

CASO CLINICO 1

Donna di 91 anni viene condotta in ospedale perché da alcuni giorni si sente molto stanca. La paziente due anni prima aveva subito una frattura di femore, ma era stata operata ed aveva recuperato la capacità di deambulare dopo un periodo in riabilitazione. Vive con la badante. La paziente ha effettuato tre dosi di vaccino per SARS-CoV-2 e non è vaccinata per l'influenza.

All'esame obiettivo la paziente è pallida, sottopeso, vigile ma rallentata. La temperatura corporea è di 36.0°, la pressione arteriosa è 105/65 mmHg, la frequenza cardiaca 52 bpm, la frequenza respiratorio 12 atti/minuto, la saturazione 88%.

Al torace sono presenti crepitazioni basali a sinistra, peristalsi ipovalida.

PROVA NON ESTRATTA

Anamnesi patologica

- Cardiopatia ischemica e ipertensiva cronica in fibrillazione atriale permanente
- Diabete mellito di tipo 2 (Hb glicata recente 38)
- Osteoporosi conclamata con marcata cifosi dorsale
- Insufficienza renale cronica (stadio IV)
- Stipsi
- Ipotiroidismo in trattamento da circa un anno
- Iniziale deterioramento cognitivo

Terapia domiciliare

- Lasix 25 mg: 1 cp ore 8 e 2 cp ore 18
- Norvasc 10 mg: 1 cp ore 8
- Torvast 10 mg: 1 cp ore 8
- Amiodarone 1 cp al mattino dal lunedì al sabato
- Brufen 600 1 cp al mattino ed al pomeriggio quasi tutti i giorni
- Metformina+ glibenclamide 400+5mg: 1 cp prima di pranzo e cena
- Allopurinolo 300 mg: 1 cp a pranzo
- Tiklid: 1 cp dopo pranzo
- Medrol 16 mg 1 cp alle 16
- Lercadip 10 mg ore 20
- En gtt 10 gtt la mattina e la sera
- DIBASE 25000 UI, 1 flaconcino al mese
- Pursennid al bisogno
- Ventolin: una inalazione al bisogno
- Eutirox 25 mcg

Quali sono le ipotesi diagnostiche e l'iter diagnostico?

Ci sono modifiche alla terapia farmacologica che sarebbero opportune alla luce della sua anamnesi?

PROVA ESTRATTA

CASO CLINICO 2

Donna di 78 anni autonoma, vive sola, viene portata dal 118 in pronto soccorso dopo che la figlia, che vive in un'altra regione, la mattina ha notato al telefono che la mamma non si ricordava di averla vista la sera precedente e parlava con difficoltà. Al momento della visita la paziente è vigile, parzialmente collaborante, disorientata nel tempo e nello spazio, presenta un dubbio deficit del nervo faciale a destra. Non ha fatto il vaccino per SARS-CoV2. La temperatura corporea è di 37.9°, pressione arteriosa 165/70, frequenza cardiaca 115 ar, saturazione di ossigeno 93% in aria ambiente.

Anamnesi patologica

- Cardiopatia ischemica ed ipertensiva cronica con fibrillazione atriale permanente
- Osteoporosi conclamata (pregressi crolli vertebrali L1 ed L2) con lombosciatalgia cronica
- Diabete mellito di tipo 2 (Hb glicata 58)
- Insufficienza renale cronica (stadio IV)
- Inveterata sindrome depressivo ansiosa
- Insonnia

Terapia domiciliare

- Lasix 25 mg: 1 cp ore 8
- Norvasc 10 mg: 1 cp ore 8
- Torvast 10 mg: 1 cp ore 8
- Lanoxin 0,125 mg: 1 cp ore 8
- Brufen 600 1 cp al mattino ed al pomeriggio
- Metformina+ glibenclamide 400+5mg: 1 cp prima di pranzo
- Cacit 1000 mg: 1 cp a pranzo
- Allopurinolo 300 mg: 1 cp a pranzo
- Eliquis: 5 mg al mattino ed alla sera
- En gtt 10 gtt la mattina e sera
- Clody 100 mg: 1 fiala i.m. ogni 15 gg
- Pursennid al bisogno
- Ventolin una inalazione al bisogno

- Escitalopram, 10 mg, 1 cp al mattino ed una dopo pranzo
- Mirtazapina, 30 mg 1 cp la sera
- Quetiapina, recentemente aumentata a 50 mg la sera

Quali sono le ipotesi diagnostiche e l'iter diagnostico?

Ci sono modifiche alla terapia farmacologica che sarebbero opportune alla luce della sua anamnesi?

CASO CLINICO 3

Uomo di 85 anni vive solo e viene portato in PS in rapporto ad un improvvisa comparsa di sensazione di instabilità. Riferisce una caduta un anno prima. Dieci giorni prima ha fatto un ciclo di antibiotico per un episodio di verosimile infezione delle vie urinarie. Alla visita in ambulatorio il paziente è vigile, non ricorda la data e non sa di essere in ospedale. Il figlio riferisce che nell'ultima settimana era più stanco, aveva affanno per salire le scale ed aveva avuto numerosi episodi di diarrea. La pressione arteriosa è 100/60, la frequenza cardiaca 104, aritmica, la frequenza respiratorio 20 atti/minuto. La saturazione di ossigeno è 91% in aria ambiente. All'obiettività il paziente è pallido, affaticato, addome globoso, ipertimpanico, peristalsi vivace, non dolorabile, al torace sono presenti crepitazioni bilaterali ed alcuni sibili, assenza di edema alle caviglie.

PROVA NON ESTRATTA

Anamnesi patologica

- Cardiopatia ischemica ed ipertensiva cronica con almeno due episodi di fibrillazione atriale parossistica
- BPCO in ex fumatore
- Ipertiroidismo
- Insufficienza renale cronica (stadio IV)
- Ipertrofia prostatica con IVU ricorrenti
- Stipsi
- Malattia COVID 19 un mese prima
- Gonartrosi bilaterale per quale ha fatto recentemente infiltrazioni
- Lombalgia cronica
- Ipoacusia marcata

Terapia domiciliare

- Lasix 25 mg: 1 cp ore 8 e 2 cp ore 18
- Norvasc 10 mg: 1 cp ore 8
- Torvast 10 mg: 1 cp ore 8
- Lanoxin 0,125 mg: 1 cp ore 8
- Tapazole 5 mg: 1 cp a pranzo
- Cordarone 200 mg, 1 cp al mattino dal lunedì al venerdì
- Apixaban 2,5 mg, 2 volte al giorno
- Dutasteride 1 cp ore 20
- Lercadip 10 mg ore 20
- En gtt 10gtt la sera
- Brufen 600 1 cp al mattino ed al pomeriggio da una settimana
- Celecoxib 200 mg, 1 cp due volte al giorno
- Paracetamolo, 1 grammo ogni sei ore

Quali sono le ipotesi diagnostiche e l'iter diagnostico?

Ci sono modifiche alla terapia farmacologica che sarebbero opportune alla luce della sua anamnesi?