

1. Stopul cardiac si stopul respirator – semne clinice.
2. Masuri preventive fata de sursa de infectie – masuri fata de persoane (boli infecto – contagioase).
3. Embolia pulmonara – manifestari clinice.
4. Angorul pectoral – atitudinea de urgenta.
5. Durata stocarii temporare a deeurilor medicale infectioase in incintele unitatilor medicale.

Handwritten signature and initials

BAREM DE CĂUTARE

5. Stoful cardiac și stoful respirator.
- semne clinice

207

2.6.1. Semne clinice	- oprirea mișcărilor respiratorii, toracice și abdominale, - încetarea băților inimii (bătăile inimii se cercetează prin auscultare, în partea stângă a toracelui, sub mamelon), - absența pulsului la artera carotidă, - paloarea externă (sau cianoza) tegumentului, - midriază, cu globii oculari imobili, - pierderea cunoștinței, - relaxarea completă a musculaturii, inclusiv a sfincterelor, ceea ce duce la pierderi necontrolate de urină și materii fecale. De reținut: înainte de a începe reanimarea cardio-respiratorie, salvatorul se va asigura foarte rapid, fără a pierde timp prețios, că nu este într-adevăr vorba de oprire cardiacă, prin: - controlul pulsațiilor cardiace (puls femural, carotidian), - controlul respirației: semnul oglinzii (se pune în fața buzelor oglinda, care nu se va aburi când nu există respirație); se va încerca ascultarea respirației direct, lipind urechea de toracele bolnavului; se va apropia urechea și obrazul de gura bolnavului pentru a sesiza mișcarea aerului sau se va urmări mișcarea foiței de la o țigară sau a unui tifon (care nu se va mișca în caz de stop respirator), - controlul reflexului pupilar (midriază).
------------------------------------	--

BAREM DE CORECTARE

S₂. Măsură preventivă față de sursa
de infecție - măsură față de persoane.

20p.

Măsuri față de persoane	- depistarea și înregistrarea tuturor surselor de infecție (prin examinări periodice, prin triaj epidemiologic) - instruirea persoanelor (educație pentru sănătate) - izolarea și tratarea bolnavilor, contactaților, suspectilor, în funcție de boală și posibilitățile de izolare la domiciliu. Toți purtătorii cu infecții aerogene vor fi scoși din colectivitățile de copii. Purtătorii digestivi - dacă nu se obține sterilizarea lor - vor fi scoși din orice fel de funcție unde se cere manipularea de alimente. Pentru contactii direcți - carantină - izolarea contactului pe perioada maximă de incubare a bolii. Carantina nu este obligatorie pentru toate bolile infecto-contagioase. În unele cazuri contactii pot fi protejați prin administrare de medicamente, antimicrobiene, antivirale prin seroprofilaxie, γ-globuline, vaccinare. - anihilarea surselor de infecții (se pot steriliza purtătorii de streptococ betahemolitic, de bacili difterici, de meningococ). În funcție de tipul infecției se vor folosi metode de dezinfecție a bolnavului (de exemplu pentru infecțiile aerogene: dezinfecție nazofaringiană; gargarisme (spălături faringiene cu ceai de mușetel). - controlul medical al personalului din sectorul alimentar, din colectivitățile de copii, din sectorul de igienă comunală.
--------------------------------	---

EMBOLIA PULMONARĂ - manifestări clinice

53.

2.2.1. Manifestări clinice

Clinic embolia pulmonară are totdeauna un aspect dramatic

- Durerea este constrictivă, intensă, sub formă de junghi, iriază uneori către gât și membrele superioare și este acompaniată de anxietate marcată
- Dispnee, polipnee superficială
- Cianoză
- Stare de șoc: cu extremități reci, cianotice, sudori reci
- Tahicardie (100-160 bătăi/minut)
- Hipotensiune arterială
- Hepatomegalie
- Turgescența jugularelor

Observații: Emboliile pulmonare au tabloul clinic al infarctului pulmonar care pe lângă:

- junghiul brutal toracic se însoțește de
- tuse cu spută hemoptoică (fig. 2.1),



Durere în piept
Dispnee
Hemoptizie

Fig. 2.1. - Simptomele emboliei pulmonare.

apoi stare febrilă, tahicardie și hipotensiune arterială.

Pentru atestarea diagnosticului de embolie pulmonară recurgem și la unele explorări paraclinice: electrocardiogramă, radiografie toracică, angiografie pulmonară, scintigrafie pulmonară.

Diagnosticul diferențial se face cu: infarctul miocardic, pneumotoraxul spontan, anevrismul disecant de aortă, emfizemul mediastinal spontan și cu alte afecțiuni care evoluează cu durere toracică (zona Zoster) și stare de șoc.

Observații: De mare ajutor poate fi un cadru mediu care știe să informeze medicul de existența unor circumstanțe etiologice ca afecțiuni emboligene (flebite), boli cardiace, boli pulmonare cronice etc.

BAREM SE CORECTARE

S4. Angorul pectoral
- atitudinea de urgență, 20 p.

2.8.3. Atitudinea de urgență	● Repaus - oprirea imediată a efortului fizic. Dacă este la domiciliu: repaus la pat sau fotoliu. Înlăturarea stresului psihic. ● Nitroglicerină - tablete a 0,5 mg sublingual. ● Nitrit de amil: 2-5 picături pe batistă, de inhalat. Acționează în aproximativ 10 secunde. ● Primul acces de angor pectoral major trebuie considerat ca o stare de preinfarct, iar bolnavul trebuie internat de urgență. De asemenea, schimbarea caracterului unui angor pectoral vechi în sensul că: survine mai frecvent cu durată mai mare, cu răspuns terapeutic diminuat la administrarea nitroglicerinei, trebuie considerată stare de urgență care necesită internare (angor instabil). ● În spital se vor elucida problemele de diagnostic diferențial și diagnosticul etiologic prin: - E.C.G. - în angor pectoral traseul electrocardiografic nu este semnificativ (poate fi normal). - Alte examinări (transaminaze, glicemie, leucocite, V.S.H., radioscopie toracică etc.) pot fi necesare pentru diagnosticul diferențial cu infarctul miocardic, cu sindromul intermediar etc. și cu durerile toracice extracardiace sau necoronariene.
-------------------------------------	---

BAREM DE CORECTARE

55.

20p.

Durata stocării temporare a deșeurilor medicale infecțioase în incintele unităților medicale nu poate să depășească un interval de 48 de ore, cu excepția situației în care deșeurile sunt depozitate într-un amplasament prevăzut cu sistem de răcire care să asigure constant o temperatură mai mică de 4°C, situație în care durata depozitării poate fi de maximum 7 zile. Amplasamentul trebuie să aibă un sistem automat de monitorizare și înregistrare a temperaturilor, ce va fi verificat periodic.