

<u>Testo della Domanda</u>	<u>Risposta 1</u>	<u>Risposta 2</u>	<u>Risposta 3</u>	<u>Risposta 4</u>	<u>Feedback domanda per risposta corretta</u>
<p>All'ingresso di un paziente anziano in degenza deve essere valutato il rischio di malnutrizione. Quale scala deve utilizzare l'infermiere a questo fine?</p>	<p>MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)</p>	<p>DYSPHAGIA AND SEVERITY SCALE (DOSS)</p>	<p>DYSPHAGIA AND FEED SCALE (DOFS)</p>	<p>BMI (BODY MASS INDEX)</p>	<p>Risposta corretta La definizione di malnutrizione dell'OMS risale al 1987 e intende il fenomeno sia come scarsità, che come eccedenza di nutrienti nei seguenti termini: "Stato di squilibrio, a livello cellulare, fra il rifornimento di nutrienti e di energia, troppo scarso o eccessivo, e il fabbisogno del corpo di assicurare il mantenimento, le funzioni, la crescita e la riproduzione". Tale definizione è applicabile per la popolazione a livello mondiale, dato che l'OMS considera la malnutrizione un problema universale. Alcune fasce di popolazione sono a rischio maggiore di malnutrizione a seconda del Paese in cui vivono, a seconda della fascia di età e delle condizioni socio-economiche in cui riversano, ma anche a seconda dello stato di salute: in generale, i pazienti ospedalizzati sono frequentemente a rischio di malnutrizione e occorre un idoneo strumento di screening per arginare il fenomeno. Il Malnutritional Universal Screening Tool (MUST) è uno strumento di screening per identificare adulti malnutriti o a rischio di malnutrizione. È adatto all'utilizzo in ospedale, comunità ed altre strutture assistenziali e può essere utilizzato da tutti i sanitari. Il MUST non è stato progettato per rilevare carenze o apporti eccessivi di vitamine e sali minerali, e non è stato testato per l'età pediatrica. Un punteggio finale uguale a 0 coincide con un rischio di malnutrizione basso, un punteggio uguale a 1 coincide con un rischio medio e infine un punteggio uguale o superiore a 2 corrisponde ad un elevato rischio di sottanutrizione. In ambito ospedaliero, nel primo caso è consigliabile ripetere lo screening una volta a settimana; nel secondo caso le Linee Guida gestionali MUST indicano di documentare l'apporto alimentare per 3 giorni e, in caso non risulti adeguato, di seguire le politiche locali di miglioramento dell'apporto nutrizionale. In caso di rischio elevato, informare il Medico e l'équipe di supporto nutrizionale e/o attuare le politiche locali.</p> <p>https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf</p>

<p>Per un paziente con diagnosi di artrite settica può essere indicato all'infermiere di predisporre la seguente indagine diagnostica...</p>	<p>Emocoltura</p>	<p>Esame colturale del liquido sinoviale</p>	<p>Dosaggio del glucosio del liquido sinoviale</p>	<p>Esame radiografico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'artrite settica è un processo infettivo con la tendenza alla distruzione articolare, provocato dalla colonizzazione di un'articolazione da parte di un microrganismo. In più del 90% dei casi l'artrite ha un interessamento monoarticolare e presenta un decorso acuto. Qualora il coinvolgimento fosse poliarticolare e acuto, sarebbe opportuno sospettare un processo secondario ad infezione sistemica. Il Gold Standard per la diagnosi di artrite settica è l'esame colturale del liquido sinoviale, ottenuto attraverso la procedura medica di artrocentesi e aspirazione del liquido sinoviale. L'Infermiere assiste il Medico durante la procedura. Dopo aver pulito accuratamente l'area da trattare, viene applicata a livello cutaneo una soluzione di Iodio Povidone o Clorexidina allo 0,2%, quindi viene iniettato nella zona un anestetico locale allo scopo di ridurre la percezione dolorosa della procedura. L'ago di una siringa sterile viene inserito dal Medico all'interno dell'articolazione con modalità asettica, per raccogliere il liquido sinoviale mediante aspirazione. Dopo la rimozione del fluido in eccesso, il Medico può decidere di iniettare farmaci per trattare alcune condizioni, come per esempio farmaci cortisonici per ridurre lo stato di infiammazione. Rimosso l'ago, viene applicata una medicazione sterile sopra il sito di accesso, in modo da assorbire eventuali perdite sierose e fungere da barriera contro la colonizzazione di microrganismi. Potrebbe essere utile anche l'applicazione di ghiaccio ad intervalli, nelle prime ore dopo la procedura, per ridurre il dolore e il rischio di formazione di ematoma. L'Infermiere provvede al corretto invio dei campioni in laboratorio di Microbiologia per le analisi di ricerca di patogeni. Le articolazioni comunemente sottoposte ad artrocentesi includono: ginocchio, spalla, caviglia, gomito, polso, base del pollice e articolazioni di mani e piedi. Talvolta è consigliabile una guida ecografica per facilitare l'artrocentesi nei casi difficili. Le possibili complicanze dell'artrocentesi comprendono ecchimosi, sanguinamento e infezione.</p> <p>(Pacucci, 2019)</p>
---	-------------------	--	--	---------------------------	---

<p>Quali dati è necessario riportare sulla provetta contenente il campione di sangue da inviare al laboratorio per la determinazione del gruppo sanguigno e per l'esecuzione delle prove pre-trasfusionali?</p>	<p>Cognome, nome e data di nascita del paziente</p>	<p>Cognome, nome, data di nascita del paziente e firma dell'operatore che esegue il prelievo</p>	<p>Cognome, nome, data di nascita, gruppo sanguigno del paziente e firma dell'operatore che esegue il prelievo</p>	<p>Cognome, nome, data di nascita del paziente, firma dell'operatore che esegue il prelievo, data e ora del prelievo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La reazione trasfusionale ABO rappresenta un importante evento sentinella ed è dovuto al verificarsi di un errore che può accadere nel processo trasfusionale. La Raccomandazione Ministeriale numero 5, pubblicata dal Ministero della Salute Italiano qualche anno fa e aggiornata recentemente nel Gennaio 2020, intende fornire uno strumento a supporto dei professionisti, da implementare in tutte le strutture sanitarie del nostro Paese per contrastare l'evenienza di tale accadimento. Dai sistemi di emovigilanza attivi in alcuni Paesi emerge che circa il 55% di tutti gli eventi avversi gravi sono il risultato di un errore umano e le reazioni avverse dovute ad errori trasfusionali rappresentano circa il 78% di tutti gli eventi avversi e, tra queste, circa il 20% sono reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO. L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresenta un importante fattore di rischio, che può determinare il verificarsi dell'evento durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale, dal prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno del ricevente fino alla trasfusione degli emocomponenti. È quindi necessario un rigore metodologico in tutte le sequenze inerenti alle trasfusioni di emocomponenti, a partire dalla primissima fase di prelievo del campione per i controlli crociati e la determinazione del Gruppo Sanguigno. Per evitare che il campione venga prelevato alla persona sbagliata o che si verifichi un'errata identificazione del campione, deve essere predisposta ed applicata una specifica procedura aziendale per la corretta identificazione del paziente. Inoltre l'Infermiere che effettua il prelievo deve riportare in modo chiaro e completo sulle provette contenenti i campioni di sangue, destinati alla tipizzazione eritrocitaria, alla ricerca di anticorpi irregolari anti-eritrocitari e alle prove di compatibilità, le generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome e data di nascita), la data e l'ora del prelievo, infine la firma di chi ha effettuato il prelievo.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_618_allegato.pdf)</p>
--	---	--	--	--	---

<p>L'unità di misura per il calibro degli accessi venosi è...</p>	<p>Gauge</p>	<p>Charrière</p>	<p>French</p>	<p>Mm</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La somministrazione di farmaci per via parenterale è un'alternativa alla somministrazione per OS. Per via parenterale si intendono tutte le iniezioni e somministrazioni per via intradermica, sottocutanea, intramuscolare ed endovenosa. L'Infermiere, nell'eseguire la prescrizione terapeutica attraverso questa via, si avvale di siringhe e aghi per aspirare i farmaci da fiale e flaconi, e per iniettarli. Gli aghi, che si collegano alla parte della siringa detta cono, sono di acciaio inossidabile e, nella maggior parte dei casi, monouso. Si differenziano fra di loro per la lunghezza, per l'inclinazione della punta e per il diametro, misurato in Gauge. Il Gauge può variare da 18 a 32: più grande è il numero, minore è il diametro dell'ago, in un rapporto inversamente proporzionale. Ad ogni misura corrisponde un codice colore: arancio per il 14G, grigio per il 16G, verde per il 18G, rosa per il 20G, azzurro per il 22G, giallo per il 24G, violetto per il 26G. Questi sono fra le misure maggiormente utilizzate. L'Infermiere deve porre particolare attenzione alla scelta dell'ago sulla base delle caratteristiche del paziente: per esempio, per un paziente pediatrico o per un adulto esile può essere sufficiente un ago corto, per un paziente obeso invece potrebbe essere necessario un ago più lungo. Nella scelta dell'ago più idoneo viene presa in considerazione anche la tipologia di iniezione (per esempio sottocutanea, intramuscolare o intradermica) e la tipologia di farmaco: in generale i diametri più piccoli creano un minore danno tissutale, ma per farmaci viscosi o per alcuni tipi di antibiotico sono necessari aghi di diametro maggiore per evitare l'intrappolamento del farmaco all'interno dell'ago stesso. Particelle di vetro e gomma sono state ritrovate nei farmaci prelevati da fiale e flaconi utilizzando un ago regolare. Si consiglia fortemente, pertanto, l'impiego di aghi o cannucce con filtri quando si prelevano farmaci da fiale e flaconi.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
--	--------------	------------------	---------------	-----------	--

<p>La Soluzione Fisiologica NaCl allo 0,9% è una soluzione...</p>	<p>Ipertonica</p>	<p>Isotonica</p>	<p>Ipotonica</p>	<p>Iperosmolare</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>In chimica si definisce soluzione una miscela omogenea in cui una o più sostanze sono contenute in una fase liquida, solida o gassosa; essa contiene particelle diverse miscelate e distribuite uniformemente. In base alla concentrazione di soluto, si possono distinguere soluzioni isotoniche, con stessa concentrazione di soluto tra loro; soluzioni ipertoniche, con maggiore concentrazione di soluto rispetto ad un'altra soluzione; soluzioni ipotoniche, con minore concentrazione di soluto rispetto ad un'altra soluzione. In Medicina, la Soluzione di NaCl allo 0.9% è considerata isotonica, in quanto l'osmolarità è simile a quella dei fluidi extracellulari: la sua somministrazione non causa né una contrazione, né un accrescimento dei globuli rossi. Considerata un cristalloide, si espande molto velocemente nello spazio extracellulare e intravascolare, per cui nei pazienti con ipertensione arteriosa o con scompenso cardiaco congestizio è necessaria un'attenta valutazione per l'individuazione precoce di segni e sintomi di sovraccarico di liquidi. Per ripristinare 3L di sangue perso è necessario circa 1L di Soluzione Fisiologica 0,9%. Appartengono alla stessa famiglia il Ringer Lattato, la Glucosata 5%, l'Elettrolitica Reidratante e il Bicarbonato 1,4%. Quando ad una Soluzione Fisiologica viene aggiunto Glucosio al 5%, l'osmolalità totale supera quella dei fluidi extracellulari: questo è il caso delle soluzioni ipertoniche. Il rationale di impiego nella pratica clinica si trova nel trattamento, per esempio, di stati di edema, in quanto provocano un richiamo di liquidi dai compartimenti interstiziali e intracellulari verso il circolo sanguigno. Fra le soluzioni ipertoniche comunemente utilizzate troviamo il Mannitolo al 18% e le Soluzioni Glucosate al 10, 20 e 33%. La soluzione ipotonica comunemente impiegata nella pratica clinica è la Soluzione Fisiologica allo 0,45%. Fra gli scopi del suo utilizzo ritroviamo l'integrazione del liquido cellulare, poiché ipotonico in confronto al plasma, o il rifornimento di acqua libera per l'escrezione di rifiuti organici.</p> <p>(Brunner, Suddarth, 2017)</p>
--	-------------------	------------------	------------------	---------------------	---

<p>In caso di allettamento prolungato del paziente, utilizzeresti la scala MUST per valutare il rischio di malnutrizione anche se non ti è possibile alzare il paziente per rilevare il suo peso corporeo?</p>	<p>Non è possibile rilevare il rischio di malnutrizione attraverso la scala MUST</p>	<p>Esiste una versione ridotta della scala MUST che non prende in considerazione il peso a l'altezza</p>	<p>I pazienti allettati sono da considerarsi tutti a rischio di malnutrizione alto</p>	<p>Per i pazienti allettati vengono utilizzate procedure e misurazioni alternative</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) è uno strumento di screening della malnutrizione che prevede 5 fasi. La fase 1 consiste nel misurare altezza e peso del paziente; se impossibilitato, per esempio in caso di allettamento forzato o di impossibilità del paziente di mantenere la posizione eretta, vengono utilizzate procedure e misurazioni alternative da riportare su tabelle fornite dalle Linee Guida gestionali MUST per la generazione del punteggio. La misura dell'altezza viene stimata dalla lunghezza dell'ulna, misurata dal processo olecranico al processo stiloideo; la stima della categoria di indice di massa corporea (IMC) si basa sulla circonferenza media del braccio. Questa viene rilevata facendo piegare il braccio al gomito con un angolo di 90°, mantenendo il braccio parallelo al lato del corpo. Si segna quindi la misura centrale della lunghezza fra la protusione ossea della spalla (acromion) e l'osso olecranico del gomito. Una volta segnato questo punto di repere, è necessario chiedere al paziente di lasciar pendere il braccio e misurarne la circonferenza nel punto centrale, assicurandosi che il metro sia aderente ma non stretto. La fase 2 consiste nell'annotare il calo ponderale percentuale non programmato e assegnarvi un punteggio attraverso le apposite tabelle fornite. Nella terza fase si stabilisce l'effetto delle malattie acute considerando l'apporto nutrizionale degli ultimi 5 giorni. Pazienti con patologia acuta che non si sono alimentati negli ultimi 5 giorni hanno il punteggio massimo di 2. La fase 4 consiste nell'addizionare i punteggi delle fasi precedenti per ottenere il rischio globale di malnutrizione. Un punteggio superiore o uguale a 2 suggerisce un alto rischio di malnutrizione. Nella fase 5 è consigliabile utilizzare le Linee Guida gestionali e/o le politiche locali per sviluppare un programma terapeutico.</p> <p>(https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)</p>
---	--	--	--	--	---

<p>Nel paziente politraumatizzato sospetti che ci sia un'alimentazione eccessiva rispetto al fabbisogno quando il paziente presenta...</p>	<p>Iperglicemia</p>	<p>Alterazioni idroelettolitiche e all'EGA</p>	<p>Aumento della produzione di CO₂ all'EGA</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La sindrome da iperalimentazione, o Overfeeding Syndrome (OS), è stata di frequente riscontro nei decenni passati durante la nutrizione parenterale con alte dosi di glucosio, anche in pazienti precedentemente normonutriti. Si può accompagnare ad eccessiva produzione di CO₂, e può comportare un rallentato svezzamento dal ventilatore ed una più lunga permanenza in terapia intensiva. La sindrome da iperalimentazione non si sviluppa se gli apporti nutrizionali vengono mantenuti entro i range consigliati e se vengono periodicamente rivalutati i fabbisogni del paziente con un attento monitoraggio. Anche nei pazienti non diabetici o intolleranti al glucosio la glicemia deve essere monitorata, poichè l'iperglicemia, superiore ai 200 mg/dL, può essere presente anche nel 7% dei casi nei quali l'apporto calorico è correttamente somministrato (5 mg/kg/min), e lo sviluppo di coma iperosmolare non chetotico può essere così prevenuto. Sia la nutrizione enterale (NET) che parenterale (NPT) possono causare iperglicemia nei pazienti senza o con storia di diabete. La Società Italiana di Diabetologia consiglia pertanto di monitorare la glicemia 4/6 volte al giorno in tutti i pazienti che ricevono nutrizione artificiale, indipendentemente dalla diagnosi di diabete. Se, nei pazienti senza storia di diabete, 24-48 ore dopo aver raggiunto l'introito calorico desiderato, la glicemia si mantiene sotto i 140 mg/dl senza terapia ipoglicemizzante, il monitoraggio della glicemia può essere interrotto. Se invece si riscontra iperglicemia persistente è raccomandato iniziare una terapia insulinica. Ovviamente, nel paziente diabetico in nutrizione artificiale, il controllo della glicemia è indispensabile per ridurre le complicanze infettive. L'eccesso di alimentazione può portare anche ad un quadro di steatosi epatica e importanti squilibri idroelettrolitici.</p> <p>(ESPEN, 2018)</p>
---	---------------------	--	---	----------------------------	---

<p>Per evitare un eccesso di alimentazione (<i>Overfeeding</i>) nei pazienti politraumatizzati, le nutrizioni enterali e parenterali vengono somministrate a pieno regime...</p>	<p>Entro le prime 24 ore dall'evento traumatico</p>	<p>Non prima di 3-7 giorni dall'evento traumatico</p>	<p>A due settimane dall'evento traumatico</p>	<p>Dopo 6 ore dall'evento traumatico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La somministrazione di calorie in quantità eccessiva, ovvero >110% del target definito per il paziente, induce iperglicemia, incremento della produzione di CO₂, alterazioni idro/elettrolitiche, lipogenesi e steatosi epatica. Questo quadro è definito come <i>Overfeeding Syndrome</i>, o <i>Sindrome da Iperalimentazione</i>. Il target nutrizionale viene definito periodicamente dal personale afferente al servizio nutrizionale sulla base di calcoli e tabelle, poiché ogni paziente presenta caratteristiche individuali differenti. Per evitare un eccesso di alimentazione nei pazienti critici, non si devono usare a pieno regime nutrizioni enterali o parenterali troppo precocemente: nel caso di un paziente critico politraumatizzato, i supporti nutrizionali dovrebbero essere prescritti entro 3-7 giorni dall'evento traumatico. In particolare, la steatosi epatica (comunemente detto fegato grasso), comune nel corteo sintomatologico della <i>Overfeeding Syndrome</i>, è una patologia cellulare legata all'accumulo intracellulare di trigliceridi (steatosi) a livello del tessuto epatico. Può comportare una serie di danni fino alla necrosi della cellula, poiché il fegato è particolarmente sensibile ai processi steatosici per essere un organo chiave nel metabolismo dei lipidi, responsabile dell'inattivazione di numerose sostanze tossiche e la cui circolazione è prevalentemente venosa (quindi costantemente vicino ad una situazione di ipossia). È da precisare che in questo caso si tratta di steatosi epatica non alcolica (NAFLD, Non Alcoholic Fatty Liver Disease), presente anche negli obesi con un'incidenza del 57-74% e spesso associata anche al diabete di tipo II e alla dislipidemia, condizioni che riconoscono nell'insulino-resistenza e nella stimolazione della lipogenesi il principale fattore patogenetico. All'ecografia molti soggetti presentano segni di steatosi epatica senza manifestazioni cliniche evidenti.</p> <p>(ESPEN, 2018)</p>
---	---	---	---	--	---

<p>Una paziente ha ripreso da 24 ore il regime nutrizionale dopo un incidente stradale che l'ha costretta in coma farmacologico per 7 giorni. La paziente è a rischio di <i>Refeeding Syndrome</i>, quindi dovrai allertare subito il medico se sopraggiungono i seguenti sintomi, tranne...</p>	Edemi periferici	Delirium	Squilibri idroelettrolitici	Diarrea	<p>Risposta corretta</p> <p>Il supporto nutrizionale enterale o parenterale deve essere introdotto con cautela nei pazienti critici. Il fabbisogno completo di liquidi, elettroliti, vitamine e minerali dovrebbe essere fornito fin dall'inizio dell'alimentazione. Le persone malnutrite per un periodo superiore ai 5 giorni dovrebbero iniziare ad assumere un supporto nutrizionale per non più del 50% del loro fabbisogno nelle prime 48 ore di reintroduzione alimentare. Prima di aumentare le velocità di alimentazione per soddisfare le esigenze complete, è necessario che il monitoraggio clinico e biochimico non riveli problemi di refeeding, ovvero eccessivo riempimento. La Sindrome da Refeeding è una complicanza rara, ma potenzialmente letale nei pazienti malnutriti che ricominciano ad alimentarsi. Descritta per la prima volta negli anni '40 da alcuni studiosi statunitensi che l'avevano osservata sui prigionieri giapponesi malnutriti, il Refeeding è una sindrome da rialimentazione caratterizzata da un'importante variazione di distribuzione di liquidi ed elettroliti in persone malnutrite e sottoposte a rialimentazione non adeguata, eccessiva e in periodi troppo brevi. La prima manifestazione è l'ipofosfatiemia, seguita da ipomagnesiemia, ipokaliemia, alterato metabolismo del glucosio e anomala distribuzione dei fluidi, con caratteristica formazione di edemi periferici. Questa rapida rialimentazione sbilanciata determina quindi anomalie metaboliche che a loro volta possono portare a serie complicanze cardiache, renali, epatiche e neurologiche: uno dei sintomi iniziali di scompenso, infatti, è lo stato confusionale acuto. Le persone ad alto rischio di sviluppare problemi di refeeding dovrebbero essere curate da professionisti che siano adeguatamente qualificati e formati e che abbiano una conoscenza esperta delle esigenze nutrizionali e del supporto nutrizionale.</p> <p>(Risicato, 2017)</p>
--	------------------	----------	-----------------------------	---------	--

<p>L'infermiere deve gestire il digiuno preoperatorio di un paziente. Gli spiega quindi che...</p>	<p>Non dovrà assumere né cibi né acqua a partire dalla mezzanotte della vigilia dell'intervento</p>	<p>Non dovrà alimentarsi con cibi solidi a partire dalle 24 ore antecedenti l'intervento chirurgico</p>	<p>Potrà assumere solo liquidi chiari (the, acqua, succhi di frutta senza polpa, caffè) fino a 2-3 ore prima dell'intervento</p>	<p>Potrà assumere liquidi (latte, the, acqua, succhi di frutta senza polpa, caffè) fino a 2-3 ore prima dell'intervento</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le attuali evidenze scientifiche dichiarano che la prescrizione “digiuno dalla mezzanotte” non ha alcun fondamento scientifico. La American Society of Anesthesiologists ha definito il digiuno preoperatorio come un periodo di tempo prescritto nel quale i pazienti non sono autorizzati ad introiettare liquidi o solidi di alcun tipo. Sia i pazienti adulti che i pazienti pediatrici sono sottoposti a digiuno prima dell'anestesia, con l'obiettivo di diminuire il volume e l'acidità del contenuto gastrico, così da ridurre, di conseguenza, il rischio di reflusso e di aspirazione di materiale nelle vie aeree durante la procedura. Ma il ristagno gastrico, al contrario, è maggiore nel digiuno prolungato. Adulti e bambini dovrebbero venir altresì incoraggiati ad assumere liquidi chiari (the, acqua, succhi di frutta senza polpa, caffè) fino a 2-3 ore prima dell'intervento in regime di elezione (incluso il taglio cesareo). I cibi solidi e il latte artificiale e animale vengono proibiti 6 ore prima; il latte materno viene sospeso 4 ore prima. In caso di intervento programmato per il pomeriggio, il paziente può assumere una colazione leggera e facilmente digeribile. Diversi studi hanno dimostrato che una bevanda ricca di carboidrati nel preoperatorio è in grado di ridurre la resistenza all'insulina nel postoperatorio per tutti i pazienti, anche quelli diabetici. L'assunzione di chewin-gum non preclude al paziente la possibilità di essere operato. Non è raccomandata la somministrazione routinaria preoperatoria di farmaci, quali stimolanti la peristalsi, antiemetici, antiacidi, anticolinergici, bloccanti la secrezione gastrica. Nella pratica clinica quotidiana, in alcune realtà, è però ancora in vigore la pratica di digiuno dalla mezzanotte per ovviare a variazioni improvvise e non prevedibili della sequenza della nota operatoria, per cui un paziente potrebbe venir trattato prima del previsto. È fondamentale che ogni ospedale stabilisca protocolli e procedure riguardanti il digiuno preoperatorio e che insegni al personale come evitare le complicazioni nel rispetto delle Linee Guida.</p> <p>(European Society of Anaesthesiology, 2011)</p>
---	---	---	--	---	--

<p>Prima dell'introduzione del SNG, quale misurazione è opportuno effettuare per garantirne un corretto posizionamento nello stomaco?</p>	<p>Distanza tra naso e xifoide</p>	<p>Distanza tra orecchio e xifoide</p>	<p>Distanza tra naso, orecchio e xifoide</p>	<p>56 cm nell'uomo e 50 cm nella donna</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il Sondino Naso Gastrico (SNG) viene inserito attraverso le narici fino allo stomaco, passando per il rinofaringe e l'esofago. L'inserimento è indicato in caso sia necessario fornire supporti nutrizionali o farmaci per via enterale, per esempio in pazienti disfagici o non collaboranti, oppure in caso di distensione addominale, nausea e vomito, in caso di indagini di laboratorio in cui si debba prelevare un campione di contenuto gastrico o in caso di avvelenamento o overdose da farmaci. Quando possibile è preferibile optare per la nutrizione per via enterale piuttosto che parenterale. Alla fine del 1980, alcuni studi su animali hanno confermato il concetto che la nutrizione enterale è in grado di conservare e promuovere la funzione intestinale e prevenire la traslocazione batterica. È ormai accettato universalmente che in tutte le condizioni in cui si pone l'indicazione alla nutrizione artificiale e sussiste una normale funzione del tratto gastroenterico, con possibilità di coprire i fabbisogni per via enterale, la nutrizione enterale deve essere considerata la tecnica di prima scelta rispetto alla nutrizione parenterale, in quanto più fisiologica, in grado di mantenere l'integrità anatomico-funzionale della mucosa intestinale, gravata da minori effetti collaterali e minori effetti sulla glicemia, e non per ultimo meno costosa. Prima di procedere all'inserimento del SNG è necessario effettuare la misurazione N-O-X (Naso-Orecchio-Xifoide), in modo da assicurare il giusto posizionamento del presidio sulla base delle caratteristiche anatomiche di ogni paziente. Per rilevare le misure, far sedere il paziente in posizione neutra, con la testa rivolta anteriormente. Posizionare l'estremità distale del sondino in corrispondenza della punta del naso del paziente, estendere il sondino a livello del trago dell'orecchio e scendere fino alla punta dello xifoide: se non vi sono segni di riconoscimento sul sondino, segnare questa distanza che, approssimativamente, è accettata come la distanza tra le narici e lo stomaco.</p> <p>(NICE, 2017)</p>
--	------------------------------------	--	--	--	--

<p>Il set di somministrazione della nutrizione enterale può considerarsi contaminato da batteri...</p>	<p>Se non si utilizzano guanti sterili per la sua manipolazione</p>	<p>Già dalle prime 24 ore di utilizzo</p>	<p>Dopo una settimana di utilizzo</p>	<p>Dopo una settimana di utilizzo solo in caso di preparazioni con un'alta concentrazione glicidica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La nutrizione artificiale (NA) è una procedura terapeutica destinata alle persone in cui l'alimentazione orale non è praticabile e/o non è sufficiente a soddisfare i fabbisogni calorico proteici o è controindicata. La nutrizione enterale (NE) va considerata di prima scelta rispetto alla nutrizione parenterale (NP). La Nutrizione enterale continua prevede la somministrazione del volume prescritto di miscela, a velocità costante durante un periodo di 20-24 ore; rappresenta la modalità più vantaggiosa ed efficace, in quanto riduce la velocità di riempimento gastrico e diminuisce gli effetti collaterali gastrointestinali. L'infermiere è chiamato a rispondere della corretta gestione delle linee di somministrazione, dell'utilizzo delle pompe, della sostituzione delle sacche e dei deflussori e della regolazione delle velocità d'infusione sulla base dell'indicazione degli specialisti e della tolleranza del paziente. Esiste una significativa correlazione tra la permanenza dei set di somministrazione di nutrizione enterale e la contaminazione batterica. Il 23,8% dei set di somministrazione può considerarsi contaminato dopo le prime 24 ore, percentuale che aumenta al 42,9% dopo le prime 48 ore. Pertanto non va utilizzato lo stesso set per oltre 24 ore. A conferma di quanto sopra esposto si richiama anche la vigente normativa sul materiale monouso "D.L. 24.02.1997 n. 46: attuazione della direttiva CEE 93/42". Il rischio di crescita batterica aumenta sensibilmente in caso di preparazioni con elevate concentrazioni di glicidi o quando il set viene manipolato da più persone. Non è mai indicato l'utilizzo di guanti sterili per la manipolazione del set o per la somministrazione di boli di acqua e di terapia. Segnali importanti che possono indicare contaminazione o crescita batterica sono nausea, vomito e diarrea.</p> <p>(SINPE, 2002)</p>
---	---	---	---------------------------------------	---	--

<p>Il Bilancio Idrico di un paziente si definisce negativo quando...</p>	<p>Le entrate sono maggiori delle uscite</p>	<p>Le entrate sono minori delle uscite</p>	<p>Il paziente non ha assunto liquidi nelle ultime 12 ore</p>	<p>Il paziente non ha assunto né liquidi né cibi solidi nelle ultime 12 ore</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'equilibrio idrico all'interno del nostro corpo, costituito per il 60% da liquidi, preserva la salute e il funzionamento di tutti gli apparati. Uno squilibrio all'interno di questo delicato quanto fondamentale meccanismo può alterare la funzionalità respiratoria, cardiovascolare, renale e del sistema nervoso e metabolico, portando a serie complicanze per lo stato di salute del paziente. Per bilancio idrico si intende l'insieme dei processi che consentono di bilanciare l'assunzione e la perdita di liquidi nell'arco delle 24 ore, cioè il rapporto tra liquidi introdotti ed eliminati, misurati in termini quantitativi. Il monitoraggio delle entrate e delle uscite è di stretta competenza dell'Infermiere, a cui spetta la responsabilità della osservazione, della raccolta e della interpretazione dei dati. Il risultato si ottiene dalla differenza aritmetica fra le entrate e le uscite. Per bilancio idrico positivo si intende che le entrate sono maggiori delle uscite. Per bilancio idrico negativo si intende che le entrate sono minori delle uscite. Per bilancio idrico in pari si intende che le entrate e le uscite sono pressoché uguali. Nel calcolo del bilancio idrico si considerano entrate tutto quanto viene assunto dal paziente, come bevande e cibi solidi, ma anche la terapia enterale e parenterale; si considerano perdite la diuresi, la perspiratio insensibilis, la diarrea, il ristagno gastrico, episodi di vomito, il contenuto di drenaggi e i liquidi drenati. La perspiratio insensibilis è un processo fisiologico che consiste nella perdita continua ed impercettibile di piccole quote d'acqua dalla cute, dalle mucose e dalle vie respiratorie. Il fenomeno, del tutto fisiologico e continuo, è un meccanismo che consente al corpo di disperdere calore in maniera continua, contribuendo al processo di termoregolazione e, nel caso della perdita di acqua transepidermica, consente di mantenere un adeguato grado di idratazione cutanea. Nell'uomo la quantità di acqua persa con questa via varia in funzione della massa e della superficie corporea, oltre che della temperatura esterna e interna.</p> <p>(Potter, Perry, 2015)</p>
---	--	--	---	---	---

<p>Dovendo valutare il ristagno gastrico per un paziente, quale delle seguenti indicazioni rispetti?</p>	<p>La nutrizione enterale va interrotta e sostituita con quella parenterale in caso di aspirazione di residuo gastrico uguale o superiore a 50 ml</p>	<p>L'entità del residuo gastrico non deve superare per due volte successive i 200 ml</p>	<p>Si considera ristagno gastrico solo il residuo di tipo biliare</p>	<p>Si considera ristagno gastrico solo il residuo di tipo ematico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La valutazione del ristagno indica la corretta posizione del Sondino Naso Gastrico (SNG) e informa sullo svuotamento gastrico. In particolare, la misurazione del pH del materiale gastrico dopo la procedura di inserimento del SNG è una raccomandazione consigliata dalle maggiori Linee Guida internazionali, come quelle NICE 2020. L'osservazione delle secrezioni aspirate è uno dei metodi più utilizzati, anche se la documentazione al riguardo è piuttosto scarsa e le opinioni molto discordanti. Il secreto gastrico è normalmente verdastro (per il reflusso biliare), con sedimenti di colore marroncino, se è presente sangue, oppure è incolore con filamenti biancastri e in rari casi è giallo paglierino. Quando l'aspirato gastrico è giallastro o bianco può essere confuso con quello tracheobronchiale. Il secreto intestinale è generalmente più trasparente di quello gastrico e può apparire striato di bile, con colori variabili dal giallo oro al verde marrone. L'esofago normalmente non ha secrezioni al suo interno, salvo i casi di reflusso gastrico o di grandi quantità di saliva deglutita. La misurazione del pH dell'aspirato è ritenuta il miglior indicatore di corretto posizionamento del sondino nasogastrico. Una volta intrapresa l'alimentazione, l'entità del residuo gastrico non deve superare per due volte successive i 200 ml: in tal caso il Medico deve esserne informato, la somministrazione va ritardata di almeno un'ora e la verifica dell'aspirato gastrico viene ripetuta dopo 2 ore. Il controllo del contenuto gastrico residuo deve essere misurato prima di ogni pasto in casi di alimentazione intermittente e ogni 4-8 ore durante l'alimentazione continua. Nei pazienti critici il primo controllo va eseguito dopo 2 ore. Ad oggi non esistono univoche indicazioni sulla gestione del materiale gastrico: la reintroduzione del ristagno potrebbe facilitare l'ostruzione del sondino e favorire la contaminazione del sistema, ma dall'altra parte sarebbe invece importante reintrodurre il ristagno per evitare squilibri idroelettrolitici, soprattutto se la sua misurazione viene eseguita più volte al giorno. Il ristagno non va reintrodotta se ematico o biliare.</p> <p>(SINPE, 2002)</p>
---	---	--	---	---	--

<p>Il bilancio azotato di un paziente si definisce negativo quando...</p>	<p>Le entrate sono maggiori delle uscite</p>	<p>Le entrate sono minori delle uscite</p>	<p>Proteine e altre sostanze nutritive non sono sufficienti a soddisfare il suo fabbisogno energetico</p>	<p>Proteine e altre sostanze nutritive sono eccessive rispetto al suo fabbisogno energetico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I protidi introdotti con la dieta possono essere trattenuti nell'organismo come materiale strutturale o possono andare incontro a processi catabolici ed essere utilizzati semplicemente per produrre energia. Si può ricostruire la quantità di protidi trattenuti dall'organismo confrontando la quantità globale dell'azoto introdotto e di quello eliminato dall'organismo, e calcolando quindi il cosiddetto bilancio azotato. La condizione di equilibrio del bilancio azotato è espressa da una formula che prende in considerazione l'azoto introdotto con gli alimenti, l'azoto eliminato con le urine, quello eliminato con le feci, e quello eliminato con lo sfaldamento cutaneo. Se questo è uguale a zero, viene eliminata una quantità di azoto uguale a quella introdotta, e quindi l'organismo sta utilizzando i protidi o per rinnovare le sue strutture o per produrre energia. Se invece risulta maggiore di zero (bilancio azotato positivo), vuol dire che non tutto l'azoto introdotto è stato eliminato, e quindi, evidentemente, è stato utilizzato per costituire strutture organiche che prima non esistevano; questa condizione è tipica dell'accrescimento e di tutte le condizioni che portano ad un aumento della quantità globale delle proteine presenti nell'organismo. Quando un paziente assume una quantità di proteine e di altre sostanze nutritive non sufficienti a soddisfare il suo fabbisogno energetico, il bilancio azotato è negativo. Di conseguenza l'organismo comincia ad utilizzare le proteine del tessuto muscolare e, attraverso il processo della gluconeogenesi, le converte in carboidrati che vengono utilizzati come fonte energetica. Ne risultano perdita di massa muscolare, perdita di peso, affaticamento e, se la condizione non viene corretta, si può arrivare alla morte. Nella fase postoperatoria il paziente richiede in media circa 1500 calorie al giorno per evitare che l'organismo esaurisca le proprie riserve proteiche. Se il paziente presenta febbre, traumi, ustioni o è sottoposto ad interventi di chirurgia maggiore, o è affetto da una patologia ipermetabolica, può richiedere fino a 10.000 calorie in più al giorno.</p> <p>(Brunner, Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	---	---	--

<p>Al fine di garantire una maggiore efficacia nella prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO, tutti i pazienti candidati alla terapia trasfusionale devono essere dotati di...</p>	<p>Un braccialetto identificativo</p>	<p>Copia della cartella clinica in stanza</p>	<p>Copia del documento di identità</p>	<p>Consenso informato</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il paziente deve essere dotato di braccialetto identificativo. La copia del documento d'identità e la presenza della cartella clinica in stanza non sono misure sufficienti a ridurre il rischio di errore da incompatibilità ABO. Inoltre una cartella clinica non dovrebbe essere mai lasciata incustodita in una stanza di degenza. I dati obbligatori minimi che devono essere riportati sul braccialetto identificativo sono: cognome, nome, data di nascita, sesso. È auspicabile che i braccialetti identificativi siano generati da stampanti collegate a un sistema gestionale informatico, a sua volta collegato con le anagrafiche dell'Azienda sanitaria e che riportino anche sistemi identificativi, quali codici a barre o altri sistemi (RFid) decifrabili da un lettore, che consentano il corretto abbinamento fra i campioni di sangue prelevati, la richiesta di trasfusione e l'identità del paziente. La legge 219/2005 prevede, nello specifico, che "Ai fini della prevenzione dell'errore trasfusionale deve essere adottata ogni misura di sicurezza anche attraverso strumenti informatici, ove possibili, per l'identificazione del paziente, dei suoi campioni di sangue e unità assegnate, sia nel Servizio Trasfusionale che nel reparto clinico". L'implementazione di sistemi di sicurezza, quali moduli di richiesta elettronici, provette, braccialetti ed etichette dotati di un codice identificativo univoco per ogni paziente o sistemi di identificazione a radiofrequenza (transponder o RFid), possono aiutare ad intercettare errori commessi al momento del prelievo dei campioni o al letto del paziente al momento dell'inizio della trasfusione. Come per ogni procedura, intervento e atto sanitario, il paziente deve ricevere informazioni esaustive e prestare il proprio consenso, ma questa non è da ritenersi una misura preventiva per ridurre l'incidenza di errori da incompatibilità ABO".</p> <p>(Ministero della Salute, 2020)</p>
---	---------------------------------------	---	--	---------------------------	--

<p>Nel caso di paziente con PCA...</p>	<p>L'analgisia è completamente autogestita dal paziente</p>	<p>L'analgisia è preimpostata e quindi autogestita dal paziente</p>	<p>L'analgisia è somministrata per via endovenosa</p>	<p>Il paziente richiede dosi supplementari in caso di dolore</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'analgisia controllata dal paziente (PCA) è uno dei metodi consolidati e ben documentati per il trattamento del dolore postoperatorio. Attraverso la via parenterale, solitamente quella endovenosa, il paziente si autosomministra una dose predeterminata di analgesico con una pompa elettronica. Il Medico prescrive la via di somministrazione, la concentrazione di farmaco in termini di quantità di farmaco per ml di soluzione, la dose bolo che il paziente si autosomministrerà e il "blocco", ovvero il periodo che deve passare tra i boli PCA. Questo significa che anche se il paziente preme più volte il pulsante in un periodo troppo ravvicinato rispetto a quello impostato, riceverà comunque solo una dose di analgesico. In questo modo si evita il rischio di sovradosaggio terapeutico. Questa modalità consente al paziente l'auto-somministrazione della dose di analgesico quando avverte dolore, in modo che questo sia ben controllato. Avere in gestione infermieristica un paziente con PCA però, non vuol dire smettere di valutare il livello di dolore, anzi: la supervisione infermieristica durante la terapia con PCA è obbligatoria per garantirne un uso sicuro. Gli intervalli di valutazione del dolore vanno comunque programmati, come la valutazione della FR e del livello di sedazione in caso di somministrazione di oppioidi. Inoltre l'Infermiere si accerta della capacità del paziente di comprendere e di utilizzare la PCA, valutazione questa che deve essere fatta obbligatoriamente prima dal Medico Anestesista che la prescrive. Ovviamente i pazienti in cui è indicato l'utilizzo della PCA sono coloro in grado di comprenderne le modalità di utilizzo e in grado di premere il pulsante in maniera autonoma. Negli ultimi anni stanno prendendo strada nuove vie di somministrazione PCA, meno invasive rispetto alle canoniche applicazioni endovenose ed epidurali, come ad esempio la via ionoforetica transdermica e la via sublinguale.</p> <p>(Abrolat, Eberhart et al., 2018)</p>
---	---	---	---	--	---

<p>L'EGA è finalizzato a...</p>	<p>Monitorare la PaO₂</p>	<p>Monitorare la PaCO₂</p>	<p>Monitorare i bicarbonati ematici</p>	<p>Tutte le risposte sono corrette</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'Emogasanalisi arteriosa (EGA) è una procedura sia medica che infermieristica, diagnostica e invasiva. Consiste nel prelevare un piccolo campione di sangue arterioso con una siringa eparinizzata, solitamente dall'arteria radiale, femorale e brachiale. Un analizzatore automatico fornisce in tempi reali alcuni valori del paziente, la cui interpretazione darà importanti informazioni sul suo stato di salute. È importante ricordare di immettere nell'analizzatore il valore di FiO₂ a cui è sottoposto il paziente e la sua T°C, in modo che la macchina vi adegui i risultati ottenuti. I valori di PaO₂ e PaCO₂ dell'EGA ci forniscono informazioni riguardo all'efficacia degli scambi respiratori. La pressione parziale di ossigeno (PaO₂) normalmente dovrebbe essere compresa fra 80 e 100 mmHg, quella parziale di CO₂ fra 35 e 45 mmHg. Se la PaCO₂ è <35, il paziente si trova in uno stato di alcalosi respiratoria, se è >45, si parla di acidosi respiratoria. Se il rapporto fra PaO₂ e FiO₂ è inferiore a 200, è altamente probabile che il paziente abbia una grave insufficienza respiratoria, poiché il valore normale dovrebbe essere circa 450. Il pH indica l'equilibrio acido base. Il valore normale si assesta tra 7,35 e 7,45: se inferiore si parla di acidosi, se superiore si parla di alcalosi. I valori del pH e della PaCO₂ sono strettamente correlati: in associazione forniscono indicazioni sulle tipologie di acidosi e alcalosi. L'Ega valuta anche gli elettroliti, misurabili solitamente con un prelievo ematico venoso, ma con il vantaggio di essere più immediato e veloce. Lo stato metabolico del paziente si valuta attraverso l'interpretazione dei valori dei bicarbonati (HCO₃), il valore ottimale dei quali si attesta tra 22–26 Mmol/l. Se gli HCO₃ sono <22 si parla di acidosi metabolica, se >26 si parla di alcalosi metabolica. Infine, l'EGA è in grado di misurare il valore delle basi, utile per impostare il trattamento dell'acidosi, e dei lattati, il cui valore normale è < 4 mEq/l. L'acido lattico è prodotto dal metabolismo cellulare che varia sensibilmente in condizioni di ipossia.</p> <p>(Potter, Perry, 2015)</p>
--	--------------------------------------	---------------------------------------	---	--	---

<p>Prima e dopo intense mobilizzazioni articolari è utile che l'assistito sia sottoposto a...</p>	<p>Doccia calda</p>	<p>Crioterapia</p>	<p>Riscaldamento</p>	<p>Riposo assoluto</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La mobilizzazione articolare è una tipologia di terapia riabilitativa che consiste nel mobilizzare una o più articolazioni con lo scopo di ampliare gli angoli di movimento delle articolazioni coinvolte in un processo patologico, sia esso un intervento chirurgico, sia esso una delle seguenti condizioni: aderenze, problemi posturali, immobilità forzata, carenza dell'elasticità muscolare, disturbi della funzionalità circolatoria. In generale, non è sbagliato affermare che la mobilizzazione articolare va effettuata dai professionisti in tutti i casi in cui ci siano limitazioni di movimento. La tecnica ha come obiettivo quello di conservare libero il movimento articolare fisiologico nei diversi piani dello spazio. Vi sono diverse tipologie di mobilizzazione articolare, distinte sulla base della partecipazione del paziente nei movimenti. Nella mobilizzazione attiva vi è una partecipazione totale e può essere svolta liberamente dal paziente, oppure con l'applicazione di una resistenza (pesi, elastici, resistenza manuale del professionista). Si parla di mobilizzazione attiva-assistita quando il paziente e l'operatore lavorano insieme; la mobilizzazione passiva viene svolta dal terapeuta o da specifiche apparecchiature, come i dispositivi di movimento passivo continuo (CPM), che non prevedono il coinvolgimento del paziente. Attraverso questo tipo di stimolazione, l'articolazione del paziente viene sottoposta ad una serie di movimenti regolarmente ripetuti da una direzione all'altra senza alcuna contrazione muscolare volontaria da parte del diretto interessato. Al termine delle mobilizzazioni articolari è consigliabile applicare crioterapia ad intervalli per alleviare il dolore che la procedura può determinare e diminuire lo stato di infiammazione dell'articolazione sottoposta a sforzo.</p> <p>(Frontera et al., 2014)</p>
--	---------------------	--------------------	----------------------	------------------------	--

<p>Ti è stato affidato il monitoraggio di un paziente con scompenso cardiaco. Quali parametri valuti?</p>	<p>SpO2</p>	<p>FC</p>	<p>Diuresi</p>	<p>Tutte le risposte sono corrette</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Lo scompenso cardiaco o insufficienza cardiaca congestizia è dovuto all'incapacità del cuore di pompare sangue a sufficienza per soddisfare il fabbisogno dei tessuti e degli organi in termini di ossigenazione e apporto di sostanze nutritive. La dispnea, tipica del paziente con insufficienza cardiaca, è un sintomo cardine di questa malattia e viene utilizzato anche per stratificarla in gradi diversi di gravità. Nella cosiddetta classificazione della New York Heart Association (NYHA), accettata universalmente, lo scompenso cardiaco viene suddiviso in quattro classi crescenti di gravità dalla prima alla quarta. Nella Classe I il paziente è asintomatico. L'attività fisica abituale non provoca dispnea né affaticamento. Nella Classe II lo scompenso cardiaco è lieve. L'attività fisica moderata, come salire due rampe di scale, provoca dispnea o affaticamento. Nella Classe III il disturbo è considerato moderato/grave: l'attività fisica minima, come camminare per casa, provoca dispnea o affaticamento. Lo scompenso cardiaco grave di Classe IV provoca spossatezza, dispnea o affaticamento anche a riposo: il paziente avverte i sintomi anche se seduto o sdraiato a letto. Questa situazione grave incide negativamente sulla sua qualità della vita, impedendogli le normali attività quotidiane e un riposo ristoratore. L'accertamento infermieristico di un paziente con insufficienza cardiaca si concentra sull'osservazione di segni e sintomi di sovraccarico di liquido polmonare, vista la stretta correlazione con l'insorgenza di edema polmonare, e sistemico. Ogni anomalia dei parametri quali SpO2, diuresi e FC, deve essere registrata e comunicata tempestivamente al Medico.</p> <p>(NYHA, 2018)</p>
--	-------------	-----------	----------------	--	--

<p>Nella gestione di un paziente anziano appena entrato in degenza, quale delle seguenti condizioni deve particolarmente controllare l'infermiere per prevenire l'insorgenza di <i>Delirium</i>?</p>	<p>L'anemizzazione</p>	<p>Il dolore</p>	<p>La disidratazione</p>	<p>Tutte le risposte sono corrette</p>	<p>Risposta corretta A dispetto delle sue manifestazioni comportamentali, le principali cause del Delirium non sono da ricondursi all'ambito psichiatrico, nonostante sia descritto anche nei manuali di Psichiatria come il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V° edizione). In Letteratura sono descritti i fattori scatenanti la sindrome e suddivisi in predisponenti e precipitanti: questa distinzione permette di pianificare le strategie di azione. Fra i fattori predisponenti si trovano la giovane età o un'età superiore ai 65 anni, il sesso maschile, anamnesi medica positiva per demenza, depressione, pregresso episodio di Delirium, patologie sottostanti renali, epatiche, neurologiche, HIV, cancro, infezioni, malattie in fase terminale, pregresso ictus, fratture o traumi, disordini metabolici, disabilità nelle ADL, precedente storia di cadute, deficit sensoriali, abuso di droghe o alcol, trattamento plurifarmacologico o con farmaci psicoattivi. Su questi fattori è impossibile attuare azioni modificatrici, ma la loro individuazione può agevolare la presa in carico del paziente a rischio fin dall'ingresso in reparto. I professionisti sanitari, invece, possono agire sui fattori precipitanti, quali deprivazione del sonno, discomfort della stanza di degenza, dolore, ipertermia, disidratazione, anemizzazione, dipendenza funzionale, presidi invasivi , altri. Per es. si può assegnare il paziente ad una stanza ben illuminata dalla luce naturale, limitando i rumori improvvisi e fastidiosi e agevolando il ritmo sonno-veglia. Il Delirium è considerato una sindrome multifattoriale, per cui il primo trattamento consiste nell'indagare i fattori precipitanti, su cui è possibile agire. Minimizzare e/o eliminare i fattori precipitanti è la principale e naturale strategia nel trattamento e nella prevenzione del Delirium.</p> <p>(Regione Toscana, 2011)</p>
---	------------------------	------------------	--------------------------	--	--

<p>Nella somministrazione della MEWS, quale fra questi non è un parametro da rilevare?</p>	<p>Dolore</p>	<p>Frequenza cardiaca</p>	<p>Pressione arteriosa</p>	<p>Frequenza respiratoria</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il punteggio di allarme precoce modificato Modified Early Warning Score (MEWS) è uno strumento che può consentire il miglioramento della qualità e della sicurezza della gestione fornita ai pazienti. Lo scopo principale è prevenire ritardi di intervento o di trasferimento di pazienti in condizioni critiche. Il MEWS, in associazione con un algoritmo di allarme o call-out, è uno strumento utile e appropriato di gestione del rischio, che dovrebbe essere implementato per tutti i pazienti ospedalizzati. Nata nel Regno Unito agli inizi degli anni '90 con il nome di EWS (Early Warning Score) per aiutare il personale del reparto a identificare quando richiedere una consulenza specialistica, la EAW ha visto un'importante modifica e validazione nel 2001, variando definitivamente il nome in Modified Early Warning Score (MEWS). Lo strumento prende in considerazione i seguenti parametri: la Pressione Arteriosa Sistolica (PAS), la Frequenza cardiaca (FC), la Frequenza respiratoria (FR), la diuresi in termini quantitativi, lo stato di coscienza, la saturazione dell'ossigeno. Un punteggio superiore a 3 indica uno stato di allarme, con lo scopo di facilitare la comunicazione tempestiva tra il personale infermieristico e medico quando è reale il rischio di deterioramento delle condizioni del paziente. Al segnale di allarme l'Infermiere infatti provvede ad avvisare il Medico, il quale prenderà le decisioni in merito. La scala è utilizzata nei più diversi ambiti clinici e numerosi studi mostrano come essa sia efficace nelle U.O. più diverse, come la Traumatologia, le Unità Intensive di Cura e i Dipartimenti di Emergenza/Urgenza. Il sistema MEWS è utilizzato anche per agevolare il passaggio di consegne fra professionisti sanitari (handover): nel 2007 l'OMS ha redatto il documento "Communication during patient handover" che ha messo in evidenza il miglioramento del flusso di informazioni fra i professionisti sanitari grazie all'utilizzo di metodi e strumenti standardizzati, come appunto il MEWS.</p> <p>(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963767/)</p>
---	---------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------------	--

<p>Avete in monitoraggio un paziente con trazione ossea. Quale delle seguenti azioni è errata?</p>	<p>Devo verificare che il peso da applicare corrisponda a circa il doppio del peso corporeo del paziente</p>	<p>Devo verificare che il peso da applicare corrisponda a circa 1/10 del peso corporeo del paziente</p>	<p>Devo verificare che il peso da applicare corrisponda a circa la metà del peso corporeo del paziente</p>	<p>Devo verificare che il peso da applicare corrisponda a circa 1/3 del peso corporeo del paziente</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La trazione ossea transcheletrica è una tecnica ortopedica che consiste nell'applicare una forza di trazione attraverso il posizionamento di pesi a una parte del corpo, mentre una seconda forza, detta controtrazione, oppone resistenza nella direzione opposta. La resistenza corporea del paziente funge da controtrazione, mentre la forza opposta dei pesi lavora in modo lento e continuo nell'area interessata dal processo patologico, come nel caso di una frattura scomposta, con lo scopo di riallineare in asse i capi di frattura ossea. Tecnicamente la trazione viene applicata a livello delle regioni epifisarie-metafisarie, introducendo, attraverso una pistola spara-fili, il filo metallico di Kierschner nella regione epifisaria dell'osso. Questa procedura medica può essere effettuata in anestesia locale. Il filo viene poi fissato ad una staffa metallica, agganciata ad una corda, alla quale vengono sospesi dei pesi sulla base del tipo di frattura, del tipo di osso interessato e del peso del paziente: indicativamente si applicano pesi corrispondenti a circa 1/10 del peso corporeo del paziente. L'introduzione del filo metallico di Kierschner deve essere effettuata in modo da non ledere vasi e nervi decorrenti nelle zone vicine. L'arto viene infine posizionato su telaio di Zuppinger. L'Infermiere si accerta che, una volta a letto il paziente, la trazione sia posizionata e allineata nel modo corretto, che i pesi applicati siano idonei e che non tocchino il terreno o altre superfici, che le corde scorrano in maniera fluida sulle pulegge e che la linea di trazione sia in asse. L'Infermiere valuta inoltre le condizioni neurovascolari dell'arto in trazione, il livello di dolore, eventuali segni e sintomi precoci di trombosi venosa profonda, embolia polmonare, sindrome compartimentale, infezione, in particolare in prossimità dei siti di inserzione/uscita del filo di Kierschner. Il paziente è inoltre a rischio di sviluppare tutte le complicanze della sindrome da immobilizzazione, compresa l'insorgenza di UdP, nonostante si preferisca applicare, ad oggi, la trazione transcheletrica per brevi periodi.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Un paziente è a rischio di Sindrome Compartmentale . L'infermiere deve quindi prestare particolare attenzione...</p>	<p>Al sanguinamento della ferita chirurgica</p>	<p>Al ciclo sonno/veglia</p>	<p>Allo stato di orientamento del paziente</p>	<p>Al circolo e alla sensibilità dell'arto interessato</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>In Ortopedia, la Sindrome Compartmentale acuta è considerata un'emergenza che necessita il trattamento immediato in Sala Operatoria. È caratterizzata da un aumento della pressione all'interno di un compartimento muscolare, solitamente a causa di traumatismi, ma può insorgere anche a causa di apparecchi di contenimento mal confezionati, ematomi rifornenti, fratture ossee scomposte in cui il moncone osseo preme sul compartimento muscolare. Questa struttura è formata da un gruppo di muscoli, nervi e vasi contenuti in una membrana esterna chiamata fascia, che mantiene le strutture interne compattate al loro posto: per questo motivo è poco elastica e non ha possibilità di espansione. Un aumento di pressione al suo interno può degenerare fino alla necrosi e all'amputazione dell'arto. Vista la gravità della situazione, l'Infermiere è chiamato ad individuare precocemente i pazienti con Sindrome Compartmentale e allertare il Medico. Fra i segni e i sintomi caratteristici troviamo: dolore acuto e refrattario alla maggior parte degli antidolorifici; edema importante dell'arto, con cute talmente tesa che viene detta "a pelle di tamburo"; assenza, nella maggior parte dei casi, di circolo e sensibilità all'estremità distale dell'arto, dovuta all'importante compromissione della circolazione. Dopo la diagnosi medica effettuata con un sistema che misura la differenza fra la pressione compartmentale, rilevata mediante l'inserimento di un ago apposito all'interno del compartimento muscolare, e la pressione sistemica diastolica, il paziente viene trasportato d'urgenza in Sala Operatoria per essere sottoposto ad un intervento di fasciotomia, con lo scopo di alleviare la pressione all'interno del compartimento. La sindrome compartmentale cronica è più frequentemente correlata all'attività sportiva, per un aumento di volume della massa muscolare all'interno del compartimento. Non è da considerarsi un'emergenza, bensì, come si deduce dal termine, una condizione che si instaura progressivamente nel tempo. La sindrome compartmentale cronica può limitare l'attività fisica regolare con l'insorgenza di dolore marcato. Colpisce più frequentemente la muscolatura degli arti superiori e inferiori.</p> <p>(www.sindromecompartimentale.com)</p>
--	---	------------------------------	--	--	---

<p>Quali soluzioni e.v. devono essere conservate separate da altri farmaci, in armadi chiusi e in contenitori che rechino la segnalazione di allarme “Diluire prima della somministrazione : mortale se infuso non diluito”?</p>	<p>Le soluzioni concentrate contenenti KCL e le altre soluzioni ad elevato contenuto di K per uso e.v.</p>	<p>Mannitolo 18%</p>	<p>Soluzione Glucosata 33%</p>	<p>Calcio Gluconato</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La somministrazione di Potassio Cloruro (KCL) per via endovenosa è stata implicata in alcuni episodi di decessi nel nostro Paese, come in molti altri Paesi. Numerosi ospedali e strutture sanitarie hanno attivato procedure per rimuovere questa sostanza dai reparti non impegnati in attività critiche. Il Ministero della Salute identifica come reparti di attività critica la Terapia Intensiva e la Rianimazione, l’Unità Coronarica, la Nefrologia, la Cardiochirurgia, la Terapia Intensiva Neonatale, la Sala Operatoria, il Pronto Soccorso, i Dipartimenti di Emergenza ed altre aree assistenziali individuate dalla programmazione aziendale e regionale, nelle quali è richiesto l’uso urgente del farmaco. Le raccomandazioni per ridurre il rischio di errore partono dalla corretta conservazione del farmaco, sia in farmacia che nei reparti. La Procedura Ministeriale recita che le soluzioni concentrate di KCL e le altre soluzioni ad elevato contenuto di K per uso e.v. devono essere rimosse, laddove presenti, da tutte le scorte di farmaci ad uso corrente esistenti nei vari reparti. La conservazione delle soluzioni concentrate di KCL e delle altre soluzioni ad elevato contenuto di K per uso e.v. deve essere limitata esclusivamente alla farmacia, alle aree critiche suddette e ad altre aree assistenziali, identificate dalla programmazione aziendale e regionale e nelle quali sia richiesto l’uso urgente del farmaco. Nella farmacia e nelle unità operative in cui è prevista la conservazione, le soluzioni concentrate contenenti KCL e le altre soluzioni ad elevato contenuto di K per uso e.v. devono essere conservate separate da altri farmaci, in armadi ove possibile chiusi a chiave e in contenitori che rechino la segnalazione di allarme “Diluire prima della somministrazione: mortale se infuso non diluito”.</p> <p>(Ministero della Salute, 2008)</p>
---	--	----------------------	--------------------------------	-------------------------	--

<p>Un paziente presenta sudorazione profusa, aumento della FC, pallore e alterazioni del pensiero. Devo allertarmi per una possibile situazione di...</p>	<p>Ipertermia > 39°C</p>	<p>Ipoglicemia</p>	<p>Attacco gottoso</p>	<p>Ictus ischemico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>In letteratura si definisce ipoglicemia un valore ematico di glucosio inferiore agli 80-70 mg/dl, sebbene non tutti gli autori/fonti concordino. A seconda del valore, delle caratteristiche del paziente e dei sintomi da esso manifestati, viene impostato il trattamento. I sintomi dell'ipoglicemia possono essere raggruppati in due categorie: sintomi adrenergici e sintomi a carico del Sistema Nervoso Centrale (SNC). I primi sono causati dalla stimolazione simpatica causata dall'abbassamento di glucosio ematico: la liberazione di adrenalina causa sintomi quali sudorazione, tremore, tachicardia, palpitazioni, nervosismo e aumento dell'appetito. Se l'ipoglicemia è modesta, il SNC soffre per la scarsità di apporto nutrizionale, con conseguenti incapacità di concentrazione, cefalea, confusione, difficoltà di parola, mancanza di coordinazione dei movimenti, sonnolenza, sdoppiamento della visione fino alle convulsioni, alla perdita di coscienza e al coma nei casi di ipoglicemia grave. L'ipoglicemia è frequente soprattutto nei soggetti trattati con insulina (sia tipo 1 che tipo 2), ma può realizzarsi anche in quelli che assumono farmaci orali che stimolano la secrezione insulinica, in particolare le sulfoniluree e, fra queste, quelle a più lunga durata d'azione (clorpropamide, glibenclamide). In previsione della dimissione, è necessario che l'Infermiere addestri il paziente e i suoi familiari a riconoscere l'ipoglicemia e a correggerla prontamente a domicilio. L'ipoglicemia si realizza più frequentemente durante o dopo attività fisica (anche solo una passeggiata, i lavori di casa o il giardinaggio), soprattutto se il paziente ha mangiato meno del solito. Nel sospetto (quando non si può misurare con il glucometro) o nella certezza dell'ipoglicemia, bisogna agire subito prendendo 15 g di zuccheri semplici. Se il paziente è alla guida deve necessariamente fermarsi e agire immediatamente.</p> <p>(Brunner, Suddarth 2017)</p>
--	-----------------------------	--------------------	------------------------	------------------------	---

<p>L'infermiere ha in gestione un paziente con possibile fecaloma. Quali tra le seguenti scelte può operare?</p>	<p>Affidare l'asportazione manuale al personale di supporto</p>	<p>Non procede alla rimozione, in quanto manovra traumatica</p>	<p>Operare personalmente l'asportazione manuale del fecaloma, ponendo particolarmente attenzione ai segni di stimolazione vagale</p>	<p>Affidare l'asportazione manuale al personale di supporto eccetto il caso in cui si manifesti un improvviso cambiamento dello stato mentale del paziente</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La diagnosi differenziale tra fecaloma e massa non fecaloide presente nel retto è una competenza medica. Una volta prescritta la rimozione, l'Infermiere può procedere allo svuotamento manuale del fecaloma. L'asportazione manuale comporta la rottura della massa fecale con un dito e la successiva rimozione dei frammenti. Se la massa risulta particolarmente grande, possono essere utilizzate anche due dita con movimento "a forbice". Considerato il trauma che la mucosa rettale può subire, questa procedura può essere eseguita solo da personale esperto. La sollecitazione rettale è inoltre controindicata in alcuni pazienti, perché può causare un eccessivo stimolo vagale, responsabile di aritmie cardiache o lipotimie, per cui è fortemente consigliato effettuare tale manovra al letto del paziente e non in bagno (nel caso di pazienti collaboranti). Prima della rimozione manuale, è raccomandato eseguire un clistere ritentivo oleoso, da trattenere per 30 minuti. Dopo la rimozione, l'Infermiere può effettuare altri interventi per eliminare le feci rimanenti, come un clistere evacuativo o la somministrazione di una supposta oleosa. Il clistere permette l'irrigazione dell'ultimo tratto dell'intestino (colon o intestino crasso) da feci incrostate, residui non digeriti, gas, fermentazioni, putrefazioni e flora batterica patogena. Il paziente troverà sollievo immediato. Le conseguenze di un colon intasato possono essere stanchezza, depressione, disturbi della concentrazione, perdita di vitalità, stati di paura, indebolimento del sistema immunitario, predisposizione alle infezioni, e patologie come affezioni reumatiche e cutanee, emicranie, ipertensione arteriosa, allergie, carichi epatici, stipsi, meteorismo, diarrea, disbiosi, colon irritabile, emorroidi, diverticolosi e molto altro. L'intestino infatti è il punto di partenza della nostra salute: se non funziona bene, si innescano degli effetti a cascata su tutto l'organismo.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
---	---	---	--	--	---

<p>La portata massima di flusso di O2 prevista per i dispositivi di erogazione nasali (occhialini o cannule nasali) è...</p>	4l/min	6l/min	8l/min	2l/min	<p>Risposta corretta</p> <p>La FiO2 (flusso inspiratorio di O2) indica la percentuale di O2 presente nell'aria che il paziente respira; normalmente, quando respiriamo, siamo sottoposti a una FiO2 pari al 21%. Ogni litro/min di O2 erogato in terapia aggiunge il 3-4% di FiO2 alla concentrazione di O2, per cui un flusso di 1Lt/min, per esempio, garantisce una FiO2 al 24%, un flusso di 2 lt/min una FiO2 al 28%, e così via a seconda del device di erogazione di O2 utilizzato. Sono considerati flussi di ossigeno bassi quelli da 0,5 a 4 l/min erogati, medi flussi quelli da 4 a 8 L/min e alti flussi quelli da 9 a 15 l/min. La maschera di Venturi o ventimask è il sistema migliore per conoscere approssimativamente la FiO2 somministrata, in quanto copre naso e bocca a cui si adatta una valvola colorata che permette di garantire una determinata FiO2. Cambiando la valvola cambia la quantità erogata. Importante in questo caso è seguire le istruzioni del produttore, che indicano a quanti litri al minuto va regolato il flussimetro per garantire una determinata concentrazione di O2. Vi sono dei codici colore della valvola a cui corrisponde una diversa FiO2, ma variano a seconda della ditta produttrice. Invece, la maschera da utilizzare in emergenza è, per eccellenza, la maschera con reservoir. Alla maschera è applicato un serbatoio (tipo sacchetto) che si riempie con l'alto flusso di ossigeno e da cui il paziente respira ossigeno quasi puro: si arriva ad una FiO2 del 90-99% se la maschera è ben adesa e il flusso è sufficiente a gonfiare bene il reservoir. Le cannule nasali (chiamate comunemente occhialini) possono arrivare ad un'erogazione di 6 lt/min e rispettano la proporzione sopraindicata. Oltre 6l/min il paziente tende a deglutire l'aria e l'ossigenazione risulta inefficace, pertanto è opportuno sostituire gli occhialini con maschere erogatrici di O2. Non vi sono ad oggi disposizioni precise sulla necessità di umidificazione in caso di utilizzo degli occhialini con flussi superiori a 4l/min. Sicuramente gli occhialini sono da considerare i dispositivi più comuni, facili da applicare ed economici per l'erogazione di O2 terapia. Inoltre, rispetto agli altri device, permettono libertà di movimento e di alimentazione.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
---	--------	--------	--------	--------	--

<p>Quali fra queste condizioni non richiede l'utilizzo della Ventilazione a Pressione Positiva non Invasiva - NPPV?</p>	<p>BPCO</p>	<p>Apnea Ostruttiva del Sonno</p>	<p>Asma bronchiale</p>	<p>Edema polmonare</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Alcuni pazienti necessitano di assistenza meccanica per mantenere una respirazione adeguata in determinate circostanze. Quando le condizioni non mettono a rischio la vita, l'assistenza può essere ottenuta con l'uso della ventilazione a pressione positiva non invasiva (NPPV), ovvero la somministrazione di aria o ossigeno sotto pressione, ma senza la necessità di un catetere invasivo, come il catetere endotracheale o per tracheostomia. Si tratta di una maschera applicata sul naso del paziente durante il sonno che fornisce aria a pressione positiva durante l'inspirazione e l'espirazione, in modo che la via aerea risulti aperta e non possa collassare. Le condizioni che richiedono la ventilazione non invasiva includono: l'insufficienza respiratoria acuta e cronica, l'edema polmonare, la BPCO e l'apnea ostruttiva del sonno. L'asma è una sindrome caratterizzata da aumento delle resistenze presenti nelle vie aeree, a seguito di spasmi della muscolatura bronchiale, spesso associato ad edema della mucosa e aumento delle secrezioni. La causa scatenante è solitamente una reazione allergica a seguito di sensibilizzazione della mucosa da allergeni. Si presenta in forma accessuale, con periodi asintomatici alternati a periodi di crisi. Talvolta decorre in forma cronica, ma il trattamento non prevede mai l'utilizzo di NPPV. Il ruolo primario dell'infermiere nell'assistenza ai pazienti che utilizzano tali dispositivi è quello di garantire il funzionamento ottimale e l'utilizzo del dispositivo, poiché potrebbe essere necessario utilizzarlo la notte per il resto della loro vita. I pazienti possono presentare problemi significativi nell'aderenza alla terapia, a causa del disagio o di altre barriere, come per esempio il possibile disturbo che il rumore del macchinario arreca alla persona che dorme accanto; l'infermiere dovrebbe fornire loro istruzione e supporto, nonché collaborare con il terapista respiratorio e gli altri operatori coinvolti.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
--	-------------	-----------------------------------	------------------------	------------------------	--

<p>All'ammissione in reparto, il nuovo paziente ti riferisce una dubbia allergia al lattice. Tu cosa fai?</p>	<p>Prendi tutte le precauzioni per il percorso LATEX FREE, avvisi il Medico e la Direzione Sanitaria</p>	<p>L'allergia è dubbia, quindi non prendi nessuna precauzione, ma lo riporti in cartella</p>	<p>Nel dubbio, scegli una stanza singola per il paziente</p>	<p>Prendi tutte le precauzioni LATEX FREE, ma non riporti in cartella finchè l'allergia non viene comprovata</p>	<p>Risposta corretta Per i suoi innegabili pregi di elasticità, resistenza, flessibilità e proprietà di barriera, il lattice è utilizzato per la fabbricazione di numerosi prodotti di uso quotidiano, sia domestico che medico. Nel lattice grezzo sono contenute proteine idrosolubili, molte delle quali riconosciute come allergeni. Nei diversi prodotti finiti ottenuti dal lattice, il contenuto in allergeni è fortemente condizionato dal tipo di lavorazione a cui il materiale di partenza è stato sottoposto. Durante il processo di lavorazione, al lattice vengono aggiunti vari additivi che, pur se non responsabili di reazioni di sensibilizzazione, sono stati chiamati in causa nella comparsa di dermatiti da contatto. Esistono alcune categorie di persone per le quali il rischio risulta più elevato. Si tratta di soggetti che, sia per motivi occupazionali (es. operatori sanitari, lavoratori dell'industria della gomma, addetti delle imprese di pulizie) che clinici (es. pazienti sottoposti a ripetuti interventi chirurgici), sono più esposti al lattice. Per questo motivo, all'ingresso di un paziente con allergia al lattice, anche se dubbia, in qualsiasi struttura sanitaria si devono prendere le massime precauzioni per evitare il contatto. Devono essere predisposti percorsi LATEX FREE, dove i presidi contenenti lattice devono essere eliminati e sostituiti con altri non contenenti la sostanza: guanti, lacci emostatici, dispositivi per O2 terapia, flaconi di farmaci, ecc. devono essere rigorosamente controllati. Nelle Sale Operatorie, previa areazione, i momenti in cui la concentrazione di lattice è al minimo risulta essere ad inizio settimana nelle prime ore della mattina: i pazienti allergici al lattice dovrebbero venir trattati, quando possibile, in questo periodo. Inoltre dovrebbero essere resi riconoscibili le stanze LATEX FREE, per esempio apponendo dei cartelli all'ingresso, e i pazienti stessi, portando per esempio dei bracciali identificativi al polso. In ogni stanza dovrebbe essere presente kit di emergenza LATEX FREE. Nelle Terapie Intensive questi pazienti dovrebbero essere isolati. L'allergia al lattice deve essere riportata su ogni documentazione clinica del paziente.</p> <p>(Regione Toscana, 2007)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Nell'aspirazione delle vie aeree superiori, il razionale dell'aspirazione intermittente è...</p>	<p>Far stancare meno l'operatore</p>	<p>Diminuire il rischio di infezioni</p>	<p>Ridurre il rischio di traumi o irritazioni alla trachea e alla rinofaringe</p>	<p>Stimolare una tosse produttiva</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Quando i pazienti presentano delle difficoltà nell'eliminare le secrezioni o hanno una via aerea artificiale in sede, può essere necessaria l'aspirazione per liberare le vie aeree. L'aspirazione delle secrezioni avviene attraverso un sondino collegato a un sistema di aspirazione autonomo o ad una presa di aspirazione a parete a pressione negativa (vuoto centralizzato o vacuum). Anche se le vie aeree superiori (orofaringe e nasofaringe) non sono sterili, è raccomandata una tecnica asettica per tutte le aspirazioni, allo scopo di evitare l'introduzione di germi patogeni nelle vie aeree. È opportuno attenersi ai protocolli in uso nella struttura, in quanto alcuni prevedono una tecnica pulita no-touch piuttosto che sterile per l'aspirazione nasofaringea e orofaringea, con la logica che il sondino non arrivi nelle vie aeree inferiori. Prima e dopo la procedura, che deve durare massimo 10-15 secondi, è consigliabile ossigenare per qualche minuto il paziente. Per procedere all'aspirazione delle secrezioni delle vie aeree superiori occorre posizionare prima di tutto il paziente a seconda del suo stato di coscienza: il paziente cosciente che presenta il riflesso del vomito viene posizionato in semi-Fowler, con la testa rivolta da un lato per l'aspirazione orale o con il collo iperesteso per l'aspirazione nasale per facilitare l'inserimento del sondino. Si deve invece posizionare il paziente non cosciente in decubito laterale con la testa verso l'infermiere, in modo che la lingua cada in avanti per non ostacolare il sondino durante l'inserimento. La posizione laterale, inoltre, facilita il drenaggio delle secrezioni dalla faringe e previene la possibilità di aspirazione. La pressione da impostare sul manometro del vacuum deve essere sufficiente da aspirare le secrezioni, ma non troppo alta, poiché potrebbe lesionare le mucose. Per lo stesso motivo è opportuno procedere, solo in fase di retrazione del sondino, con la tecnica dell'aspirazione intermittente. Durante l'inserimento del sondino non si effettua l'aspirazione per non lesionare le mucose del rinofaringe.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
--	--------------------------------------	--	---	---------------------------------------	--

<p>Un paziente ha una lesione con perdita cutanea a spessore parziale (abrasione, vescica o lesione superficiale), che coinvolge l'epidermide e il derma. Riferisco al medico che il paziente presenta...</p>	<p>Un'ulcera da pressione di stadio I</p>	<p>Un'ulcera da pressione di stadio II</p>	<p>Un'ulcera da pressione di stadio III</p>	<p>Un'ulcera da pressione di stadio IV</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I professionisti e gli operatori sanitari devono essere consapevoli del fatto che tutti i pazienti sono potenzialmente a rischio di sviluppare ulcere da pressione (UdP). Le UdP costituiscono una condizione severa e dolorosa che può colpire soggetti di ogni età, e costituiscono un danno evitabile che aumenta la mortalità e la durata della degenza, causando un ingente consumo di risorse. L'adeguata nutrizione è importante nella prevenzione e nel trattamento delle UdP. Una dieta ricca di proteine con sufficienti calorie, vitamine e minerali può mantenere normali le condizioni dei tessuti e favorirne la guarigione. In presenza di ulcere, l'infermiere deve esplorare le possibili variabili scatenanti, tentare con solerzia di ridurne al massimo gli effetti e proporre una cura per il trattamento della lesione. Il personale infermieristico identifica precocemente il paziente a rischio attraverso strumenti idonei e realizzando delle strategie preventive. I soggetti maggiormente esposti a tale problematica sono i pazienti neurologici, ortopedici e cronici e tutti coloro che sono costretti all'immobilità a letto o sulla sedia. Inoltre sono maggiormente esposti al rischio di lesione i pazienti in età avanzata. Per la stadiazione delle UdP è ancora in vigore la classificazione NPUAP. Nello stadio 1 è presente un eritema non sbiancante alla digitopressione su cute intatta, generalmente in corrispondenza di una prominente ossea. Nello stadio 2 vi è una perdita parziale del derma, che si presenta come un'ulcera superficiale con il letto della ferita rosa o con vescicola. Nello stadio 3 vi è una perdita di tessuto a tutto spessore senza visibilità del muscolo, tendine e osso, che invece sono esposti nello stadio 4. Potrebbe essere presente anche tessuto necrotico, slough ed esposizione ossea, con elevato rischio di osteomielite. Lo slough è il prodotto dell'infiammazione cronica: la colorazione varia dal giallo al grigio verdognolo, la consistenza da filamentoso a compatto.</p> <p>(GIMBE, 2014)</p>
--	---	--	---	--	---

<p>Quali fra questi parametri non è preso in considerazione nella Scala di Braden per la previsione del rischio di ulcere da pressione?</p>	<p>Percezione sensoriale</p>	<p>Attività fisica</p>	<p>Nutrizione</p>	<p>SpO2 media</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La Scala di Braden è una scala di valutazione del rischio di insorgenza di UdP che tiene conto di 6 fattori: la percezione sensoriale; il grado di umidità della cute in considerazione della sudorazione e dell'eventuale incontinenza urinaria e/o fecale; il livello di attività fisica; la mobilità, compresa la capacità di cambiare posizione in autonomia a letto; lo stato nutrizionale e il rischio di frizione e scivolamento, poiché la forza d'attrito che si crea con la superficie solida e/o con la biancheria può accelerare l'insorgenza di UdP. Ad ogni fattore vengono attribuite delle variabili, con un punteggio che va da 1 a 4 e da 1 a 3 per il fattore "frizione e scivolamento". Il risultato finale si interpreta secondo il principio che minore è il valore risultante dalla somma di tutti i punteggi, maggiore è il rischio d'insorgenza di lesioni. Un valore inferiore a 16 rivela un alto rischio di compromissione dell'integrità cutanea; un valore uguale a 16 suggerisce che è presente il rischio. Con un valore compreso fra 16 e 18 il paziente presenta un lieve rischio di insorgenza di lesione, ma vanno comunque prese in considerazione delle azioni preventive; con un punteggio superiore a 18 il paziente è da considerare fuori pericolo. In letteratura e nella pratica clinica quotidiana sono presenti numerose altre scale per la valutazione del rischio di UdP: una di queste è la famosa Scala di Norton, ideata nel 1962, che prende in considerazione 5 parametri (quali mobilitazione, incontinenza, deambulazione, condizioni fisiche e stato mentale). Molto semplice nella sua somministrazione, da alcuni studiosi è stata considerata troppo semplicistica e per questo, nel corso degli anni, sono stati aggiunti ulteriori parametri: diagnosi di diabete, diagnosi di ipertensione, valori dell'ematocrito e dell'albuminemia, temperatura corporea e la variazione dello stato mentale nelle ultime 24 ore. Al punteggio della scala di Norton iniziale viene sottratto il punteggio derivante da questi nuovi sette parametri. Ogni parametro presente ha un punteggio di 1. Valori uguali o minori di 10 indicano un rischio elevato nella genesi di UdP.</p> <p>(Braden, 2012)</p>
--	------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------	--

<p>Nell'effettuare il prelievo per emocoltura con presidio Vacutainer® butterfly, il primo campione deve essere...</p>	<p>Colturale aerobi</p>	<p>Colturale anaerobi</p>	<p>Non vi è necessità di distinzione</p>	<p>Non vi è necessità di distinzione se si scartano i primi 10 cc di sangue</p>	<p>Risposta corretta L'emocoltura è un'indagine diagnostica che prevede la raccolta di sangue in appositi contenitori che presentano dei terreni di coltura per la crescita di microrganismi. L'emocoltura rappresenta il gold standard per la diagnosi di infezioni batteriche o fungine nell'ipotesi di sepsi sistemica. Le corrette modalità di prelievo, conservazione e invio dei campioni sono di responsabilità infermieristica. A causa dell'alta incidenza di falsi positivi per contaminazione in fase di prelievo ematico, compaiono in letteratura numerose raccomandazioni e Linee Guida riguardo alle corrette modalità di prelievo. I campioni da analizzare sono solitamente 3 set da 2 flaconi ciascuno, un flacone per i patogeni aerobi e un flacone per i patogeni anaerobi. I batteri appartenenti al primo gruppo traggono energia dalla respirazione aerobica; pertanto, hanno assolutamente bisogno di ossigeno (O₂) per sopravvivere. Gli anaerobi, all'opposto, sono batteri che non necessitano di O₂ per sopravvivere, ma, al contrario, la presenza di ossigeno nel loro habitat ne inibisce la crescita. Questi batteri traggono energia da altri processi metabolici, quali la fermentazione, la respirazione anaerobica, la fotosintesi batterica o la metanogenesi. In caso di utilizzo per il prelievo di dispositivo butterfly – vacuum, in cui una piccola percentuale di aria è presente nel dispositivo di raccordo prima dell'immissione del sangue nel flacone, il contenitore da riempire per primo è quello per i patogeni aerobi, successivamente quello per anaerobi. Fra un prelievo di set e l'altro non è più necessario attendere 30' come raccomandato fino a qualche anno fa: sono sufficienti 5-10'. Per i successivi prelievi, attenersi alle disposizioni suddette, per cui rimane necessario che nel flacone per anaerobi non venga immessa dell'aria. Se si sceglie di prelevare il campione con siringa e ago è necessario che il primo flacone da riempire sia quello per anaerobi, per evitare che l'aria presente nella siringa venga introdotta nel campione per anaerobi.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
---	-------------------------	---------------------------	--	---	---

<p>La medicazione idrocolloidale...</p>	<p>È occlusiva</p>	<p>Può facilitare lo sbrigliamento della fibrina</p>	<p>Se nella ferita sono presenti microrganismi, può facilitarne la crescita</p>	<p>Tutte le risposte sono corrette</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le medicazioni idrocolloidali sono medicazioni di tipo avanzato, la cui superficie attiva è rivestita con una massa adesiva reticolata, contenente una dispersione di gelatina, pectina e carbossi-metilcellulosa insieme ad altri polimeri e adesivi che formano una copertura flessibile. A contatto con l'essudato della ferita, i polisaccaridi e gli altri polimeri assorbono acqua e si gonfiano, formando un gel: questo può essere progettato per drenare o rimanere all'interno della struttura della matrice adesiva. Le condizioni umide prodotte al di sotto della medicazione hanno lo scopo di promuovere la fibrinolisi, l'angiogenesi e la cicatrizzazione delle ferite, senza causare ammorbidimento e rottura dei tessuti. Il gel, risultato dell'assorbimento dell'essudato della ferita, è tenuto in posizione all'interno della struttura della matrice adesiva. La maggior parte delle medicazioni idrocolloidali sono impermeabili e occlusive: tali caratteristiche permettono il mantenimento di un ambiente di guarigione umido e l'isolamento verso batteri e altri agenti inquinanti. Sono medicazioni di facile applicazione, autoaderenti non alla ferita, ma solo alla cute perilesionale. Possono essere utilizzate anche al di sotto di dispositivi di compressione venosa. Essenziali per mantenere pulita l'UdP, le medicazioni idrocolloidi possono rimanere in sede dai 3 ai 7 giorni a seconda della quantità di essudato della ferita, limitando notevolmente i traumi prodotti dall'operazione di cambio della medicazione. Le ferite ideali per l'utilizzo delle medicazioni idrocolloidi sono lesioni cutanee scarsamente essudanti e non infette. Inoltre possono anche essere impiegate come strumento alternativo nella prevenzione delle lesioni, per proteggere la cute fragile o le ferite di recente guarigione con cute riepitelizzata.</p> <p>(Matucci, Denton, 2018)</p>
--	--------------------	--	---	--	--

<p>E' stata prescritta per il Sig. Rossi la VAC Therapy. L'infermiere esperto in Wound Care, su indicazione medica, dovrà...</p>	<p>Applicare sulla lesione l'apposito dispositivo che determina una pressione negativa sulla ferita, al fine di accelerare la rigenerazione tissutale</p>	<p>Applicare sulla lesione l'apposito dispositivo che determina una pressione positiva sulla ferita, al fine di accelerare la rigenerazione tissutale</p>	<p>Applicare sulla lesione l'apposito dispositivo, che dispensa dosi controllate di antibiotico sulla ferita, evitando così la terapia sistemica</p>	<p>Applicare sulla lesione l'apposito dispositivo, che rilascia microdosi continue di iodio povidone sulla ferita, riducendo il rischio di contaminazione batterica</p>	<p>Risposta corretta La Terapia Topica Negativa (VAC Therapy) si è affacciata sul mercato europeo e statunitense negli anni '90 e ad oggi è ampiamente utilizzata per il trattamento di alcune ferite. Si tratta di un meccanismo di suzione, operato da un dispositivo adagiato sul letto della ferita adeguatamente preparata: così si stimola la formazione del tessuto di granulazione, ottimale per la guarigione della ferita. La pressione negativa è applicata in un range di 50-200 mmHg e può essere utilizzata in modo intermittente o continuo. Un riempimento in schiuma o garza è applicato nello spazio della lesione, un tubicino è inserito nella ferita, il tutto è sigillato con una pellicola adesiva. La pellicola gas-permeabile permette lo scambio gassoso e allo stesso tempo protegge la ferita. Il tubicino convoglia la pressione negativa al sito lesionale e si genera un effetto ventosa attorno all'applicazione della schiuma o della garza. Il rationale su cui fonda il presidio in oggetto è che la pressione negativa rimuove i fluidi extra cellulari e l'essudato, riduce l'edema e migliora il flusso sanguigno locale, fornendo così l'ossigenazione e il nutrimento ai tessuti nel sito della lesione e accelerando la cicatrizzazione, riducendo inoltre la carica batterica. È considerato un trattamento non invasivo, ben tollerato anche dal paziente a domicilio. La prescrizione è di natura medica, mentre l'applicazione può essere effettuata anche da un Infermiere a patto che sia adeguatamente formato e specializzato in Wound Care. La VAC Therapy è controindicata in casi di osteomielite non trattata, presenza di tessuto necrotico (è consigliabile un preventivo debridement chirurgico o autolitico), presenza di organi o vasi sanguigni esposti, periodo superiore alle due settimane senza nessun rinnovo della medicazione.</p> <p>(Gabriel, Gupta, 2012)</p>
---	---	---	--	---	---

<p>Nel Debridment di una ferita si opera...</p>	<p>La rimozione del tessuto necrotico o tessuto di granulazione</p>	<p>La rimozione del tessuto necrotico o escara</p>	<p>La riduzione del tessuto fibrinoso, che ostacola la rigenerazione tissutale</p>	<p>La riduzione dell'essudato, che ostacola l'azione di terapie topiche</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Nel trattamento delle ulcere, uno dei più importanti interventi per promuovere la guarigione è un'adeguata preparazione del letto della ferita. I principi fondamentali di Wound Bed Preparation (WBP) possono essere racchiusi nell'acronimo inglese TIME: necrotic Tissue, Infection and Inflammation, Moisture balance e Epithelization. Il tessuto necrotico o escara (T) rappresenta un forte ostacolo alla guarigione della lesione, in quanto oscura il letto della lesione sottostante, mentre i batteri sono competitivi per le risorse nutritive. Il tessuto necrotico non è vascolarizzato e oppone una barriera ai medicinali che dovrebbero raggiungere il letto della ferita. In letteratura sono riconosciute diverse metodologie di debridment: chimica; enzimatica-autolitica attraverso l'applicazione di appositi gel e dispositivi; meccanica; biologica e chirurgica, quest'ultima sicuramente la più selettiva. Le lesioni cutanee croniche vedono sempre la presenza di agenti patogeni, con un range che va dalla contaminazione, alla colonizzazione critica e non, fino alla infezione invasiva. L'infiammazione (I) è caratterizzata da segni e sintomi tipici, quali rossore, calore, edema, dolore in peggioramento e/o odore putrescente e acuto e/o secrezioni purulente. Il sospetto di infezione deve essere necessariamente confermato da indagini laboratoristiche attraverso il prelievo di un tampone per la ricerca colturale dei patogeni. Una lesione mantenuta umida (M) attraverso i presidi idonei guarisce più velocemente, in quanto il letto umido accelera i processi di riepitelizzazione, formazione del tessuto di granulazione e previene la macerazione della cute circostante, senza incrementare il rischio di infezione. Infine l'epitelizzazione (E) è una tappa fondamentale del processo di healing. I momenti principali della guarigione di un'ulcera infatti sono: detersione dell'ulcera (e/o rimozione del tessuto necrotico/devitalizzato), sviluppo del tessuto di granulazione e, appunto, riepitelizzazione.</p> <p>(A.S.Halim, 2012)</p>
--	---	--	--	---	--

<p>Nell'effettuazione di un bendaggio dell'arto inferiore, l'Infermiere deve prestare attenzione a...</p>	<p>Effettuare la manovra dalla parte distale alla parte prossimale del corpo</p>	<p>Effettuare la manovra dalla parte prossimale alla parte distale del corpo</p>	<p>Non applicare una pressione costante per favorire la circolazione</p>	<p>Non effettuare il bendaggio se presente una ferita chirurgica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Per i bendaggi vengono impiegati molti tipi di materiale. La garza è il materiale più frequentemente utilizzato. È leggera e porosa e facilmente adattabile al corpo. È anche relativamente economica e per questo, quando si sporca, viene gettata. Bendare le zone del corpo dalla parte distale verso la parte prossimale favorisce il ritorno venoso, per cui questa precauzione è da adottare sempre durante l'esecuzione di un bendaggio. Un bendaggio può essere applicato anche su una ferita chirurgica coperta da medicazione sterile, a patto che questa venga controllata periodicamente. Lo strato protettivo in cotone di germania o in materiale sintetico con analoghe caratteristiche ha lo scopo di proteggere le prominenze ossee e la cute. Il secondo strato del bendaggio può essere eseguito con benda a corta, media o lunga elasticità; deve essere mobile quando vi è necessità di medicare frequentemente (infezione o presenza di tessuto da rimuovere), fisso quando le caratteristiche della lesione consentono medicazioni meno frequenti. È indispensabile tenere presente che maggiore è la sovrapposizione delle bende, maggiore sarà la compressione. È importante ricordare che il piede deve essere flesso dorsalmente (posizione a martello) per evitare pieghe alla caviglia. Il bendaggio elastico dell'arto deve essere applicato con compressione graduale e decrescente dalla caviglia al ginocchio. Si ottiene così un arto eumorfico, mantenendo la stessa tensione della benda per la legge di Laplace (secondo la quale la pressione (p) è direttamente proporzionale alla tensione (t) della benda e inversamente proporzionale al raggio (r) della gamba). Per questo motivo, il primo strato serve per regolarizzare il raggio dell'arto "cilindrico" o viceversa a "fiasco". Quando si esegue un bendaggio degli arti, le dita devono sempre essere lasciate a vista, in modo da controllare il circolo e la sensibilità.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>L'infermiere deve posizionare sul letto operatorio un paziente che sarà sottoposto a un intervento di chirurgia renale. Quale posizione è indicata?</p>	<p>Posizione di Trendelemburg</p>	<p>Posizione prona</p>	<p>Posizione laterale</p>	<p>Posizione litotomica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La posizione del paziente sul tavolo operatorio deve poter essere adattata alle diverse procedure chirurgiche. Deve essere garantito il comfort del paziente, vale a dire la sicurezza per la sua circolazione, per la respirazione, per la muscolatura e per le strutture nervose, al fine di evitare complicanze successive. Le attrezzature utilizzate per il posizionamento del malato devono tener conto delle sue condizioni e delle preferenze del chirurgo. Lavorando in team, il chirurgo, l'infermiere e l'anestesista possono rendere minimi i rischi e le complicanze postoperatorie. La valutazione dell'assistito e della posizione chirurgica deve essere effettuata prima di trasferire il malato sul tavolo operatorio. Il decubito laterale si impiega per la chirurgia toracica e per la chirurgia del rene: il paziente giace sul lato sano con il braccio inferiore abdotto su un reggibraccio, mentre il braccio superiore può essere collocato in sospensione ad un archetto a ponte, oppure su un secondo reggibraccio. La gamba inferiore è leggermente flessa, mentre quella superiore è distesa. Queste due estremità sono separate da un cuscino morbido. La testa deve essere posizionata in modo che il collo sia in asse con la restante colonna vertebrale e per mantenere la posizione si può impiegare un apposito cuscino morbido incavato che blocchi la testa. Viene applicata una fascia di contenimento a livello delle anche ed una a livello della gamba, mentre la testa è sollevata grazie ad accessori del letto o con l'uso di cuscini. Il reggibraccio non deve superare una angolazione di 90° rispetto al corpo. La flessione viene applicata in modo diverso in base all'intervento da eseguire: a livello del torace per gli interventi sul polmone e a livello dello spazio costo-iliaco per gli interventi al rene.</p> <p>(Brunner, Suddarth, 2017)</p>
---	-----------------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	--

<p>Quale fra queste è una controindicazione all'esecuzione di accesso intraosseo?</p>	<p>Età pediatrica</p>	<p>Età superiore a 65 anni</p>	<p>Presenza di protesi in prossimità del sito scelto per l'accesso</p>	<p>Ipotiroidismo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'accesso intraosseo fu per la prima volta proposto da Drinker e Lund nel 1922, che utilizzarono la via sternale in pazienti adulti affetti da anemia perniziosa, descrivendo il midollo osseo come "una vena non collassabile". Il rationale di questa affermazione, ancora attuale, sta nel fatto che il midollo osseo è altamente vascolarizzato ed è connesso al sistema vascolare centrale attraverso numerosi canali venosi midollari. Grazie alla presenza di una fitta trabecolatura che lo circonda, il midollo risulta essere realmente una vena incollabile, anche in situazioni di shock e grave ipovolemia. Esistono però delle controindicazioni alla scelta di questa metodica: frattura, ustioni, infezioni e presenza di protesi in prossimità del sito scelto per l'accesso, osteoporosi nota, deformazioni o anomalie ossee, somministrazione di farmaci o altre infusioni che non presentano carattere di urgenza. I device utilizzabili per la puntura intraossea si dividono in manuali e semiautomatici. La permanenza dell'accesso dipende dalla tipologia utilizzata, con una variabilità che oscilla dalle 24 alle 72 ore. I siti utilizzati e consigliati nel paziente adulto e in quello pediatrico sono quattro: tibia prossimale, tibia distale, femore distale, omero prossimale. Le Buone Pratiche SIIARTI raccomandano che tutti i sanitari ospedalieri, operanti in ambito di urgenza/emergenza, conoscano tale procedura e la gestione dei relativi dispositivi. L'intraossea non è una procedura priva di complicanze: anche questo è da tenere presente. Per fortuna sono rare e riguardano meno dell'1% di tutti i posizionamenti. La più comune complicazione è la sindrome compartimentale dell'arto, successiva a stravasamento extraosseo sottocutaneo dell'infusione. Altre complicanze sono legate all'utilizzo prolungato oltre le 24 ore o al mancato rispetto delle procedure per il controllo delle infezioni, con conseguente contaminazione del sito di accesso fino alla più temuta osteomielite.</p> <p>(Petiptas et al., 2016)</p>
--	-----------------------	--------------------------------	--	----------------------	---

<p>Il test di screening approvato dal Ministero della Salute per il tumore del colon retto è...</p>	<p>Ricerca del sangue occulto fecale</p>	<p>Marker tumorale CA 19-9</p>	<p>Colonscopia</p>	<p>Rettoscopia</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Per combattere i tumori esistono due strategie principali: prevenirne la comparsa, adottando uno stile di vita sano (prevenzione primaria), oppure diagnosticare la malattia il più precocemente possibile, prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria). Un test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche. Il test di screening per il tumore del colon-retto utilizzato nella quasi totalità dei programmi nazionali è il test del sangue occulto nelle feci, eseguito ogni 2 anni nelle persone tra i 50 e i 69 anni. L'esame, estremamente semplice, consiste nella raccolta di un piccolo campione di feci. Questa può essere eseguita tranquillamente al proprio domicilio, rispettando le tempistiche fisiologiche del proprio organismo. Il contenitore in cui prelevare il campione viene dispensato dalle Aziende Sanitarie Locali in modalità gratuita. Il test usato nei programmi di screening italiani non rende necessario seguire restrizioni dietetiche prima della sua esecuzione, come succedeva fino a qualche anno fa, per es. per le carni rosse. Una piccola parte dei programmi di screening attivi in Italia (in particolare nella Regione Piemonte) utilizza al posto della ricerca del sangue occulto un altro esame: la rettosigmoidoscopia, eseguita una sola volta all'età di 58-60 anni. Si tratta di un esame endoscopico, e quindi invasivo e costoso, a differenza della ricerca del sangue occulto, che consiste nella visualizzazione diretta, tramite una sottile sonda flessibile dotata di telecamera, dell'ultima parte dell'intestino (il sigma e il retto): è qui che si sviluppa infatti il 70% dei tumori del colon retto. Nel caso di positività all'esame del sangue occulto nelle feci o alla rettosigmoidoscopia, i programmi di screening prevedono l'esecuzione di una colonscopia come esame di approfondimento. La colonscopia permette di esaminare l'intero colon retto.</p> <p>(Ministero della Salute, 2020)</p>
--	--	--------------------------------	--------------------	--------------------	---

<p>In un paziente sottoposto a colonscopia, l'infermiere deve segnalare prontamente, in quanto possibile complicanza...</p>	<p>Una aritmia cardiaca</p>	<p>Stipsi</p>	<p>Ritenzione urinaria</p>	<p>TVP</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il 33% dei pazienti riportano un sintomo minimo dopo la colonscopia, ma le complicanze maggiori non sono frequenti. Le complicanze maggiori che si possono verificare in seguito ad una colonscopia sono complicanze cardiopolmonari, perforazione intestinale e sanguinamento. Oltre l'85% di complicanze maggiori sono riportate nel corso di colonscopie operative. La polipectomia aumenta di circa 7 volte il rischio di sanguinamento o perforazione. La mortalità procedura-correlata è riportata dello 0.007%. Le complicanze cardiopolmonari significative si verificano raramente (0.2 - 0.5%) e sono principalmente l'ipossia, le aritmie cardiache, l'ischemia del miocardio, le crisi vaso-vagali. Le complicanze cardiorespiratorie, come l'insufficienza respiratoria e la bradicardia, si verificano in meno di 1 caso su 1000; l'aritmia cardiaca più frequente è la tachicardia sinusale, mentre rare sono aritmie più severe. La perforazione è la complicanza immediata più temibile in corso di colonscopia sia diagnostica che operativa. Essa può essere conseguenza di un trauma meccanico, di un barotrauma o ancora iatrogena. La presenza di aderenze, malattia diverticolare severa, flogosi idiopatiche, stenosi di qualsiasi genesi, soprattutto secondarie a malattia di Crohn, presenza di comorbidità, sono tutti fattori associati ad un più alto rischio perforativo. Il tasso di perforazione è variabile in dipendenza soprattutto del tipo di procedura effettuata. Il tasso di mortalità associato a perforazione iatrogena varia dallo 0 allo 0.65%. L'emorragia è usualmente associata alla polipectomia o ad altre procedure operative, come dilatazioni di stenosi. Dopo polipectomia il sanguinamento può avvenire immediatamente o a distanza di giorni (generalmente entro i 7 giorni). Il tasso complessivo di sanguinamento varia dallo 0.1% allo 0.6%, ma significative differenze sono riportate tra le colonscopie diagnostiche (0.1-0.4%) e le colonscopie operative (circa 1%), mentre tassi fino al 10% sono descritti solo dopo resezioni di polipi di grosse dimensioni.</p> <p>(Regione Emilia Romagna, 2013)</p>
--	-----------------------------	---------------	----------------------------	------------	--

<p>Quale soluzione è indicata per la sostituzione di una medicazione di CVC?</p>	<p>Iodio Povidone</p>	<p>Clorexidina 0,2%</p>	<p>Soluzione Fisiologica 0,9%</p>	<p>Amuchina 10%</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I Cateteri Venosi Centrali (CVC) sono frequentemente utilizzati nel corso di trattamenti clinici per via endovenosa, sia di sostanze nutritive che di farmaci, soprattutto per pazienti critici e cronici. Essi comprendono cateteri a impianto periferico (PICC), cateteri non tunnellizzati, cateteri tunnellizzati, cateteri tunnellizzati-cuffiati e sistemi totalmente impiantabili (PORT). L'utilizzo di ognuno di questi dispositivi può essere potenzialmente complicato da una infezione da microrganismi patogeni. Indipendentemente dal tipo di CVC, la medicazione dei Cateteri Venosi Centrali va sostituita secondo modalità e tempistiche rigorose, riportate nelle più recenti Linee Guida. La soluzione antisettica di scelta è quella a base di Clorexidina 0,2%. Prima di procedere, è necessario il lavaggio mani con gel a base alcolica per almeno 20'' oppure con sapone medicato e acqua almeno per 60'', prima e dopo ogni contatto con il catetere vascolare. È raccomandato indossare guanti puliti per ogni manipolazione del catetere e dei suoi set di infusione e guanti sterili ogni qualvolta si proceda al confezionamento di una nuova medicazione. È preferibile l'utilizzo di medicazioni trasparenti, semipermeabili in poliuretano che consentano ispezione dell'exit site. Le medicazioni a lento rilascio di Clorexidina 0,2% sono da prendere in considerazione per i cateteri venosi centrali non tunnellizzati a breve permanenza. In alcuni casi vengono applicati gli Engineered Stabilization Device (ESD) per il fissaggio catetere, evitando di utilizzare punti di sutura o cerotti, con lo scopo di prevenire le rimozioni accidentali, consentire l'ispezione dell'exit site non interferendo con il circolo venoso e/o la somministrazione di terapie. Gli ESD possono essere adesivi o sottocutanei, integrati o non con medicazione semipermeabile. Anche questi dispositivi di fissaggio vanno disinfettati con soluzioni a base di Clorexidina 0,2%.</p> <p>(SIIARTI, 2018)</p>
---	-----------------------	-------------------------	-----------------------------------	---------------------	--

<p>In caso di rottura di varici esofagee, per i trattamenti non chirurgici di emergenza quale presidio è necessario posizionare?</p>	<p>Sondino di Sengstaken-Blakemore</p>	<p>Sondino naso-gastrico</p>	<p>Cannula di Guedel</p>	<p>Maschera del Venturi</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le varici esofagee si formano per l'aumento della pressione venosa nel circolo portale; questa condizione causa un rigonfiamento della rete venosa del cardias e dell'esofago. Le varici esofagee non danno sintomi, generalmente il paziente con cirrosi non sa di avere questo problema, finché non esegue una gastroscopia di controllo o presenta la rottura di questi vasi con conseguente sanguinamento digestivo, che può essere gravissimo. Al momento della diagnosi di cirrosi sono presenti varici esofago-gastriche in circa il 60% dei pazienti con cirrosi scompensata e il 30% dei pazienti con cirrosi compensata. La rottura delle varici esofagee è considerata un'emergenza: il tasso di mortalità al primo episodio è del 45-50%, ed aumenta con gli episodi successivi. Il trattamento non chirurgico delle varici esofagee sanguinanti è da preferire a quello chirurgico, data l'alta instabilità del paziente cirrotico. Uno dei metodi non chirurgici di emergenza consiste nel tamponamento con palloncino attraverso l'inserimento del sondino di Sengstaken-Blakemore. La sonda è un tubo flessibile realizzato in materiale plastico, della lunghezza di circa 1 metro, provvisto di tre camere interne e di due palloncini gonfiabili. Oltre a ciò è provvista di un'apertura per l'aspirazione e di altre tre aperture, destinate una all'aspirazione, l'altra per gonfiare il palloncino esofageo e l'ultima per gonfiare il palloncino gastrico. La sonda viene infilata nell'esofago attraverso il naso o la cavità orale. Una volta posizionata, i due palloncini vengono gonfiati in modo che uno arresti meccanicamente l'emorragia all'altezza dell'esofago e l'altro comprime il cardias. La procedura richiede una certa abilità da parte dell'operatore, per non incorrere nel rischio di rompere i palloncini o posizionare in maniera errata la sonda, col pericolo di gonfiare il palloncino al di fuori dello stomaco. Posizionare in modo non corretto la sonda può comportare il rischio di forare la parete esofagea o essere inserito nella trachea. Per prevenire questi pericoli e proteggere le vie aeree, in caso di complicanze, è consigliabile l'intubazione tracheale del paziente.</p> <p>(https://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-047.pdf, 2017)</p>
---	--	------------------------------	--------------------------	-----------------------------	---

<p>In caso di esecuzione di indagine diagnostica con Mezzo di Contrasto, quale fra questi parametri ematochimici del paziente è necessario che sia presente in cartella clinica?</p>	Emoglobina	Creatinina	Fibrinogeno	Potassiemia	<p>Risposta corretta</p> <p>Per la somministrazione del Mezzo Di Contrasto (MDC) iodato durante indagini diagnostiche, occorre che il paziente abbia un accesso venoso. Se il paziente è ricoverato, avrà sicuramente un ago cannula oppure un CVC in sede; viceversa, se il paziente viene dal domicilio, è necessario che l'infermiere posizioni un accesso venoso. Il calibro ideale, vista la viscosità del liquido e la velocità con cui viene iniettato, è di 18 – 20 G; esso viene somministrato da una pompa automatica e può raggiungere flussi anche superiori a 3,5 ml/sec. Occorre avvisare il paziente che, durante la somministrazione di MDC, potrebbe innanzitutto percepire una sensazione di calore al corpo e un sapore in gola di tipo metallico; questa sintomatologia è secondaria alla vasodilatazione che causa l'entrata in circolo del liquido. Il rischio più importante di un esame diagnostico durante il quale si somministra MDC per via endovenosa, come nel caso di risonanza magnetica, TC, angiografia periferica, coronarografia, angioplastica percutanea, è la conseguenza che il MDC potrebbe avere sulla funzione renale, cioè un peggioramento acuto della funzione renale. Ciò accade in una percentuale variabile di pazienti, dall'1% al 15-20% secondo il tipo di indagine, la quantità e il tipo di MDC e le condizioni del paziente. Il danno renale indotto dal mezzo di contrasto crea un quadro patologico definito Nefropatia Indotta dal Mezzo di contrasto (NIM). Nella maggior parte dei casi il peggioramento è transitorio e la creatininemia, il test del sangue che misura la funzione renale, scende e torna ai valori basali in pochi giorni. Alcune volte però il deterioramento della funzione renale è grave e persistente e talora è necessario ricorrere al trattamento dialitico. Per prevenire il danno renale da mezzo di contrasto è importante identificare i fattori di rischio che sono sia legati al paziente, sia legati al mezzo di contrasto e alla procedura di indagine. Per ridurre il rischio di tossicità da mezzo di contrasto, prima di eseguire l'esame si valuta la funzione del rene tramite il dosaggio della creatinina, ed eventualmente anche la velocità di filtrazione glomerulare e clearance della creatinina.</p> <p>(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29802583)</p>
---	------------	------------	-------------	-------------	---

<p>Un paziente con anamnesi positiva per abuso di alcol viene ricoverato. Quale fra le seguenti tipologie di <i>Delirium</i> può sviluppare?</p>	<p><i>Delirium</i> ipoattivo</p>	<p><i>Delirium tremens</i></p>	<p><i>Delirium</i> iperattivo</p>	<p><i>Delirium</i> misto</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il <i>Delirium tremens</i> è una sindrome psicotica acuta che si può verificare in soggetti affetti da alcolismo cronico, quando il paziente è costretto a sospendere l'assunzione di alcol per una malattia o un ricovero ospedaliero. Anche la brusca sospensione di sostanze assunte in maniera continuativa, quali farmaci antipsicotici, barbiturici e benzodiazepine o droghe, può portare a questa manifestazione acuta. Può capitare in questi casi che si sviluppi una violenta sintomatologia che provoca deliri e violenti tremori: da qui il nome <i>Delirium tremens</i>. I sintomi di <i>Delirium tremens</i> si manifestano generalmente dopo 1-3 giorni dall'ultima assunzione di alcol, inizialmente in una fase prodromica caratterizzata da tremori e agitazione senza delirio: generalmente dura per 2-3 giorni, ma se non trattato può portare a gravi danni per il paziente, anche autoindotti. Purtroppo si sono registrati alcuni casi di suicidio tramite defenestrazione. Il meccanismo fisiopatologico resta ancora del tutto poco chiaro: la spiegazione più accettata è che il <i>Delirium tremens</i> sia la manifestazione di una crisi di astinenza grave in un organismo assuefatto da lungo tempo alla convivenza con un tasso ematico di alcol etilico elevato. Il metabolismo dell'organismo in queste condizioni si adatterebbe all'alcoolemia costante, sia a livello periferico sia, soprattutto, a livello della produzione e distruzione dei mediatori chimici del sistema nervoso. L'alcol agisce da inibitore nei confronti di questi mediatori che, alla lunga, verrebbero prodotti in misura maggiore del normale per una sorta di fenomeno di compenso adattativo. Una brusca caduta dell'alcoolemia porterebbe così ad una situazione di eccesso dei mediatori alcol-inibiti, che darebbe origine, appunto, a tale sindrome.</p> <p>(https://medicinaonline.com/2018/11/06/delirium-tremens-cause-sintomi-allucinazioni-terapia-morte/)</p>
---	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--

<p>In seguito alla procedura di rachicentesi è possibile che il paziente lamenti...</p>	<p>Cefalea</p>	<p>Vertigini</p>	<p>Nausea</p>	<p>Diminuzione improvvisa dell'acuità visiva</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La puntura lombare è una procedura frequentemente svolta in caso di emergenza clinica, anestesia e procedure diagnostiche come la rachicentesi. Il mal di testa dopo la puntura lombare è un evento comune (32%) e porta una notevole morbilità, con sintomi che durano per diversi giorni, a volte abbastanza gravi da immobilizzare il paziente. Secondo il Headache Classification Committee dell'International Headache Society, le cefalee dopo puntura lombare sono definite come mal di testa bilaterali che si sviluppano entro 7 giorni dopo una puntura lombare e scompaiono entro 14 giorni. Il mal di testa peggiora entro 15 minuti dalla ripresa della posizione verticale, scompare o migliora entro 30 minuti dalla ripresa della posizione supina. L'esatta patofisiologia del mal di testa dopo la puntura lombare non è chiara. Tuttavia, molto probabilmente è correlato alla perdita di volume del liquido cerebrospinale, con conseguente trazione gravitazionale sulle strutture intracraniche sensibili al dolore, che causano mal di testa classico, che peggiora quando il paziente è in posizione verticale. In secondo luogo, la diminuzione del volume cerebrospinale può attivare i recettori dell'adenosina, causando vasodilatazione cerebrale e allungamento delle strutture cerebrali sensibili al dolore, con conseguente cefalea. Fra i fattori che contribuiscono allo sviluppo del mal di testa dopo la puntura lombare potrebbero entrare in causa il numero dei tentativi e le dimensioni dell'ago. Poiché il mal di testa dopo la puntura lombare è relativamente comune ed è una causa significativa di morbilità, dovrebbe sempre essere esplicitamente discusso quando un paziente acconsente alla puntura lombare, in particolare quelli che si trovano in una categoria ad alto rischio, come le giovani donne con una bassa massa corporea indice e durante la gravidanza. È utile informare che nella maggior parte dei casi il disturbo si risolve con il riposo a letto, ma se le misure conservative non riescono a risolvere il problema, il trattamento specifico è indicato 72 ore dopo l'insorgenza del dolore.</p> <p>(Alstadhoug, 2012)</p>
--	----------------	------------------	---------------	--	--

<p>Non sospetto di trovarmi davanti ad un caso di chetoacidosi diabetica se il paziente...</p>	<p>È letargico</p>	<p>Presenta poliuria</p>	<p>Presenta anuria</p>	<p>Presenta respiro acetone</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La chetoacidosi diabetica è una complicanza metabolica acuta del diabete, caratterizzata da iperglicemia, iperchetonemia e acidosi metabolica. L'iperglicemia provoca una diuresi osmotica con significativa perdita di liquidi ed elettroliti. La chetoacidosi diabetica si manifesta principalmente nel diabete mellito di tipo 1. Provoca nausea, vomito e dolori addominali e può progredire fino all'edema cerebrale, al coma e al decesso. La chetoacidosi diabetica è definita dal riscontro di iperchetonemia e di acidosi metabolica. Il trattamento consiste nell'espansione del volume, nell'infusione di insulina e nella prevenzione dell'ipokaliemia. La carenza insulinica porta l'organismo a metabolizzare trigliceridi e aminoacidi al posto del glucosio per produrre energia, l'eccesso di glucagone stimola la conversione mitocondriale degli acidi grassi liberi in chetoni. I principali chetoacidi prodotti, l'acido acetoacetico e l'acido beta-idrossibutirrico provocano acidosi metabolica. L'acetone, derivato dal metabolismo dell'acido acetoacetico, si accumula nel siero e viene lentamente eliminato con la respirazione. L'iperglicemia, dovuta alla carenza insulinica, causa una diuresi osmotica che porta a una marcata perdita di acqua ed elettroliti con le urine. Se i livelli sierici di K non vengono monitorati e reintegrati secondo le necessità, si può sviluppare un'ipokaliemia pericolosa per la vita. I sintomi e i segni della chetoacidosi diabetica comprendono i sintomi dell'iperglicemia, cui si aggiungono nausea, vomito e, in particolare nei bambini, dolori addominali. La letargia e la sonnolenza sono sintomi di uno scompenso più grave. I pazienti possono essere ipotensivi e tachicardici a causa della disidratazione e dell'acidosi; possono avere un respiro frequente e profondo per compensare l'acidosi (respiro di Kussmaul). Possono inoltre presentare un alito fruttato per l'acetone espirato. La febbre non è di per sé un segno di chetoacidosi diabetica e, qualora presente, indica un'infezione sottostante. In assenza di un trattamento tempestivo, la chetoacidosi diabetica progredisce fino al coma e al decesso.</p> <p>(Brunner, Suddarth, 2017)</p>
---	--------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------------	--

<p>L'infermiere ha rilevato al Sig. Rossi una diuresi inferiore a 50 ml nelle 24 ore. Registra e riferisce quindi una situazione di...</p>	<p>Anuria</p>	<p>Disuria</p>	<p>Stranguria</p>	<p>Oliguria</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Monitorare la quantità di urina nelle 24 ore è alla base di un'adeguata gestione del paziente nella maggior parte dei casi. Normalmente la diuresi si aggira attorno ai 1500 cc a seconda della quantità di liquidi e alimenti assunti dal paziente, alle sue caratteristiche e alla sua situazione patologica. Con il termine Poliuria si intende una quantità di urine emesse nelle 24 ore superiore a 2000 cc, anche se tale limite appare arbitrario alla luce di quanto suddetto. Per oliguria si intende una diuresi inferiore a 400-500 cc, non sufficiente ad eliminare il normale carico di prodotti metabolici di rifiuto. Una diuresi inferiore a 100 cc nelle 24 ore è definita anuria. Questa condizione può verificarsi per riduzione del flusso ematico renale in caso, per esempio, di disidratazione marcata o shock ipovolemico; può anche verificarsi in caso di diminuzione della volemia effettiva per insufficienza cardiaca congestizia, cirrosi epatica, sindrome nefrosica, riduzione del filtrato glomerulare (ostruzione arteriosa acuta o venosa, glomerulonefrite diffusa), aumento del riassorbimento idrico tubulare (in genere da necrosi tubulare acuta), uropatie ostruttive. In seguito a calcolosi ureterale o traumi addominali si può avere un'inibizione funzionale del rene e un'anuria detta riflessa. Con il termine stranguria si fa riferimento a emissione di urina dolorosa e intermittente (goccia a goccia), associata a tenesmo (contrazione spasmodica e dolorosa dello sfintere). La stranguria, a seconda della patologia che ne è all'origine, può essere accompagnata da bruciore, soprattutto all'atto della minzione, da dolore e/o senso di tensione a livello della vescica, da pollachiuria (aumento esagerato della frequenza delle minzioni senza che necessariamente sia aumentato il volume totale dell'urina emessa), da nicturia (condizione caratterizzata da frequenti minzioni notturne).</p> <p>(Potter, Perry, 2015)</p>
---	---------------	----------------	-------------------	-----------------	--

<p>Nel paziente deceduto, il <i>rigor mortis</i> interviene dopo...</p>	<p>1 ora</p>	<p>24 ore</p>	<p>30 minuti</p>	<p>2-4 ore</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'assistenza post-mortem deve essere erogata con sollecitudine: il rigor mortis, ovvero l'irrigidimento del corpo, si verifica da 2 a 4 ore dopo il decesso. Il fenomeno è causato dalla mancanza di adenosina trifosfato (ATP), che fornisce l'energia per la contrazione muscolare, che a sua volta immobilizza le articolazioni. Il rigor mortis ha inizio nei muscoli involontari (es. cuore, vescica), per poi coinvolgere testa, collo e tronco, per raggiungere infine gli arti. Una volta instaurato il fenomeno è difficile procedere alla preparazione della salma.</p> <p>Normalmente il corpo viene messo in posizione supina, con le braccia ai lati, i palmi delle mani rivolti verso il basso o incrociati sull'addome. Le palpebre vengono chiuse e mantenute in posizione per qualche secondo, in modo che rimangano chiuse. La protesi dentale viene solitamente inserita per contribuire a conferire al viso un aspetto naturale, dopodiché viene chiusa la bocca. Se la salma sarà vista dai familiari subito dopo, vestirla con un pigiama pulito e spazzolargli e pettinargli i capelli. In ultimo applicare un braccialetto identificativo con nome, cognome, data di nascita e di morte. Sistemare la biancheria superiore del letto in modo da coprire il corpo fino alle spalle. Fornire ai familiari fazzoletti, luci soffuse e sedie. Il rigor mortis non è da confondersi, per assonanza, con il livor mortis, poiché si tratta di un processo completamente diverso. Il livor mortis (o ipostasi cadaverica, dal latino livor: lividità) è la decolorazione del corpo dopo la morte a causa della stasi del sangue non più pompato dal cuore, che per gravità filtra lentamente verso il basso attraverso i tessuti. Quando il sangue raggiunge la pelle, nella parte inferiore del cadavere si formano delle macchie di colore variabile dal rosa al rosso, al marrone violaceo fino al nero, dette macchie ipostatiche, che indicano la posizione in cui si è trovato il cadavere dopo la morte. Il livor mortis è solitamente visibile approssimativamente a distanza di 1 ora dal decesso, a volte anche intorno ai 20-30 minuti. Il fenomeno cresce di intensità fino a fissarsi in 8-10 ore.</p> <p>(Berman, Snyder, 2016)</p>
--	--------------	---------------	------------------	----------------	--

<p>Un paziente ha un punteggio GCS=15. Mi aspetto di trovarlo...</p>	<p>Vigile, orientato</p>	<p>Letargico, ma risvegliabile allo stimolo verbale</p>	<p>Incosciente</p>	<p>In stato di coma irreversibile</p>	<p>Risposta corretta La Scala di Glasgow (GCS) è uno strumento standardizzato per la valutazione e segnalazione di gravità del deterioramento del livello di coscienza dell'individuo, segno clinico di danno cerebrale. Punti di forza della GCS sono il suo facile utilizzo all'interno della pratica clinica, in unità operative generali o specialistiche, e il suo approccio completo e strutturato. La GCS, infatti, consente di valutare in maniera combinata tre diverse funzioni neurologiche, a ciascuna delle quali viene fatto corrispondere un punteggio. La somma dei singoli punteggi coincide con il livello di coscienza del paziente. Lo score può assumere valori che variano da un minimo di 3 ad un massimo di 15. Il valore di 15 è quello che si ottiene in caso di paziente cosciente, mentre valori uguali o inferiori ad 8 rappresentano uno stato di coma. Tutti i valori intermedi che dal 15 scendono verso il 3 rappresentano un progressivo stato di compromissione della coscienza. L'infermiere si serve della GCS per indagare la risposta oculare, verbale e motoria di un paziente con lesione cerebrale acuta, da trauma o dovuta ad altre cause. La GCS permette di fornire un primo giudizio sulla gravità della sofferenza cerebrale in corso, ma affinché il risultato dello score finale sia indicativo, è necessario che l'infermiere si assicuri che non vi siano fattori che interferiscano con la valutazione e, ove presenti, trovi una soluzione per aggirarli. L'infermiere, dunque, valuta la presenza di: barriere nella comunicazione (tenere in considerazione il livello culturale e la lingua del paziente); trattamenti invasivi (ad es. intubazione endotracheale o tracheostomia) che impediscano fisicamente la risposta verbale; altre lesioni (ad es. lesioni midollari). È opportuno, inoltre, che l'infermiere preveda tre tempistiche nella valutazione e rivalutazione del paziente a breve; medio; lungo termine, al fine di rilevare significative variazioni nello stato di coscienza dell'assistito.</p> <p>(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863122)</p>
---	--------------------------	---	--------------------	---------------------------------------	---

<p>Nel somministrare la Bedside Swallowing Assessment Scale, risulta che il paziente ha un alto rischio di disfagia. Che tipologia di pasto ordinerai?</p>	<p>Vitto semisolido e omogeneo, liquido addensato</p>	<p>Vitto aproteico</p>	<p>Vitto a ridotto apporto di fibre</p>	<p>Vitto freddo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La disfagia è una causa importante di mortalità e morbidità, soprattutto negli anziani e nei pazienti neurologici. In particolare questa incapacità di deglutire è nota per essere un importante fattore di rischio per lo sviluppo di polmonite da aspirazione, poiché il cibo o i liquidi possono prendere la via respiratoria invece che quella fisiologica del tubo digerente. Una delle priorità nella gestione della disfagia è l'introduzione delle misure che ridurranno il rischio di aspirazione. Una di queste consiste nel modificare le consistenze del cibo, preferendo quelli semisolidi e omogenei, ma anche quella dei liquidi assunti, questi ultimi ancora più pericolosi per la polmonite ab ingestis: se ne può aumentare la consistenza tramite prodotti dalle capacità addensanti. Modifiche comportamentali, posturali e azioni educative nei confronti dei caregiver sono ugualmente importanti. La valutazione clinica al letto del paziente viene attuata attraverso lo screening per la disfagia "Bedside Swallow Assessment". Visto che questo test prevede anche l'assunzione da parte del paziente di una piccola quantità di acqua, non è somministrabile in pazienti non coscienti. Nella prima fase, il test prevede la valutazione dello stato di coscienza (vigile, soporosa ma risvegliabile, non apre gli occhi ma risponde agli stimoli verbali, risponde agli stimoli dolorosi), il controllo del tronco e della testa (tronco normale, posizione del tronco non mantenuta, controllo solo della testa, mancato controllo della testa), respirazione (normale o patologica), chiusura delle labbra (normale o patologica), movimento del palato (asimmetrico o simmetrico), funzione laringea (normale, ridotta o assente), riflesso della deglutizione (presente o assente) e riflesso della tosse (normale, ridotto o assente).</p> <p>(Sitoh, 2000)</p>
---	---	------------------------	---	---------------------	--

<p>Un paziente presenta TC 37,5°. Riferisco quindi una...</p>	<p>Iperpiressia</p>	<p>Ipopiressia</p>	<p>Febbricola</p>	<p>Lieve alterazione della TC</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La temperatura corporea (TC) è la differenza tra la quantità di calore prodotta dai processi corporei e il calore perso nell'ambiente esterno. I meccanismi comportamentali e fisiologici del nostro organismo che regolano questo equilibrio di temperature fra interno ed esterno sono detti "meccanismi di termoregolazione". La piressia o febbre si verifica quando tali meccanismi non sono in grado di gestire un'eccessiva produzione di calore, da cui deriva un aumento della temperatura corporea, che solitamente non è dannosa se si mantiene al di sotto dei 39°C, anzi, è da considerarsi un importante meccanismo di difesa, in quanto migliora il meccanismo di risposta del sistema immunitario. Durante il picco febbrile si incrementa la produzione di globuli bianchi. Durante la febbre anche il metabolismo e il consumo di ossigeno aumentano. La febbricola è uno stato di lieve febbre, con temperatura oscillante tra i 37,5 e i 37,9°C, a carattere periodico o continuo. Può essere sintomatica di numerose affezioni morbose palesi o occulte, per lo più ad andamento cronico di natura infettiva come la tubercolosi, la maggior parte delle malattie reumatiche, infezioni acute delle vie biliari, endocardite batterica, ascessi ecc.; altre volte una febbricola subdola e insidiosa può essere un sintomo aspecifico di patologia neoplastica, soprattutto nel caso di leucemie e linfomi o causata da malattie del sangue e del collagene (anemia perniciosa, LES, artrite reumatoide) o da disfunzioni tiroidee. Si definisce subfebbrile una temperatura compresa fra i 37 e i 37,4°C; si definisce moderata una febbre compresa fra i 38 e i 38,9°C, elevata una febbre compresa fra i 39 e i 39,9°C. Infine per iperpiressia si intende una febbre che supera i 40°C. In queste ultime condizioni è possibile che il paziente possa sviluppare anche delle convulsioni. L'Infermiere è responsabile della corretta rilevazione e annotazione del parametro e della tempestiva comunicazione al Medico in caso di anomalie.</p> <p>(Sasso, Gagliano, Bagnasco, 2013)</p>
--	---------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------------	--

<p>Al controllo routinario delle scadenze dei farmaci, viene trovata una confezione di antibiotico scaduto. Dove verrà smaltita?</p>	<p>Nei rifiuti sanitari non pericolosi</p>	<p>Nei rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani</p>	<p>Nei rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo</p>	<p>Nei rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento</p>	<p>Risposta corretta Il D.Lgs. 152/2006 classifica i rifiuti ospedalieri come rifiuti speciali e rimanda per la loro gestione e smaltimento al DPR 254/2003 "Regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti ospedalieri", che distingue i rifiuti sanitari non pericolosi (es. vetro per farmaci, gessi ortopedici non contaminati visibilmente, ecc.), i rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani (es. residui di pasti esclusi quelli provenienti dalle degenze di malattie infettive, pannoloni, indumenti monouso, ecc.), i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo (in gran parte rifiuti da rischio chimico, batterie, ecc.), i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (tutto ciò che è contaminato da sangue visibile e altri fluidi corporei, comprese feci e urine se provenienti da pazienti infetti, contenitori rigidi per taglienti, ecc.) e i rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento come i farmaci antiblastici e citotossici, i farmaci stupefacenti e le sostanze psicotrope, gli organi e le parti anatomiche non riconoscibili, i farmaci scaduti. Per quest'ultima categoria, si deve apportare sul contenitore la dicitura "Farmaci scaduti" e allegare la dichiarazione di assenza di farmaci stupefacenti, per i quali è prevista un'altra procedura. In entrambi i casi va consegnata al servizio di farmacia dell'ospedale. Gli stupefacenti non più utilizzabili devono essere avviati entro un anno allo smaltimento. Per i prodotti non soggetti a obbligo di registrazione è possibile ricorrere alla termodistruzione senza ulteriori formalità. Per gli stupefacenti soggetti a obbligo di registrazione occorre seguire un altro percorso. L'Azienda sanitaria deve redigere il verbale di constatazione e affidamento; finché tale verbalizzazione manca, lo smaltimento non può comunque partire, anche se sono trascorsi 12 mesi dall'inutilizzabilità dello stupefacente; occorre poi sigillare in un contenitore, con contrassegni d'ufficio, i prodotti da distruggere e affidare il contenitore sigillato al farmacista; questi può scegliere, assieme all'Azienda, se affidare la termodistruzione all'Azienda sanitaria stessa oppure a una ditta autorizzata.</p> <p>(Lanciotti, 2012)</p>
---	--	--	--	--	--

<p>In caso di vomito fecaloide, verosimilmente mi aspetto che il paziente possa avere...</p>	<p>Occlusione intestinale</p>	<p>Reflusso gastroesofageo</p>	<p>Ulcera peptica</p>	<p>Pancreatite</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il vomito fecaloide è un tipo particolare di vomito, caratterizzato dall'emissione di materiale misto-fecale scuro, solitamente tendente al marrone, maleodorante, tipico dell'occlusione intestinale. L'occlusione intestinale consiste nell'arresto della progressione delle materie fecali e di gas nell'interno del lume del canale digerente. Nella sub-occlusione generalmente si arresta solo il transito delle feci, ma non quello dei gas. La peristalsi intestinale, cioè i movimenti fisiologici dell'intestino, in queste condizioni rallentano o scompaiono del tutto. Si tratta di condizioni potenzialmente fatali se non risolte d'urgenza. Le cause di ostruzione sono molteplici e le più frequenti sono: masse fecali indurite e accumulate nel crasso a causa di una stitichezza cronica, grossi calcoli biliari pervenuti nell'intestino, stenosi cicatriziali consecutive a processi ulcerosi intestinali, compressioni estrinseche da parte di tumori endoaddominali, inginocchiamenti di qualche ansa intestinale, volvolo (torsione di un segmento dell'intestino), strozzamento per ernie esterne o interne. Qualsiasi ostruzione che non permetta la fuoriuscita delle feci parzialmente o totalmente formate attraverso l'ano, è potenzialmente causa di vomito fecaloide. L'assistenza infermieristica inizia dalla fase pre-eiettiva, in cui il paziente lamenta nausea, predisponendo il materiale di raccolta come telini e bacinelle, assicurando il paziente e posizionandolo semiseduto. La posizione seduta è sicuramente quella consigliata, ma se il paziente è privo di coscienza sarà necessario fargli assumere la posizione laterale di sicurezza, mentre la testa dovrà essere leggermente sollevata e anch'essa ruotata lateralmente, manovra essenziale per evitare che il vomito possa occludere le vie respiratorie. L'assistenza dovrà essere continua durante la fase eiettiva e post-eiettiva, assicurando comfort e igiene. La cura del vomito fecaloide dipende essenzialmente dalla causa che l'ha determinato a monte: risolto l'agente eziologico, il vomito fecaloide dovrebbe cessare.</p> <p>(Johnson et al., 2014)</p>
---	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------	--------------------	---

<p>In caso di Ago di Huber inserito e PORT non in uso, il lavaggio è necessario...</p>	<p>Tutti i giorni</p>	<p>Ogni 3 giorni</p>	<p>Ogni 3 mesi</p>	<p>Una volta per turno</p>	<p>Risposta corretta Secondo la Direttiva 93/42 CEE 14 giugno 1993 e il D. Lgs, 46 del 24.02.97 concernente i dispositivi medici, sono indicati come accessi venosi a breve termine (fino a 30 giorni di utilizzo) le cannule periferiche e i CVC non tunnellizzati (massimo periodo previsto 30 gg). Sono considerati accessi venosi a medio e lungo termine (oltre i 30 giorni di utilizzo): Cateteri midline P.I.C.C., CVC non tunnellizzati, CVC tunnellizzati, Sistemi venosi totalmente impiantabili PORT e PORT-brachiali. Il catetere venoso centrale tunnellizzato viene fatto scorrere sottocute tramite tunnellizzazione, raggiunge il vaso e viene inserito in esso; il catetere venoso centrale non tunnellizzato viene inserito direttamente nel vaso in cui si vuole posizionare il catetere. Il Port-a-Cath è un dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile; è costituito da due componenti essenziali: un catetere in silicone, posizionato all'interno di una vena di grosso calibro (vena centrale), solitamente la giugulare interna o la succlavia, e una camera di iniezione di circa 2 cm di diametro, connessa allo stesso catetere, che viene alloggiata in una tasca sottocutanea ricavata chirurgicamente in regione pettorale, poco al di sotto della clavicola. L'impianto di tale dispositivo consente di garantire un accesso venoso stabile e duraturo in pazienti che necessitano di infusione a lungo termine di farmaci o di altre sostanze terapeutiche (liquidi, presidi per la nutrizione parenterale, emoderivati, farmaci chemioterapici). L'Ago di Huber è un ago di sicurezza non carotante che si inserisce in modalità sterile nei PORT per infondere la terapia ed eseguire lavaggi. Con ago posizionato ma non in uso, il lavaggio è necessario tutti i giorni. Con ago non inserito e PORT non in uso, il lavaggio può essere eseguito ogni 3 mesi. Il metodo di flush deve essere eseguito con manovra pulsante e prevenendo il reflusso, lasciando una piccola quantità di soluzione nella siringa a fine corsa, evitando il rimbalzo dello stantuffo (pressione positiva), oppure siringhe pre-riempite progettate per evitarlo. Il flush va effettuato con volume di 10cc. di soluzione fisiologica allo 0,9%.</p> <p>(Solinas, 2017)</p>
---	-----------------------	----------------------	--------------------	----------------------------	---

<p>Quale strumento è idoneo per lo screening dello stato confusionale acuto nel Reparto di Medicina dove presti servizio?</p>	<p>ReTos</p>	<p>GCS</p>	<p>CAM</p>	<p>p-CAM-ICU</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Per poter tempestivamente trattare il Delirium è necessario da un lato identificare precocemente i pazienti a rischio, dall'altro effettuare precocemente la diagnosi. Se il Delirium non è diagnosticato, è improbabile che possa esser fatto qualcosa per correggerlo. Vi è perciò bisogno di strumenti di valutazione con adeguate sensibilità, specificità e validità. Sia la scheda infermieristica, che la cartella medica dovrebbero riportare le scale di valutazione più comunemente utilizzate per diagnosticare questa problematica. In letteratura e nella pratica clinica sono considerati Gold Standard per la diagnosi dello stato confusionale acuto il DSM-V e l'International Statistical Classification of Disease, X revisione (ICD-10). Nella pratica clinica lo strumento maggiormente utilizzato per identificare uno stato confusionale in atto è la Confusion Assessment Method (CAM). È una scala molto semplice e la sua somministrazione richiede in media 2-3 minuti, quindi è riproducibile anche più volte in una giornata: dato l'aspetto fluttuante del Delirium, questo è un aspetto da prendere in considerazione nella scelta dello strumento di screening. La CAM è composta da 4 item che indagano le capacità cognitive, mnemoniche, di organizzazione del pensiero e lo stato di vigilanza del paziente: risulta positiva se presenti le prime due condizioni descritte dagli item e la terza o la quarta, o entrambe. Il primo item della CAM riguarda le variazioni dello stato cognitivo del paziente nell'ultimo periodo, per cui è consigliabile apprendere questa informazione da un familiare prossimo o da un caregiver. Gli altri item si basano sull'interazione del somministratore con il paziente. Una variante della CAM è la p-CAM-ICU, testata per i pazienti pediatrici ricoverati nelle Unità Intensive di cura. Le altre due scale presenti nelle opzioni di risposta sono la ReTos e la GCS: la prima rileva il rischio di caduta e la seconda lo stato di coscienza per valutare precocemente variazioni neurologiche importanti.</p> <p>(Regione Toscana, 2011)</p>
--	--------------	------------	------------	------------------	---

<p>In caso di shock emorragico, dopo due tentativi falliti di reperire di accesso venoso, quale soluzione proporresti al team per infondere i farmaci di urgenza?</p>	<p>Accesso arterioso</p>	<p>Introduzione SNG</p>	<p>Accesso intraosseo</p>	<p>Somministrazione e per via sublinguale o rettale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Durante un'emergenza occorre che i professionisti sanitari sappiano agire prontamente e con rigore scientifico, basando le proprie azioni sull'Evidence Based Medicine. Non ancora largamente diffusa, l'intraossea è una metodica che durante un'emergenza può risolvere molte situazioni: si tratta di una metodica di accesso vascolare attraverso puntura ossea, che vede il coinvolgimento dei vasi sanguigni presenti nello spazio midollare delle epifisi di alcune ossa lunghe. Il suo scopo è gestire una situazione di emergenza, nella quale il reperimento di una via venosa necessaria al supporto delle funzioni vitali non sia praticabile in altra maniera. È indicata nelle emergenze extra ed intraospedaliere in cui il reperimento di un accesso vascolare sia fallito dopo il secondo tentativo, o comunque non venga ottenuto entro 90 secondi. Attraverso l'accesso intraosseo è possibile somministrare farmaci, cristalloidi, colloidi, emazie concentrate e derivati del sangue, mezzo di contrasto (quest'ultimo a scopo diagnostico) con velocità di effetti sovrapponibili a quelli di una via venosa centrale. Anzi, rispetto all'accesso venoso centrale, si riscontrano tempi di posizionamento più rapidi (dai 4 ai 10 secondi, a seconda del dispositivo), maggiori probabilità di successo al primo tentativo e minor numero di complicanze. Nonostante queste indicazioni presenti in numerose Linee Guida, l'intraossea ad oggi resta una tecnica scarsamente utilizzata e presa in considerazione solo come ultima risorsa per mancanza di conoscenze a riguardo e per poca disponibilità di materiale. Può essere utilizzato anche per prelievo ematico. Le situazioni di emergenza in cui viene maggiormente utilizzato l'accesso intraosseo, sia per l'età adulta che per quella pediatrica, sono: gli stati di shock e di male epilettico; intossicazione o avvelenamento che richiedono immediata infusione di antidoto; arresto cardiaco e in generale tutte le situazioni di emergenza che richiedono immediata somministrazione di farmaci.</p> <p>(Petiptas et al., 2016)</p>
--	--------------------------	-------------------------	---------------------------	---	--

<p>L'ecografia infermieristica è indicata nelle seguenti condizioni, tranne...</p>	<p>Verifica corretto posizionamento SNG</p>	<p>Valutazione presenza di globo vescicale</p>	<p>Posizionament o PICC</p>	<p>Diagnosi di versamento pleurico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'ecografia è una tecnica d'indagine tomografica, capace di ricostruire sezioni variamente orientate di parti del corpo. Le sezioni ottenibili sono praticamente infinite nei piani dello spazio tridimensionale e la loro relazione, seppur relativa all'esperienza del professionista, rappresenta un punto di forza di questa metodica. L'ecografia sfrutta l'energia degli ultrasuoni prodotta da apposite sonde manovrate a contatto con la regione da esplorare. In questi ultimi decenni l'ecografia è divenuta un mezzo di diagnosi e terapia multidisciplinare, impiegato non solamente da radiologi, ma da operatori diversi, accomunati da esigenze di approccio rapido e non invasivo al paziente. Non è quindi fuori luogo parlare di ecografia infermieristica, nel momento in cui l'Infermiere si trova nella necessità di effettuare prestazioni della sua professione, impiegando l'ecografo non a scopo diagnostico, ma per diminuire le difficoltà e la morbilità di certe manovre. Attualmente l'ecografia infermieristica viene impiegata nei seguenti casi: verifica del corretto posizionamento del SNG, quantificazione dell'urina residua in vescica, verifica del corretto posizionamento del CV a permanenza, posizionamento del CVP, posizionamento di cateteri venosi quali PICC, midline e minimidline. Un altro ambito in cui sta prendendo spazio l'ecografia infermieristica è il FAST (Focused Abdominal Sonography Trauma). In chiave di metodica, la FAST si concretizza in una sequenza standardizzata di finestre che esplorano alcuni punti dove più facilmente si possono verificare raccolte di fluido nel paziente traumatizzato. Gli ultrasuoni FAST eseguiti dagli infermieri hanno un ruolo importante nella gestione delle emergenze e nell'impostazione del triage come valido strumento di screening.</p> <p>(Storti et al., 2013)</p>
---	---	--	-----------------------------	--	--

<p>Quali delle seguenti prestazioni non attribuiresti all'Oss?</p>	<p>Accompagnamento del paziente parzialmente autosufficiente in bagno</p>	<p>Igiene cavo orale in paziente sottoposto a recente intervento chirurgico</p>	<p>Passaggio assistito letto-carrozzina per paziente parzialmente autonomo</p>	<p>Iniezione sottocutanea</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Con il Prov. 22 Febbraio 2001 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si è istituita la figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS): si tratta di una figura all'origine del ruolo tecnico, con competenze di natura sia sociale che sanitaria, che sostituisce le precedenti figure di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (OTA) e Operatore Socio Assistenziale (OSA), quest'ultimo con competenze più di tipo sociale, istituzionale e relazionale rispetto al primo. Il mandato dell'OSS è quello di assicurare l'assistenza di base, con prestazioni che aiutino le persone a soddisfare i bisogni di vita quotidiana e le attività correlate, finalizzate al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del livello di benessere, promuovendone l'autonomia e l'autodeterminazione. Fra le sue attribuzioni ritroviamo quindi l'assistenza al paziente durante l'igiene e la mobilizzazione: nel caso riportato dalla domanda, l'Infermiere può assegnare quindi le prime 3 prestazioni al suo collaboratore. L'OSS va quindi inteso come un prezioso aiuto per la pratica infermieristica, in quanto collabora con varie prestazioni assistenziali, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e alla casistica che il servizio segue. La Conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003 ha istituito il Profilo dell'Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria (OSS FC), il quale, in seguito ad una ulteriore formazione teorico-pratica, aggiunge alle competenze dell'OSS la possibilità di attuazione di alcune prestazioni sanitarie su pianificazione e/o supervisione infermieristica e ostetrica, conservando quindi anche tutte le funzioni di base previste dall'Accordo Stato-Regioni del 2001. Tuttavia l'OSS FC soffre di un mancato inquadramento contrattuale, che ne penalizza ad oggi l'utilizzo, nonostante l'importante numero di persone che possiedono ormai questo titolo ulteriore. Fra le prestazioni previste per questa nuova figura, ricordiamo la somministrazione per via naturale, la terapia sottocutanea e intramuscolare.</p> <p>(Benci, 2007)</p>
---	---	---	--	-------------------------------	---