

Dispneea acuta in cabinetul medicului de familie

Traducere: Dr. Mariana Coman (American Family Physician, vol. 68, nr. 9, 1 nov 2003)

EMC ALTE SPECIALITATI * DECEMBRIE 2008 – EMCB-VI

1.

Identificati afirmatia necorespunzatoare in legatura cu dispneea:

descrisa ca respiratie rapida acompaniata de senzatia de lipsa de aer

descrisa ca senzatie de sufocare / asfixiere

descrisa ca incapacitate de a respira suficient sde rapid sau de profund

senzatia asemanatoare cu cea de "sete" sau "foame" de aer

rasp.b

2.

Tratamentul initial in cazul pacientilor instabili este:

intubatia oro traheala

stabilirea unei linii de acces iv si inceperea administrarii fluidelor

administrarea de O2

administrare de bronhodilatator

rasp.c

3.

In cadrul examinarii fizice a pacientului cu dispnee, absenta murmurului vezicular traduce:

insuficienta cardica congestiva

pneumotorax si/sau lichid pleural

tromboza venoasa profunda

edem pulmonar, embolism pulmonar si pneumonie

rasp. b

4.

In care din urmatoarele conditii patologice nu putem intalni hiperinflatie la examenul radiografic pulmonar:

criza de stm bronic / bpoc acutizat

aspiratie de corp strain

bronsiolita

hiperventilatie

rasp. d.

5.

In cazul unui pacient cu dispnee, radiografie cardiopulmonara normala, spirometrie normala, paO2>70 mmHg, SaO2 normal putem exclude:

Intoxicatia cu CO2

Astmul indus de efort

Dispneea de efort de cauza cardiaca

Dispnee psihogena

rasp. a

Screening-ul cancerului de col uterin, fundamentul diagnosticului precoce al afecțiunii

Dr. E. Ilicea, Dr. Elvira Ilicea, Facultatea de medicină, Universitatea Ovidius, Constanța

EMC ALTE SPECIALITATI * DECEMBRIE 2008 – EMCB-VI

1.

Identificati afirmatia incorecta referitoare la cancerul de col uterin:

Cancerul de col uterin este o problema majora de sanatate in intreaga lume

Screeningul populational nu prezinta valoare in depistarea si diagnosticul precoce al CCU

Depistarea si diagnosticul precoce al CCU au determinat declinul indicatorilor de morbiditate si mortalitate prin aceasta boala

Rata mortalitatii prin CCU situeaza Romania pe locul I in Europa

2.

Obiectivul screeningului CCU este:

Diagnosticul tuturor leziunilor de tip canceros ale abdomenului inferior

Tratamentul leziunilor canceroase genitale feminine

Diagnosticul precoce al tuturor leziunilor precanceroase si canceroase de col

Diferentierea intre afecțiunile de natura benigna si maligna in cadrul patologiei pelvine feminine

3.

Grupul tinta al screeningului este reprezentat de

Femeile sub 18 ani

Femeile care au inceput viata sexuala

Femei care au suferit histerectomie totala pentru o boala benigna

Femeile au depasit 69 de ani si au doua teste Papanicolau normale, la intervale recomandate

4.

Nu este un factor de risc pentru CCU:

Femei neinvestigate Papanicolau

Parteneri cu risc înalt (multipli),

AP de boli cu transmitere sexuală

Viață sexuală începută tardiv

5.

Screeningul discontinuu se adreseaza:

Femeilor între 18-69 ani

Femeilor cu imunitate scăzută

Femeilor cu Papanicolau recent anormal, dar nu sub 3l

Femeilor cu histerectomie totala pentru afecțiuni benigne

**MANAGEMENTUL DIABETULUI ZAHARAT GESTAȚIONAL
EMC ALTE SPECIALITATI, IANUARIE 2009**

1.

Nu reprezinta complicatie a DZ gestational (pentru mama):

Preeclampsia

Nasterea prin cezariana

Aparitia DZ tip 2

Hipoglicemia neonatala

2.

În saptamanile 24-28 testul de screening (toleranta la 50g glucoza) vizeaza:

Glicemia a jeun

Glicemia la o ora

Glicemia la 2 ore

Glicemia la 3 ore

3.

Identificati afirmatia eronata referitoare la insulinoterapia mamelor cu DZG:

Reduce incidența nou-născuților macrosomi

reduce numărul de operații la naștere

reduce numărul traumatismelor intrapartum

dozele de insulina sunt constante pe parcursul sarcinii

4.

Identificati afirmatia corecta referitoare la antidiabeticele orale:

Nu au potential teratogen

Tolbutamida nu traverseaza placenta

Gliburida nu traverseaza placenta

Metformin creste rata anomaliilor congenitale

5.

Identificati afirmatia falsa referitoare la managementul postpartum:

Femeile cu DZG rareori necesita insulina postpartum

Femeile cu DZG au risc crescut de a face in viitor DZ tip2

Screeningul ulterior pentru diabet se va face la fiecare 6 saptamani

Alaptarea la san imbunatateste controlul glicemiei

**Zona zoster si nevralgia postherpetica. Preventie si tratament
EMC ALTE SPECIALITATI, IANUARIE 2009**

1.

Prodromele zonei zoster nu includ:

Febra

Stare de rau general

Cefalee

Formarea de cruste cu cicatrici si depigmentari locale

2.

Cea mai frecventa complicatie a zonei zoster este:

Nevralgia postherpetica

Stafilococia secundara

Pierderea vederii

Encefalita herpetica

3.

Cea mai mare sensibilitate si specificitate la diagnosticarea virusului herpetic o are:

Afectarea unui singur dermatom

Polymerase Chain Reaction

Imunofluorescenta directa

Efectuarea de culture virale

4.

Cel mai avantajos antiviral in tratamentul zonei zoster este:

Famciclovir, deoarece reduce convalescenta cu peste o saptamana

Valaciclovir, deoarece poate fi administrat in priza unica

Aciclovirul, deoarece accelereaza evolutia leziunilor in special la tineri

Aciclovirul, deoarece este cel mai ieftin dintre antiviralele enumerate in material.

5.

Tratamentul eficient in preventia completa a nevralgiei postherpetice:

Antivirale + corticoizi

Antidepresive triciclice

Opioizi

Nu exista

CANCERUL DE SAN LA BARBAT

EMC CHIRURGIE * DECEMBRIE 2008 – EMCB-VI

1.

Identificati afirmatia corecta referitoare la cancerul de san la barbat:

Reprezinta aproximativ 5% din neoplaziile intalnite la barbat

Exista o bogata xperienta diagnostica si terapeutica a acestei patologii la barbat

Cunostintele despre leziunile similare la femei nu sunt in totalitate superpozabile la cancerul de san la barbat

Apare la o varsta medie mai tanara a pacientilor decat in cazul femeilor

corect c.

2.

Prima manifestare a cancerului de san la barbat este cel mai frecvent:

adenopatia axilara

tumora mamara

retractia mamelonara

scurgeri sangvinolente

corect b.

3.

Din punct de vedere histopatologic, cea mai frecvent este intalnit:

adenocarcinom

comedocarcinom

carcinom lobular

carcinom ductal invaziv

corect d.

4.

Stadializarea cea mai frecventa in momentul diagnosticarii a fost:

I

IIIA

IIIB

IV

corect c.

5.

Principalul tratament in cazul cancerului de san la barbat este:

chirurgical - mastectomie cu evidare ganglionara

chimioterapia citostatica

hormonoterapia

radioterapia adjuvanta

corect a.

HEMANGIOMUL TORACIC SINCRON: O DILEMA DE DIAGNOSTIC, UN MODEL DE ABORD TERAPEUTIC INTERDISCIPLINAR

EMC CHIRURGIE * DECEMBRIE 2008 – EMCB-VI

1.

Hemangioamele toracale reprezintă:

Inflamații

Tumori maligne,

Neoplazii benigne de origine vasculară

Neoplazii benigne cu altă structură decât cele abdominale,
corect: C.

2.

Diagnosticul imagistic preoperator al hemangioamelor mediastinale se bazează în principal pe:

Examenul radiologic standard,

Scintigrafie ,

Tranzit baritat per oral

Rezonanță magnetică 3D,

corect: D

3.

Simptomatologia hemangioamelor toracale este reprezentată de:

dureri la nivelul peretelui toracic,

tuse iritativă,

vărsături,

expectorații sanguinolente,

corect: A.

4.

Complicația redutabilă a hemangiomului de perete toracic, ce poate reprezenta o urgență chirurgicală, este:

supurația cutanată,

hemopneumotorax masiv,

empiemul pleural,

perforația mediastinală,

corect: B.

5.

Tratamentul chirurgical al hemangiomului toracic este reprezentat de:

excizia totală sau subtotală a leziunii

ligatura și secțiunea vaselor de neoformație,

embolizare

electrocoagulare

corect: A.

**“Este justificat abordul laparoscopic al proceselor septice intraperitoneale”
EMC CHIRURGIE, IANUARIE 2009**

1.

Astazi abordul laparoscopic ramane controversat in cazul urmatoarelor interventii:

colecistectomia
boala de reflux gastroesofagian
suprarenalectomia pentru boala Cushing
patologia oncologica.

2.

Cauze de conversie in cazul abordului laparoscopic al sepsisului abdominal au fost urmatoarele, cu exceptia:

disectia dificila
sangerarea
spatiul insuficient de lucru
anatomia neclara

3.

Absenta traumatismului parietal major in chirurgia laparoscopica fata de tehnica clasica influenteaza evolutia pacientilor cu sepsis astfel:

functia pulmonara este ingreunata
pierderile sanguine sunt mai reduse
accentueaza tulburarile hemodinamice
afecteaza acuratetea diagnosticului.

4.

Dintre dezavantajele abordului laparoscopic, in cazul tratamentului sepsisului abdominal amintim:

scaderea frecventei supuratiilor parietale postoperatorii
rezultatul estetic
evaluarea insuficienta a spatiului retroperitoneal
durerea postoperatorie redusa

5.

Compromite pneumoperitoneul functia hemodinamica si respiratorie a pacientului cu sepsis:

da, fapt stabilit in unanimitate de studiile experimentale
nu, fapt stabilit in unanimitate de studiile experimentale
da, de aceea studiile clinice contraindicand abordul laparoscopic
nu, de aceea studiile clinice indicand abordul laparoscopic

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
EMC CHIRURGIE, IANUARIE 2009

1.

Etiologia abdomenului acut netraumatic se stabileste laparoscopic pentru:
diagnostic diferential dintre ulcer perforat si apendicita acuta

afectiuni ale sinusurilor pleurale
afectiuni pulmonare bazale
afectiuni cardiace

2.

Laparoscopia diagnostica NU are un aport decisiv in:

inflamatia diverticulului Meckel
boala Crohn (stadii incipiente)
tumorile colonului descendent
tumorile intestinului subtire

3.

La varstnicii cu tare majore si simptomatologie abdominala este preferabila:

celiotomia
laparoscopia diagnostica
atitudinea expectative
laparotomia

4.

Metastazele intraperitoneale de dimensiuni foarte mici (1-2mm) pot fi evidentiate prin:

CT
RMN
ecografie abdominala standard
ultrasonografia pe cale laparoscopica

5.

Reprezinta un dezavantaj al laparoscopiei diagnostice:

explorarea mai dificila a retroperitoneului
traumatism parietal disproportionat fata de scopul diagnostic
disconfort postoperator crescut
mortalitatea semnificativ mai mica

Studiu clinic cu privire la hipertensiunea arteriala secundara din unele malformatii renale congenitale la copil
Dr. Carmen Duicu, Prof. Dr. Eva Kiss, Prof. Dr. C. Rusnac, Clinica Pediatrie II, UMF Târgu-Mureş
Articol preluat din Revista Medicala Romana pentru sectiunea EMC pediatrie, luna decembrie 2008.

1.

În lotul studiat, cele mai frecvente malformații congenitale ale rinichilor au fost reprezentate de:

malformații numerice
malformații de structură
malformații topografice
sindroame joncționale

2.

În lotul studiat, cele mai multe cazuri de HTA secundară malformațiilor renale au fost cele asociate cu:

malformații numerice
malformații de structură
malformații topografice
sindroame joncționale

3.

În lotul studiat, HTA a apărut la copii cu:

ectopie pelvină
rinichi chistic unilateral
hipoplazie renală uni- sau bi- laterală
bifiditate pielo-ureterală sau bazinetală (uni- sau bi- laterală)

4.

În lotul studiat, incidența cazurilor cu creșteri ale valorilor tensionale considerate secundare malformațiilor a fost de aproximativ:

un sfert din cazuri
jumătate din cazuri
o treime din cazuri
trei sferturi din cazuri

5.

Hipertensiunea din malformațiile parenchimale renale este consecința:

viciilor de vascularizație care conduc la modificări ischemice
nefropatiilor renale din antecedente
tratamentelor medicamentoase prealabile
antecedentelor de infecții urinare recurente (pielonefrite cronice)

Urgente neonatale

Prof. Dr. V. Popescu, Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de copii 'Dr. Victor Gomoiu', București

Articol preluat din Revista Romana de Pediatrie pentru sectiunea EMC pediatrie, luna decembrie 2008.

1.

Cea mai probabilă cauză de convulsii în prima zi de viață a nou-născutului este (în contextul enunțat):

hipoxia

hipernatremia

sevrăjul medicamentos

o posibilă tulburare de dezvoltare a SNC

2.

Anticonvulsivantul de alegere inițială în convulsiile neonatale este:

Lorazepam

Diazepam

Midazolam

Fenobarbital

3.

Este citat de autor ca semn indirect de SHP:

Sindromul de luptă al musculaturii gastrice

Semnul canalului piloric îngustat continuu

Lipsa peristaltismului canalului piloric

Lipsa distensiei bulbului duodenal

4.

Prima medicație de alegere în managementul insuficienței cardiace congestive este:

Furosemidul

Dopamina

Dobutamina

Digoxina

5.

Scăderea corpurilor cetonici urinari apare în:

Acidemie organica

Anomalii de metabolism energetic

Anomalii de metabolism glucidic

Anomalii de oxidare a acizilor grași

Hemosideroza pulmonară primară (HPP), boală autoimună ?
EMC PEDIATRIE – IANUARIE 2009

1.

Sinonime ale HPP, cu excepția :

hemosideroza pulmonară idiopatică ;

hemocromatoza;

sindromul Heiner;

sindromul Goodpasture.

2.

Evoluția HPP poate fi spre următoarele afecțiuni, cu excepția:

fibroză pulmonară;

afectare cardiovasculară;

HIV ;

Insuficiență respiratorie cronică.

3.

HPP poate fi suspicionată pe argumente imagistice și histopatologice, în afară de :

radiografie pulmonară ;

tomografie computerizată ;

lavaj bronhoalveolar ;

biopsie cutanată.

4.

Evoluția HPP spre o boală autoimună este justificată prin următoarele analize de laborator, cu excepția:

VSH constant normal;

factor reumatoid crescut;

cANCA prezenți;

pANCA prezenți;

5.

Etiopatogenia HPP se regăsește în următoarele, în afară de:

genetică;

TBC,

autoimună;

ambientală;

Litiază veziculară diagnosticată ecografic la copii clinic asimptomatici
EMC PEDIATRIE – IANUARIE 2009

1.

În lotul de 9 copii asimptomatici diagnosticați cu afecțiuni biliare, anomalia cel mai frecvent constatată a fost:

calcul unic

microlitiază

hidrocolecist

colecist cu perete îngroșat

2.

Este factor predispozant pentru litiază veziculară la copii:

sexul feminin

sexul masculin

varsta sub 5 ani

obezitatea părinților

3.

Este factor predispozant pentru litiază veziculară la copii:

varsta peste 10 ani

apartenența la etnia rromă

obezitatea parentală

aportul lipidic excesiv

4.

Este factor predispozant pentru litiază veziculară la copii:

obezitatea copilului

obezitatea mamei

obezitatea tatălui

sexul masculin

5.

Principalele antecedente heredocolaterale relevante pentru litiază veziculară la copii sunt:

litiază biliară a părinților

apartenența etnică

obezitatea părinților

colecistită bacteriană acută

TIMPUL CA RESURSA

EMC sanatate publica si management sanitar

Decembrie 2008 – EMCB-VI

1.

Poate fi considerata o lege a lui Murphy urmatoarea:

Este imposibil sa gasim un document important tocmai atunci cand avem nevoie mai mare de el

Mapa de lucru creste in fiecare zi

Sunt ocupat tot timpul, deci sunt eficient

Timpul este singura resursa pe care o primim gratuit, inca de la nastere

2.

Prima cauza de irosire a resursei denumite 'timp' este:

A face lucririle care nu trebuie facute deloc

A face lucririle care trebuie facute de altcineva

A trece la actiune inainte de a stabili ce trebuie facut

A convoca sedinte fara o ordine de zi precisa

3.

Referitor la planificarea timpului, Churchill sustine ca:

Oamenii ocupati par sa se priceapa sa controleze timpul mai bine decat ceilalti

Sunt tot timpul ocupat, ceea ce inseamna ca sunt extrem de eficient

Cu cât dedic mai mult timp unei anumite sarcini, cu atât îmi va ieși mai bine

Timpul este singura resursa pe care o primim gratuit, inca de la nastere

4.

Sunt percepute ca fiind usoare si placute:

Sarcinile esentiale;

Sarcinile pe care ar trebui sa le realizezi;

Sarcinile pe care ti-ai dori sa le realizezi, dar care par vesnic amanate;

Sarcinile cu prioritate scazuta.

5.

Nu reprezinta o strategie de optimizare a timpului de lucru:

Stabilirea de termene limita

Abordarea sarcinilor complexe

Planificarea unor perioade de timp in care sa nu fii interrupt

Planificarea unor sedinte cu agenda de zi laxa, pentru a permite rezolvarea cat mai multor probleme.

IMPORTANTA CUNOAȘTERII CULTURII ORGANIZAȚIONALE PENTRU MANAGERII DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

EMC sanatate publica si management sanitar
Decembrie 2008 – EMCB-VI

1.

Identificați afirmația falsă referitoare la cultura organizațională:

Cultura organizației este relativ stabilă și se conservă în timp;

Cultura organizației trebuie schimbată cât mai des;

Cultura organizației nu este observabilă direct;

Cultura organizației poate fi dedusă prin analiza manifestărilor concrete ale organizației

2.

Analiza culturii organizaționale:

influențează relații ale organizației importante pentru funcționarea acesteia;

nu intervine în evaluarea personalului;

presupune metode psihologice și sociologice speciale;

nu reprezintă un instrument de perfecționare.

3.

Conflictul etic medic-manager este invariabil datorat:

poziției avantajoase deținute de medic

dificultatea de cuantificare a beneficiilor în unități monetare

responsabilității fiscale bazate uneori pe discrepanțe între eficacitate și eficiență

creșterii accentuate a costurilor asociate sănătății

4.

Nu este responsabilitatea managerului:

Să asigure dezvoltarea unei relații optime medic-pacient

Să asigure structura organizatorică necesară pentru îngrijirea optimă a pacientului

Să asigure dotarea tehnică necesară pentru îngrijirea optimă a pacientului

Să întreprindă un mediu în care medicul să se simtă implicat, respectat și stimulat.

5.

Este specific(ă) sistemelor de sănătate:

profitabilitatea pe termen lung, desi este mare consumator de resurse

aplicabilitatea universală a ghidurilor de practică

egalitatea pozițiilor beneficiarului și furnizorului de servicii de sănătate

lipsa responsabilității fiscale

Caracteristicile climatului organizațional în principalele structuri din sistemul de sănătate românesc și posibilitățile concrete de optimizare a acestuia
EMC IANUARIE 2009
SANATATE PUBLICA SI MANAGEMENT SANITAR

1.

În studiul publicat, stilul de învățare predominant folosit a fost stilul:

Entuziast

Logic

Practic

Imaginativ

2.

Cel mai frecvent stil de management exprimat secundar a fost:

Producator

Administrator

Antreprenor

Integrator

3.

Stilul antreprenorial s-a evidențiat ca stil primar cel mai frecvent la:

medicii de familie

administratia locala

furnizori

organizatia profesionala nationala

4.

Stilul primar de conducere cel mai frecvent întâlnit la manageri este caracterizat cel mai bine:

convinge și antrenează

indicativ

participativ

pasiv

5.

Stilul de management caracterizat de creativitate este:

Producator

Administrator

Antreprenor

Integrator

Comunicarea în crize de sănătate publică
EMC IANUARIE 2009
SANATATE PUBLICA SI MANAGEMENT SANITAR

1.

Conform tipologiei Newsom, nu este criza violenta de sanatate publica:

Cutremure

Terorism

Malpraxis

Epidemii

2.

Cel mai bun instrument de gestionare a crizei este:

Anticiparea

Analiza retrospectiva

Stabilirea lantului ierarhic al actorilor implicati

Contactul cu mass-media

3.

Teoria barierei mentale recomanda:

comunicari de maxim trei mesaje scurte, 30 cuvinte sau 10 secunde

empatie

competenta

cenzurarea aprecierilor negative

4.

Comunicarea de succes in crize NU depinde de:

Existenta planului de comunicare in criza

Existenta echipei de comunicare in criza

Existenta unui singur purtator de cuvânt

Monitorizarea evenimentelor

5.

Primul pas la aparitia unei crize este:

Informarea oficiala

Activarea planului si echipei de criza

Stabilirea sarcinilor

Difuzarea informatiilor

Nota:

Raspunsurile corecte sunt indicate de caractere aldine ("bold").

Toate chestionarele se limiteaza strict la informatia furnizata in cadrul materialului, disponibil pe site-ul EMCB (<http://www.emcb.ro>).

Toate chestionarele au fost propuse si aprobate de comitetul stiintific al programului EMCB (<http://emcb.ro/txt/comitet.php>).