



Provider: Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri'

N° provider: 3842 – ID evento: 75518

## 22° Meeting GiViTI

13-15 novembre 2013

Centro Congressi

Baia Flaminia Resort, Pesaro

1. Il follow up nel trauma cranico:
- a) è il vero outcome del paziente. 0%
  - b) permette di tracciare il percorso post dimissione. 1.22%
  - c) può far indirizzare il paziente a specialistici che affrontino problemi selettivi. 0%
  - d) **tutte le precedenti.** 98.78%
2. Le categorie del GOS (Glasgow Outcome Scale) considerate 'sfavorevoli' in una eventuale dicotomizzazione dell'outcome sono:
- a) morte. 0%
  - b) morte e stato vegetativo persistente. 7.32%
  - c) **morte, stato vegetativo persistente e grave disabilità.** 92.68%
3. L'osservato/atteso è:
- a) una proporzione statistica. 26.22%
  - b) **il rapporto fra il numero dei pazienti che hanno un outcome 'sfavorevole' e la somma delle probabilità di outcome 'sfavorevole' di ogni paziente.** 68.90%
  - c) il rapporto fra il numero di pazienti che hanno avuto un outcome 'sfavorevole' e il numero di pazienti che hanno avuto un outcome 'favorevole'. 4.88%
4. Il sistema del follow up è utile per :
- a) verificare l'efficacia dei trattamenti. 0%
  - b) effettuare analisi delle fasi di trattamento. 0%
  - c) avere un feedback su terapia intensiva. 0%
  - d) incrementare le motivazioni e la umanizzazione dello staff. 0%
  - e) **tutte le precedenti.** 100%
5. La causa più frequente di disabilità neurocognitiva nel trauma cranico:
- a) **deficit delle funzioni esecutive.** 48.17%
  - b) la afasia. 1.22%
  - c) problemi comportamentali. 10.98%
  - d) tutte le precedenti. 39.63%



6. La Glasgow outcome scale è una scala che misura:

- a) la qualità di vita. 7.93%
- b) la disabilità. 84.76%**
- c) la gravità neurologica. 1.22%
- d) il grado di menomazione funzionale. 6.10%

7. Quando si analizza la probabilità di un modello prognostico sui singoli pazienti, la calibrazione del modello sulla selezione:

- a) è la cosa più importante ed è l'unico aspetto da verificare per giudicare se un modello sia affidabile o meno per il singolo paziente. 6.10%
- b) è importante ma non è sufficiente a confermare che la probabilità sia accurata su ogni paziente della selezione. 91.46%**
- c) quando la probabilità è valutata a livello del singolo paziente, la calibrazione del modello non è di alcuna utilità. 2.44%

8. L'analisi dei dati GiViTi sul timing con cui iniziare il trattamento di RRT in caso di insufficienza renale acuta all'ammissione evidenzia che:

- a) un trattamento precoce (entro 48h dall'ammissione) è legato ad una significativo riduzione della mortalità. 0%
- b) un trattamento precoce (entro 48h dall'ammissione) è legato ad un significativo aumento della mortalità. 0%
- c) l'effetto di un trattamento precoce (entro 48h dall'ammissione) risulta diversificato al variare dell'indicazione al trattamento del paziente. 100%**

9. Il Propensity score:

- a) è un particolare modello di regressione logistica che ha come scopo la stima della probabilità di decesso. 3.66%
- b) è un modello che permette di ricostruire l'indicazione ad un trattamento in uno studio osservazionale. 95.12%**
- c) è un punteggio che riassume quanto un modello si adatta a prevedere un outcome in un determinato sottogruppo. 1.22%

10. La critical illness polyneuropathy nella sua presentazione più tipica è una polineuropatia acuta:

- a) sensitivo-motoria assonale. 88.41%**
- b) motoria assonale. 5.49%
- c) sensitiva assonale. 0.61%
- d) demielinizzante. 1.83%
- e) tutte le precedenti. 4.27%

11. La critical illness myopathy è:

- a) una miopatia acuta primaria caratterizzata da atrofia, perdita dei filamenti spessi di miosina, necrosi ed infiltrati infiammatori. 17.07%
- b) una miopatia acuta da denervazione secondaria alla critical illness polyneuropathy. 14.02%
- c) una miopatia acuta primaria caratterizzata da atrofia, perdita dei filamenti spessi di miosina, e necrosi. 61.59%**
- d) nessuna delle precedenti. 3.05%
- e) tutte le precedenti. 4.27%



12. La debolezza muscolare acquisita in Terapia Intensiva è:
- a) una debolezza diffusa e simmetrica. 81.71%
  - b) una debolezza distale prevalente agli arti inferiori. 5.49%
  - c) una debolezza prossimale prevalente agli arti inferiori. 9.15%
  - d) nessuna delle precedenti. 1.22%
  - e) tutte le precedenti. 3.05%
13. La diagnosi certa di critical illness polyneuropathy è:
- a) elettrofisiologica. 34.76%
  - b) clinica. 0%
  - c) elettrofisiologica e clinica. 65.24%
  - d) dipende dalle condizioni del paziente. 0%
  - e) dipende dal timing di valutazione (fase acuta o cronica). 0%
14. Studi randomizzati controllati (RCT) hanno dimostrato che nei pazienti giunti in terapia intensiva con insufficienza respiratoria che richiede ventilazione meccanica, la ventilazione non-invasiva riduce la mortalità rispetto alla ventilazione invasiva:
- a) vero. 4.88%
  - b) solo nei BPCO. 9.76%
  - c) falso. 85.37%
15. In caso di insufficienza respiratoria insorta dopo estubazione uno studio randomizzato e controllato (RCT) ha dimostrato che la ventilazione non-invasiva rispetto a quella invasiva:
- a) riduce la mortalità. 6.10%
  - b) aumenta la mortalità. 88.41%
  - c) riduce la mortalità ma solo nei BPCO. 5.49%
16. Lo studio osservazionale GiViTI sulla ventilazione non-invasiva vs. la invasiva nel trattamento delle polmoniti all'ammissione in terapia intensiva ha dimostrato che la ventilazione non-invasiva:
- a) riduce sempre la mortalità. 0.61%
  - b) non influenza la mortalità ma solo la durata della degenza. 1.22%
  - c) può aumentare o ridurre la mortalità a seconda delle condizioni cliniche del paziente. 97.56%