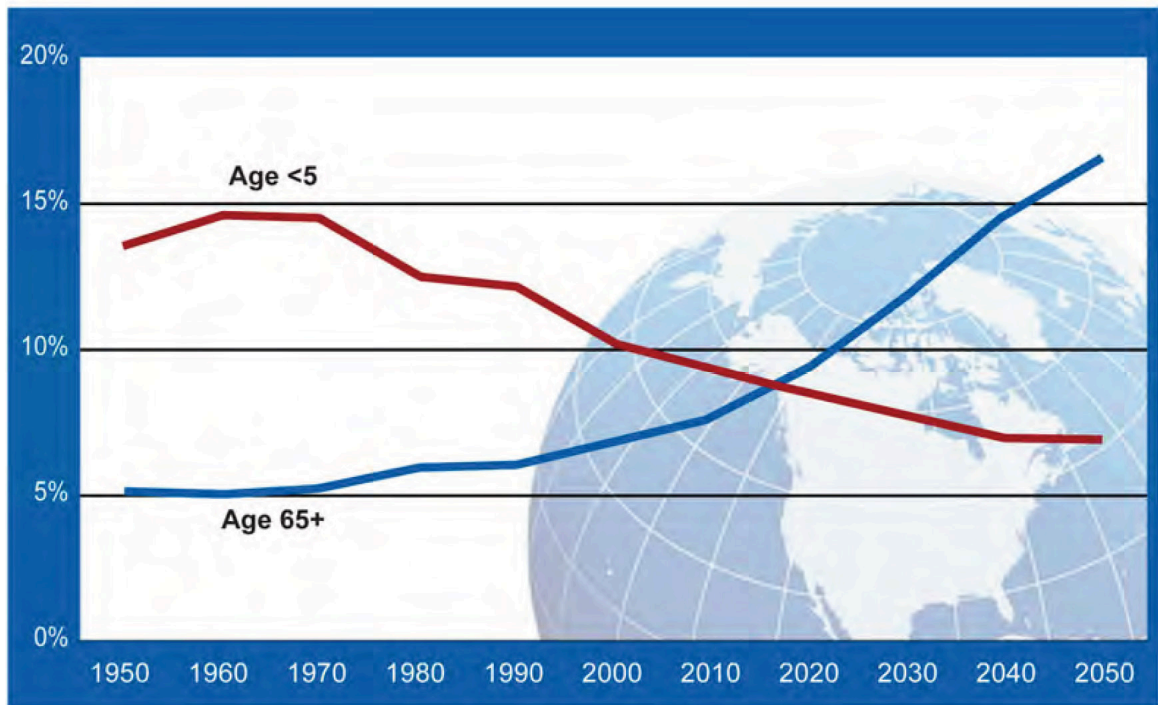
La semeiotica è la base della pratica clinica fin dagli albori della disciplina chirurgica. Grazie all'avanzare delle conoscenze mediche ed al progresso della tecnologia, oggi la valutazione del paziente operato può avvalersi anche di strumenti di imaging quali l'ecografia al letto del paziente, in grado di costituire un'estensione dei "sensi" del clinico. Il punto centrale della semeiotica nel paziente operato risiede nel non sempre facile discernimento fra segni e sintomi para-fisiologici legati allo "stress" chirurgico ed un evento sentinella di una complicanza, che se non affrontata in tempo utile, può condizionare in modo significativo il decorso del paziente. Solo un monitoraggio cosciente, prudente e costante del paziente può aiutare a discriminare tale problematica.

Il capitolo consta di due parti distinte: nella prima vengono presentate le nuove frontiere della gestione peri-operatoria, con particolare attenzione ai protocolli di *fast-track* ed all'uso della metodica ecografica "bed side", seguite dall'approfondimento dei parametri vitali da considerare, delle invasività utilizzate e dalla loro corretta modalità di valutazione; la seconda parte approfondisce invece la semeiotica delle complicanze, con particolare attenzione alla loro presentazione ed ai segni più utili per un loro corretto riconoscimento e trattamento.

L'obiettivo primario del capitolo risulta quello di sottolineare l'importanza della semeiotica clinica classica che deve costituire sempre il primo tempo della valutazione del paziente operato, allo scopo di guidare con buon senso le strategie diagnostico terapeutiche successive.

CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE

Come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il mondo sta affrontando una situazione nuova senza precedenti: infatti presto vi saranno più anziani che giovani (**Figura QR 42.1**). Nel 2010 la popolazione anziana (sopra i 65 anni) a livello mondiale era rappresentata da circa 524 milioni di persone, valore che si presume possa arrivare a sfiorare 1,5 miliardi nel 2050. L'aumento dell'aspettativa di vita, dai 50 anni di media nei primi del novecento agli 80 attuali, con la popolazione italiana seconda attualmente per longevità solo a quella giapponese, è stata legata principalmente alle vittorie ottenute su diversi fronti: infettivo (con il debellamento grazie ai vaccini di malattie letali come il vaiolo, la polio, ed il morbillo), oncologico (farmaci biologici, anticorpi monoclonali etc.), nutrizionale e preventivo/educativo, volto ad ottenere un migliore standard di vita. Questa nuova generazione di anziani soffrirà però sempre più di malattie croniche e degenerative denominate "*non-communicable diseases*" (ovvero non trasmissibili), quali il cancro, il diabete, le malattie cardiovascolari. Queste vanno ad intersecarsi con quella definita la "*frailty syndrome*" ovvero sindrome della fragilità nell'anziano, che rappresenta una sindrome cronica e multifattoriale, caratterizzata da una



diminuzione della riserva funzionale, malnutrizione e sarcopenia, con conseguente diminuzione della forza fisica e delle capacità ad essa correlate.

Risulta evidente, pertanto, che il gesto chirurgico, di qualunque tipo sia, genererà uno stress maggiore nel paziente anziano sotto diversi fronti, primo fra tutti sul metabolismo e sul sistema immunitario, entrambi stimolati dall'iperattivazione del sistema nervoso autonomo. Lo stress chirurgico genera a livello ipotalamico un'ipersecrezione di catecolamine con vasocostrizione arteriosa, ipertensione e tachicardia. Queste modifiche, associate ai cambiamenti morfo-strutturali derivanti dall'invecchiamento, che condizionano di per sé una diminuzione della contrattilità cardiaca e vascolare, possono portare a uno stato di relativa ischemia miocardica o allo sviluppo di aritmie potenzialmente fatali. Inoltre, le catecolamine circolanti sostengono uno stato di infiammazione e di immunosoppressione, che inibisce la produzione di citochine, prostaglandine e istamina con conseguente diminuita risposta dei neutrofili e dei macrofagi a favore di una risposta dei linfociti Th2 e successiva limitazione della risposta immunitaria.

Nei pazienti anziani vi è inoltre spesso un calo ponderale derivante, oltre che da modificazioni strutturali a livello intestinale per una diminuzione dei villi intestinali, anche da una riduzione consistente dell'appetito dovuta a fattori di varia natura. Inoltre, con l'età il parenchima epatico riduce globalmente il suo volume e il numero degli epatociti, perdendo capacità di sintesi proteica e di detossificazione dei farmaci, utilizzati nel periodo peri-operatorio, oltre alla capacità di rigenerarsi in seguito al danno chirurgico. Queste modificazioni portano a uno stato di malnutrizione in circa il 70% dei pazienti anziani incrementando il rischio di mortalità post-operatoria. In aggiunta a ciò, le modificazioni della composizione dell'organismo con incremento della massa grassa a discapito della massa muscolare, oltre che causare una perdita di forza, compromettono l'utilizzo delle proteine muscolari come fonte energetica di riserva durante lo stress. Tale deplezione proteica, associata alle modifiche anatomiche del torace derivanti dall'età, causa una diminuzione delle capacità funzionali della parete toracica, accrescendo il rischio di complicanze polmonari. Inoltre, la maggior prevalenza di BPCO (*Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva*) in tale popolazione, incrementa di circa 3 volte rispetto alla

popolazione giovane, il rischio di sviluppo di eventi polmonari acuti. Infine, anche l'omeostasi idro-elettrolitica risulta più complessa nell'anziano, in correlazione ai cambiamenti fisiologici derivanti dalla senescenza del parenchima renale.

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) - Approfondimento

Nella fase preoperatoria, vi è una spiccata attenzione verso l'aspetto nutrizionale del paziente, sull'assenza di preparazione orale ed intestinale, sulla riduzione delle ore di digiuno precedenti all'intervento e sull'approccio anestesiológico, il tutto volto a mantenere l'omeostasi del paziente prima dello stress operatorio.

Nella fase intraoperatoria, gestita prevalentemente dall'anestesista, l'ERAS, si concentra sempre sull'omeostasi termica e dei fluidi, sulla scelta di tecniche anestesiológicas volte a ridurre lo stress e sull'uso di anestetici a breve durata d'azione, evitando il più possibile gli oppioidi. Il chirurgo sceglierà se possibile approcci mininvasivi evitando di routine il posizionamento di drenaggi, se non strettamente necessari.

L'ultima fase, quella ***post-operatoria***, non prevede di routine il posizionamento di sondini nasogastrici, mentre si concentra su una pronta ripresa dell'alimentazione, della canalizzazione e della mobilitazione del paziente. Drenaggi e catetere vescicali vengono rimossi il prima possibile per evitare infezioni secondarie. Il controllo della glicemia in questa fase è fondamentale, infatti i picchi iperglicemici, indotti da infusioni di soluzioni di glucosio a varie concentrazioni che favoriscono fenomeni di resistenza insulinica, si correlano in modo significativo con un aumento delle complicanze post-operatorie.

Ad oggi i capitoli nazionali della ERAS® Society sono diffusi in pressoché tutti i paesi industrializzati e collaborano attivamente, al fine di adeguare costantemente i protocolli, seguendo gli aggiornamenti delle metodiche chirurgiche, le tecniche anestesiológicas e le novità farmacologiche. Il tallone d'Achille di questo protocollo rimane la sua applicabilità, intesa come capacità da parte dei vari attori di aderire ad esso, sradicando vecchie abitudini consolidate, infatti come riportato da Ljungqvist co-fondatore dell'ERAS, *"the more the use of elements that have been proven to improve outcomes, the better the outcomes are going to be"* (più verranno usati elementi di comprovata efficacia, migliori saranno i risultati ottenuti).

Sondino Naso-Gastrico (SNG) - Approfondimento

Il sondino naso-gastrico, solitamente di calibro maggiore, ad una o due vie, viene infatti normalmente posizionato a scopo detensivo, così da rimuovere eventuale materiale gastrico-salivare in prossimità di un'anastomosi chirurgica o nel caso in cui ci si aspetti una ritardata ripresa del transito gastro-intestinale. Il sondino naso-digiunale, di calibro inferiore, più lungo e malleabile, è invece normalmente utilizzato a scopo nutrizionale, permettendo la somministrazione di una alimentazione enterale prescrivibile in tempi differenti a seconda delle necessità cliniche. Mentre questo secondo tipo di sondino è sostanzialmente utilizzato per fornire materiale, il primo è usato per rimuoverlo. Per fare questo, a seconda del quadro clinico, il SNG può essere posizionato con un sacchetto di raccolta a caduta, il cui gradiente aspirativo sarà quello esercitato dalla differente altezza tra posizione della punta del sondino e sacchetto (come poc'anzi descritto per il drenaggio addominale) oppure in aspirazione, dove sarà invece esercitata un'aspirazione negativa da parte di una macchina, la cui pressione può essere impostata dal medico secondo necessità.

Peritonite – Approfondimento

L'uso selettivo degli esami di laboratorio e della ecografia al letto del malato, unitamente al rilievo dei parametri biumorali specifici e eventualmente all'uso di esami strumentali di secondo livello (EGDS, TC, RMN, angiografia), permette al giorno d'oggi di non dover necessariamente candidare il paziente ad un ulteriore trattamento chirurgico, che in particolare nei pazienti anziani o gravati da plurime patologie, potrebbe persino risultare più grave della complicanza stessa. Infatti, anche se il sintomo peritonite deve risvegliare un precoce campanello d'allarme, il suo trattamento va selezionato sulla base di una completezza diagnostica oggi

possibile grazie alla sinergia tra riscontro, obiettività clinica e mezzi diagnostici. In caso di insuccesso della strategia conservativa legato a fattori paziente-operatore-e complicità-dipendenti, talvolta una revisione chirurgica può rendersi indicata e non deve essere motivo di svilimento personale o professionale da parte del chirurgo, e come tale, temuto. Deve essere anzi considerato come uno dei trattamenti possibili cui candidare il paziente e che anche se certamente più invasivo, è anche quello che può comunque risultare più risolutivo, in quanto permette la visione diretta del sito chirurgico, della complicità e rende possibile un trattamento più radicale.

Complicanze renali – Approfondimento

Nel caso in cui l'evento sia determinato dall'inadeguato apporto di liquidi nel corso di un intervento o nelle ore immediatamente successive ad esso, il consiglio resta quello di implementare la terapia infusione, o di impostarla ove assente, mediante infusione di cristalloidi. Al fine di non inficiare il calcolo del bilancio idrico giornaliero, piuttosto che modificare in continuazione la velocità di infusione su un'unica linea, è preferibile impostare una terapia in parallelo, ad esempio 500 mL di soluzione fisiologica, così da mantenere stabile la velocità di infusione sulla prima linea di somministrazione e facilitare poi il calcolo dei liquidi somministrati a fine giornata.

Qualora invece l'oliguria sia secondaria ad una riduzione più o meno brusca della volemia, sarà opportuno ricorrere alla trasfusione di emoderivati in quantità direttamente proporzionale all'anemia documentata, eventualmente supportandola con l'infusione di colloidali così da ripristinare un adeguato volume all'interno del torrente vascolare.

Infine, nel caso in cui il supporto infusione sia risultato adeguato, ma lo spazio vascolare risulti vuoto, ci si potrebbe trovare di fronte ad un paziente che stia sequestrando liquidi in un terzo spazio, senza essere in grado di mantenere un'adeguata volemia. In questo caso proseguire con un'idratazione spinta potrebbe essere solo controproducente, portando allo sviluppo di edemi a livello periferico o polmonare. In questo caso sarà invece necessario somministrare farmaci per aumentare la pressione oncotica, ad esempio l'Albumina, che permettere il richiamo di liquidi dal terzo spazio a quello vascolare e, eventualmente, stimolare la secrezione renale mediante farmaci diuretici o vasodilatatori. Gli stessi diuretici possono essere invece somministrati qualora, soddisfatte tutte le condizioni precedenti, la riduzione della diuresi sia legata ad una effettiva riduzione della funzionalità renale, quindi in un quadro che non sarà più di insufficienza renale pre-renale, come i quadri sopra descritti, ma renale, legata cioè ad un deficit della funzione d'organo. In questo caso la stimolazione farmacologica mediante diuretici, le cui molecole possono essere scelte sulla base delle necessità cliniche e dell'effetto desiderato, porterà ad una ripresa di una diuresi adeguata.

Infine, l'insufficienza renale può palesarsi anche dopo la dimissione generalmente in pazienti anziani, con plurime comorbidità, portatori di una stomia, più frequentemente di una ileostomia. (Con stomia si definisce l'abocco di un viscere cavo alla cute e può riguardare pressoché tutti gli organi cavi dell'organismo). Le stomie intestinali, ileali o colica, sono quelle più frequentemente eseguite e possono essere temporanee o definitive. Una stomia *temporanea* può essere necessaria se il tratto intestinale non può essere adeguatamente preparato per l'intervento chirurgico a causa di una occlusione intestinale dovuta alla malattia stessa o alla formazione di tessuto cicatriziale che restringono il lume intestinale. Una stomia temporanea può anche essere creata per permettere ad una infiammazione o ad un sito chirurgico di guarire senza contaminazione da parte delle feci (protezione di una anastomosi a rischio). Una stomia *permanente* può essere richiesta quando la malattia, o il suo trattamento, compromette la normale funzione intestinale, o quando i muscoli che controllano l'evacuazione non funzionano correttamente o devono essere rimossi per rimuovere la malattia. Le cause più comuni di queste condizioni sono il cancro rettale basso e la malattia infiammatoria intestinale. Se da una parte la stomia rappresenta un'eventualità che il paziente potrebbe avvertire come una limitazione importante alla propria qualità di vita (lavorativa, sociale, personale), oggi, anche grazie ai presidi disponibili, può essere vissuta con maggior serenità, perché gestibile autonomamente o comunque con l'aiuto di una

persona di riferimento. È necessario tenere presente che la stomia rappresenta, come l'alvo, una via attraverso la quale si possono perdere notevoli quantità di liquidi. La differenza sostanziale sta nel fatto che mentre nella evacuazione la perdita è controllabile volontariamente, nella stomia questa è continua a causa del transito spontaneo di liquidi fecali, non modificati e ridotti grazie alla funzione di assorbimento del colon. In questi casi le perdite liquide e saline possono essere anche cospicue, se non adeguatamente controllate attraverso l'uso orale di sostanze adsorbenti e farmaci (Loperamide), che rallentino il transito intestinale. In questi casi è necessario eseguire controlli seriati nel tempo della funzionalità renale, perché non è raro osservare un peggioramento, anche importante, dei valori della azotemia e della creatininemia, associato ad una disidratazione. La pronta reidratazione, inizialmente per via endovenosa a supporto di quella orale, e l'eventuale correzione farmacologica delle alterazioni elettrolitiche, portano nella maggior parte dei casi ad una pronta risoluzione del quadro clinico, con normalizzazione della funzione renale nell'arco di 48-72 ore; nei casi più severi potrebbe invece essere necessario un ricovero ospedaliero prolungato per ottenere una normalizzazione della funzione emuntoria.

SSI Incisionali

Le SSI incisionali possono essere *superficiali* e quindi coinvolgere soltanto la cute ed il tessuto sottostante l'incisione chirurgica o *profonde* e giungere fino alla fascia muscolare. I criteri per definire quelle superficiali sono la presenza di una secrezione purulenta proveniente dal sito incisionale, l'isolamento di microorganismi (coltura) con almeno uno fra i seguenti segni di infezione: dolore spontaneo o alla pressione, tumefazione localizzata, arrossamento e/o calore al tatto, necessità di riapertura intenzionale della ferita da parte del chirurgo con fuoriuscita di materiale purulento. Nel caso siano invece infezioni profonde, si potrà osservare la parziale/totale deiscenza della ferita chirurgica, con fuoriuscita di pus attraverso il piano fasciale. Le cause di infezione possono essere quanto mai varie e legate a contaminazione batterica diretta, derivante dal sito chirurgico se non pulito (ad esempio a seguito di intervento in urgenza per perforazione diverticolare del sigma o per deiscenza di una anastomosi intestinale), a filtrazione di liquido sieroso/linfatico dopo chirurgia mammaria con linfo-adenectomia ascellare, ad ascite nel paziente cirrotico scompensato o neoplastico con carcinosi peritoneale, o secondarie ad un sanguinamento di parete o dei vasi del sottocute con formazione di un ematoma facilmente contaminato da batteri. Vi sono peraltro molti cofattori di rischio in grado di ostacolare il processo di cicatrizzazione e favorire l'insorgenza di una infezione, quali l'età avanzata, il diabete, la malnutrizione (carenze proteiche e vitaminiche), le neoplasie e le terapie cortisoniche pregresse (malattie infiammatorie croniche).

Le SSI che interessano invece *organi e spazi* si caratterizzano per la fuoriuscita di materiale infetto da tubi e drenaggi, posizionati al momento dell'atto chirurgico. La fuoriuscita di aria, ad esempio, da un drenaggio toracico dopo resezione polmonare eseguita diversi giorni prima, può essere la spia di una grave complicanza, quale la deiscenza della sutura bronchiale o il decubito dello stesso sul parenchima. Per contro la improvvisa fuoriuscita di aria da un drenaggio addominale, è il segno inequivocabile della deiscenza di un'anastomosi o di una perforazione di un viscere cavo. La febbre associata alla fuoriuscita di bile dal drenaggio addominale dopo chirurgia epatica o delle vie biliari (colecistectomia), è normalmente espressione di una soluzione di continuo delle vie biliari, per una fistola biliare da un dotto resecato durante chirurgia epatica, per deiscenza di un'anastomosi bilio-digestiva o più semplicemente per la caduta del laccio o di una clip posizionata sul moncone del dotto cistico dopo colecistectomia. Talora si può osservare la fuoriuscita di materiale enterico da un drenaggio chirurgico posto a protezione di una sutura intestinale. Tale complicanza, associata in genere ad uno stato febbrile, potrà portare allo sviluppo di un quadro peritonitico circoscritto o generalizzato. A seconda della causa che ha determinato la complicanza, sarà opportuno procedere con una revisione chirurgica, oppure ad un trattamento più conservativo mediante il posizionamento di altri drenaggi per via radiologica o endoscopica. Tali drenaggi saranno mantenuti in sede fin tanto che si rileveranno utili a permettere un'adeguata fuoriuscita di materiale infetto, agevolata anche dalla utilizzazione di lavaggi continui o intermittenti con liquidi

antisettici. Peraltro, la loro rimozione dovrà avvenire non appena si evidenzia una risoluzione del problema, in quanto spesso possono dare luogo ad ulteriori complicazioni (decubito su una ansa intestinale) o favorire superinfezioni ascendenti (dal 17 al 71% se il drenaggio viene mantenuto in sede per più di sette giorni).

Patogenesi dell'iperglicemia

La patogenesi dell'iperglicemia durante la nutrizione artificiale parenterale è complessa. Sono coinvolti infatti vari meccanismi: oltre alla quantità di glucosio presente nel liquido di nutrizione, in questo tipo di pazienti si genera uno stato di iperglicemia da stress molto elevato, che si associa ad un forte catabolismo muscolare e insulino-resistenza. La nutrizione parenterale, se non opportunamente controllata, può stimolare la gluconeogenesi epatica e deteriorare la funzione pancreatica, tutto questo in un paziente i cui tessuti presentano una resistenza all'azione dell'insulina, provocando iperglicemie severe. Nel caso di nutrizione parenterale, vi è anche la possibilità di complicanze metaboliche specie in corso di infusione di soluzioni altamente ipertoniche. Nel caso di nutrizione enterale, alle complicanze metaboliche citate, sovrapponibili, ma in genere meno gravi rispetto a quelle in corso di nutrizione parenterale, vanno aggiunte quelle legate alla velocità di somministrazione attraverso sondino naso-gastrico o naso-digiunale di miscele in genere iperosmolari (dolore, nausea, vomito, diarrea).

AUTOVALUTAZIONE

- 1. Il Charlson Index è uno score predittivo di sopravvivenza, utile per la valutazione del rischio peri-operatorio**
 - a. nel paziente con plurime comorbidità
 - b. nel paziente anziano
 - c. nel paziente con cardiopatia ischemica
 - d. tutte le precedenti
- 2. La Bedside Ultrasonography**
 - a. è uno strumento diagnostico in mano ai radiologi in grado di risolvere molteplici dubbi diagnostici
 - b. è fruibile da qualsiasi figura sanitaria dopo adeguato addestramento, ed ha lo scopo di sostituirsi all'ecografia di routine, per ottimizzare i tempi diagnostici
 - c. è fruibile da qualsiasi figura sanitaria dopo adeguato addestramento, ed ha lo scopo di rispondere a domande precise di significativa rilevanza diagnostico/semiologica
 - d. è da prescrivere da parte dello specialista nel post operatorio quando il paziente non è trasportabile
- 3. Il programma ERAS ha lo scopo di agevolare un rapido recupero funzionale nel paziente operato attraverso**
 - a. piccole azioni in 3 diversi momenti (pre-intra e post operatorio)
 - b. un utilizzo specifico di anestetici a breve durata d'azione, evitando se possibile gli oppioidi
 - c. approcci chirurgici mininvasivi evitando ove possibile il posizionamento di drenaggi e sondini
 - d. tutte le precedenti
- 4. Nella sindrome post operatoria, in seconda giornata, quale di queste alterazioni non sono da considerarsi para-fisiologiche**
 - a. tachicardia e sudorazione
 - b. dolore in corrispondenza del sito chirurgico
 - c. febbre
 - d. iporessia (patologico rifiuto dell'alimentazione per costante sensazione di sazietà)
- 5. La pressione venosa centrale (PVC) quantifica il livello di riempimentoolemico a livello della vena cava superiore, con i seguenti range di normalità**
 - a. 0-2 cm H₂O
 - b. 0-5 cm H₂O
 - c. 3-7 cm H₂O
 - d. 4-10 cm H₂O
- 6. Il sondino naso gastrico (SNG) in chirurgia addominale nell'era attuale**
 - a. viene posizionato sistematicamente
 - b. viene posizionato selettivamente
 - c. viene utilizzato solo dopo gastrectomia totale
 - d. nessuna delle precedenti

- 7. Nel paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), il raggiungimento di valori di saturazione del 100% mediante il supporto di O₂**
- è mandatorio
 - è indicato dopo interventi di chirurgia toracica maggiore
 - è da evitare in quanto può causare un danno tissutale polmonare
 - nessuna delle precedenti
- 8. Il segno di Rosving nella semeiotica del paziente operato sottende**
- una reazione di difesa peritoneale alla palpazione nel punto corrispondente al focolaio flogistico primario
 - una reazione di difesa peritoneale alla palpazione nel punto simmetricamente opposto al focolaio flogistico primario
 - la presenza di globo vescicale
 - la presenza di occlusione intestinale
- 9. Con il segno di Blumberg si intende**
- evocazione di maggiore dolore percepito dopo aver rilasciato la mano durante la palpazione in uno dei quadranti addominali
 - evocazione di maggiore dolore percepito dopo aver rilasciato la mano durante la palpazione nel quadrante opposto rispetto alla sede della noxa patogena primaria
 - evocazione di maggiore dolore percepito dopo aver premuto la mano durante la palpazione in uno dei quadranti addominali
 - evocazione di maggiore dolore dopo aver fatto inspirare il paziente durante la palpazione in ipocondrio dx in presenza di colecistite
- 10. Per contrazione della diuresi nel post operatorio di intende la persistente riduzione della produzione di urina al di sotto di**
- di 0.5 mL/kg/h
 - di 0.5-1 mL/kg/h
 - di 1-1.5 mL/kg/h
 - di 1.5-2 mL/kg/h
- 11. Con il termine ileo paretico si intende l'arresto di transito intestinale secondario a paralisi della muscolatura del viscere a livello di**
- un segmento di intestino tenue
 - un segmento di intestino crasso
 - qualunque segmento sia esso tenue o crasso
 - nessuna delle precedenti
- 12. L'ipertermia maligna con puntate sino a 41 °C, è una rara sindrome che si verifica nell'immediato post operatorio scatenata dall'utilizzo di alcuni farmaci anestetici ed associata a tutti i seguenti segni e sintomi tranne:**
- sudorazione
 - tachipnea
 - rigidità muscolare
 - bradicardia

- 13. Quali fra i seguenti parametri non sono inclusi nella valutazione della SIRS (sindrome da risposta infiammatoria sistemica)**
- temperatura corporea
 - frequenza respiratoria
 - LDH
 - alterazione del sensorio
- 14. La causa più frequente di febbre nel post operatorio è quella**
- urinaria
 - respiratoria
 - sito chirurgico
 - accessi vascolari
- 15. Nell'ambito delle infezioni del sito chirurgico, quelle incisionali (di ferita) rispetto al totale, rappresentano circa il**
- <10%
 - 20-40%
 - 40-60%
 - 60-80%
- 16. Per riconoscere una disfunzione d'organo quale dei seguenti Scores si utilizza maggiormente**
- Quick-SOFA
 - SIRS
 - SEPSI
 - Glasgow Coma Scale
- 17. Qual è il tasso di mortalità del paziente settico**
- <10%
 - 10-20%
 - 20-40%
 - 40-60%
- 18. I segni di Homans e Bauer sono indicativi di**
- trombosi venosi profonda (TVP)
 - tromboflebite
 - embolia polmonare
 - pneumotorace iperteso
- 19. Per CUS nella diagnosi delle patologie vascolari degli arti inferiori si intende**
- ecografia con compressione vascolare delle vene pedie e tibiali anteriori
 - ecografia con compressione vascolare delle vene femorali e poplitee
 - ecografia con compressione vascolare delle arterie femorali e poplitee
 - tutte le precedenti

20. Nel post operatorio l'iperglicemia transitoria è legata a:

- a. aumento produzione epatica di glucosio
- b. aumento insulino-resistenza
- c. tipologia dell'intervento eseguito
- d. tutte le precedenti

21. Quale fra questi due tipi di nutrizione nel paziente operato che non può alimentarsi autonomamente per os è maggiormente fisiologico

- a. enterale
- b. parenterale
- c. tutte le precedenti
- d. nessuna delle precedenti

22. La lesione dello SPE (nervo sciatico popliteo esterno) può avvenire

- a. frequentemente in corso di riduzione di frattura tibiale
- b. raramente dopo interventi di chirurgia addominale, a causa da mal posizionamento del paziente sul lettino operatorio
- c. è una tipica complicanza in corso di anestesia loco regionale
- d. tutte le precedenti

23. Le lesioni del nervo ricorrente dopo tiroidectomia si verificano nel

- a. <0,2%
- b. 0,2-5%
- c. 5-7,5%
- d. 7,5-10%

Risposte esatte: 1/d - 2/c - 3/d - 4/a - 5/b - 6/b - 7/c - 8/b - 9/a - 10/a - 11/c - 12/d - 13/c - 14/b - 15/d - 16/a - 17/3 - 18/a - 19/b - 20/d - 21/a - 22/b - 23/b

BIBLIOGRAFIA

- Abraham Verghese, MD; Erika Brady, PhD; Cari Costanzo Kapur, PhD; and Ralph I. Horwitz, MD. The Bedside Evaluation: Ritual and Reason. *Ann InternMed.* 2011;155:550-553
- Richard Suzman, John Beard. Report on Global Health and Aging. National Institute on Aging, WHO, 2011; n° 11-7737:1-25
- Philippe Caillet, Florence Canoui-Poitrine, Johanna Vouriot, Muriel Berle, Nicoleta Reinald, Sebastien Krypciak, Sylvie Bastuji-Garin, Stephane Culine, and Elena Paillaud. Comprehensive Geriatric Assessment in the Decision-Making Process in Elderly Patients With Cancer: ELCAPA Study. *Journal of Clinical Oncology*, 2011; 29: 3636-3642
- Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr.* 2005;24(3):466-477.