



UPU – STUDII SUPERIOARE ASISTENT

Subiectul 1

Identificare stop cardiorespirator – ABC 3p

- Începerea RCP: Efectuați compresii toracice externe de înaltă calitate (adâncime 5-6 cm, rată 100-120/min) și minimizați întreruperile. 3p
- Analiza ritmului: Conectați defibrilatorul imediat ce este disponibil. 1p
- Livrarea șocului: Dacă se confirmă FV, se administrează un singur șoc (bifazic 150-200 J) sau monofazic 360J. 3p
- Reluarea imediată a RCP: După șoc, reluați imediat 2 minute de resuscitare cardiopulmonară (raport 30:2 sau continuu dacă este IOT). 2p
- Reevaluarea: După 2 minute de RCP, verificați din nou ritmul pe monitor. Dacă FV persistă, se administrează al doilea șoc, urmat de alte 2 minute de RCP, apoi al treilea șoc. Dacă persista FV- 2p
- Adrenalină: Se administrează 1 mg IV/IO după al treilea șoc, apoi la fiecare 3-5 minute 2p
- Amiodaronă: Se administrează 300 mg IV/IO după al treilea șoc. (O doză suplimentară de 150 mg după al 5-lea șoc). 2p
- Identificarea cauzelor reversibile (4H și 4T): Hipoxie, hipovolemie, hiper/hipopotasemie/metabolic, hipo/hipertermie; Tamponadă cardiacă, pneumotorax sufocant, toxice, tromboembolism pulmonar/coronarian 2p

Subiectul 2

Identificare stop cardiorespirator – ABC 3p

- Începerea RCP: Efectuați compresii toracice externe de înaltă calitate (adâncime 5-6 cm, rată 100-120/min) și minimizați întreruperile. 3p
- Mențineți raportul compresii-ventilații 30:2 până la montarea unei căi aeriene avansate (IOTsau dispozitiv supraglotic), după care ventilația se face continuu (10 -12 ventilații/minut) fără a întrerupe compresionile. 2p
- Analiza ritmului: Conectați defibrilatorul imediat ce este disponibil și identificare ritm 1p - NONSOCABIL

☐ Administrarea de Adrenalină:

- Administrați 1 mg de Adrenalină intravenos (IV) sau intraosos (IO) cât mai rapid posibil de la recunoașterea unui ritm non-șocabil. 5p
- Repetați doza de 1 mg la fiecare 3-5 minute pe parcursul resuscitării (în ciclul alternativ de 2 minute de RCP). 2p

☐ Reevaluarea Ritmului:

- Analizați ritmul pe monitor la fiecare 2 minute. Nu întrerupeți RCP pentru verificarea pulsului decât dacă apar semne evidente de viață sau reluarea circulației spontane (ROSC) 2p
- Identificarea cauzelor reversibile (4H și 4T): Hipoxie, hipovolemie, hiper/hipopotasemie/metabolic, hipo/hipertermie; Tamponadă cardiacă, pneumotorax sufocant, toxice, tromboembolism pulmonar/coronarian 2p

Subiect 3

Evaluare ABCDE: Asigurarea căilor aeriene, respirației și circulației. Monitorizare: Atașarea monitorului ECG, măsurarea tensiunii arteriale, pulsoximetrie SpO_2 și înregistrarea unui EKG cu 12 derivații. Oxigenoterapie: Administrarea de oxigen dacă pacientul este hipoxic $SaO_2 < 94\%$. Acces venos: Montarea unei linii intravenoase (IV) sau intraosoase (IO). Identificarea cauzelor reversibile: Căutarea hipoxiei, dezechilibrului electrolitice (ex. hiperkalemie), intoxicațiilor medicamentoase (beta-blocante, blocante de canale de calciu) sau hipotermie 5p

. Identificarea semnelor de instabilitate 3p

Se evaluează prezența semnelor de amenințare a vieții:

- Șoc (hipotensiune arterială severă, piele rece, marmoreată)
- Sincopă sau alterarea stării de conștiență
- Ischemie miocardică (dureri toracice, modificări EKG)
- Insuficiență cardiacă

Dacă pacientul este stabil : Se monitorizează și se investighează cauza. Dacă există risc de asistolă (pauză ventriculară >3 secunde, bloc atrioventricular Mobitz tip II sau bloc total cu QRS larg), se pregătesc măsuri de rezervă. 2p

- Dacă pacientul este instabil : Se inițiază tratament medicamentos și/sau pacing transcutanat extern 1p

☐ Atropină (prima opțiune): 5p

- Doză: 0,5 mg repetat la nevoie la fiecare 3–5 minute, până la o doză maximă totală de 3 mg.

☐ Măsuri de rezervă / A II-a linie (dacă atropina e inefficientă):

- pacing transcutanat extern: Indicată de urgență la pacienții instabili care nu răspund la atropină sau în blocuri AV înalte. 1p
- Dopamină: 2–10 mcg/kg/min 1p
- Adrenalină (Epinefrină): 2–10 mcg/min, 1p
- Alte medicamente specifice: 1p
 - *Glucagon* (în caz de supradozaj cu beta-blocante sau blocante de canale de calciu).
 - *Izoprenalină* sau *Aminofilină*

Subiectul 4

ABCDE monitorizare funcții vitale 5 puncte

Evaluare ABCDE: Asigurarea căilor aeriene, respirației și circulației. Monitorizare: Atașarea monitorului ECG, măsurarea tensiunii arteriale, pulsoximetrie SpO₂ și înregistrarea unui EKG cu 12 derivații, GCS, Glicemie, temperatura

Clinic 6 puncte

1. Depresie respiratorie: Scăderea frecvenței respiratorii (adesea < 12 sau chiar < 8 respirații/minut) cianoză.
2. Mioză: Pupile punctiforme (bilaterale, simetrice).
3. Alterarea stării de conștiință: De la somnolență severă până la comă profundă
4. Hipotermie, tegumente palide, reci și umede.
5. Prezența urmelor de punctii venoase („track marks”)
6. Zgomote intestinale diminuate sau absente (ileus).

1. Măsurile Imediate de tratament (Protocolul ABCDE) 3p

- A (Airway): Asigurarea permeabilității căilor aeriene. Aspirația secrețiilor.
- B (Breathing):
 - Administrare de Oxigen
- C (Circulation): Abord venos periferic, recoltare analize și inițiere perfuzie cu cristaloide în caz de hipotensiune.

2. Tratamentul Antidot (Naloxon) 6p

- Cale de administrare preferată în UPU: Intravenoasă (IV) (permite titrarea fină și rapidă). Dacă abordul IV este imposibil temporar, se poate administra Intramuscular (IM), Subcutanat (SC)
- Strategia de dozare (Titrare):
 - Pacient cu stop respirator: Se administrează direct 0.4 mg – 2 mg IV, repetat la 2–3 minute până la restabilirea respirației
 - Pacient cu respirație spontană -doze mici de 0.04 mg – 0.1 mg IV, crescute treptat la fiecare 1–2 minute.

Subiectul 5

Enumerarea etapelor de dezinfectie a instrumentarului 10 puncte

Descrierea etapelor 10 puncte

Comisia de concurs