

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ**

Aprobat
prin Ordinul IMSP CNAMUP
nr. 395 din 10 iulie 2026
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Instituțional „Tusea convulsivă”

TUSEA CONVULSIVĂ

Protocol Clinic Instituțional

Chișinău, 2026

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ.....	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul	3
A.2. Codul bolii (CIM-10)	3
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele protocolului.....	4
A.5. Data elaborării	4
A.6. Data revizuirii	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească.....	5
C.1. ALGORITMI DE CONDUCĂRE	7
C.1.1. Algoritmul de conducăre a pacientului cu tuse convulsivă	7
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	7
C.2.1. Clasificarea clinică	7
C.2.2. Criteriile de severitate	7
C.2.3. Anamneza.....	7
C.2.4. Manifestările clinice.....	7
C.2.5. Investigațiile paraclinice	8
C.2.6. Criteriile de transportare.....	9
C.2.7. Tratamentul stărilor de urgență la etapa de prespital	9
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	9
Anexa 1. Ghidul pacientului cu tuse convulsivă.....	11
BIBLIOGRAFIE.....	11

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abrevierea	Semnificația
AMU	Asistență medicală urgentă
AMUP	Asistență medicală urgentă prespitalicească
CIM	Clasificatorul Internațional al Maladiilor
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
DTP	Vaccin diftero-tetano-pertussis
DTP+Hib	Vaccin diftero-tetano-pertussis și Haemophilus influenzae tip b
ECG	Electrocardiograma
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FR	Frecvența respirației
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenos
IMSP	Instituția medico-sanitară publică
PCN	Protocol clinic național
sol.	Soluție
SpO₂	Saturația cu oxigen
TA	Tensiunea arterială
TC	Tusea convulsivă
TRC	Timpul de reumplere capilară

PREFAȚĂ

Prezentul protocol clinic instituțional a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 „Cu privire la instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea Protoalelor Clinice Instituționale (PCI) în cadrul IMSP CNAMUP”, în conformitate cu Protocolul Clinic Național PCN-158 „Tusea convulsivă” și cu prevederile Ordinului IMSP CNAMUP nr. 101 din 19.02.2026 „Cu privire la implementarea în practică a Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP”.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**A.1. Diagnosticul**

Diagnostic: Tusea convulsivă (pertussis).

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

- Tusea convulsivă, forma ușoară / medie / severă.

A.2. Codul bolii (CIM-10)

Cod CIM-10	Denumirea
A37	Tuse convulsivă (pertussis)

A.3. Utilizatorii

Personalul medical al echipelor de asistență medicală urgentă prespitalicească (AMUP): medici de urgență, felceri și asistenți medicali de urgență.

A.4. Obiectivele protocolului

Optimizarea calității asistenței medicale de urgență acordate pacienților cu tuse convulsivă la etapa de prespital.

A.5. Data elaborării

2026

A.6. Data revizuirii

În conformitate cu următoarea revizuire a PCN-158.

A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPNIC	Șef-adjunct CIDMUC și SC
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC
Eleonora TCACI	Medic-auditor
Elena ANTON	Medic-auditor
Ala RABOVILA	Medic-auditor
Elena IAZADJI	Medic-auditor
Sergiu BOLOGA	Medic epidemiolog
Rita NOUR	Medic-auditor

Protocolul a fost aprobat și contrasemnat de:

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical

A.8. Definițiile folosite în document

Tusea convulsivă – boală infecțioasă acută și contagioasă, determinată de cocobacilul *Bordetella pertussis*, caracterizată clinic prin accese paroxistice de tuse spasmodică, precedate de un inspir zgomotos (repriză), modificări hematologice caracteristice și risc mare de complicații.

Pertussis – tusea convulsivă cu *Bordetella pertussis*.

Parapertussis – tusea convulsivă cu *Bordetella parapertussis*.

A.9. Informația epidemiologică

- Sursa de infecție: pacienții cu forme tipice și atipice ale bolii, rar purtătorii de *Bordetella pertussis*.
- Durata contagiozității: începe din ultimele zile ale perioadei de incubație și poate dura 25–30 de zile de la debutul bolii; indicele contagiozității este de 70% și mai mult.
- Transmiterea: pe cale aerogenă, prin picături de spută, sau indirect, prin obiecte de uz recent contaminate.
- Receptivitatea: generală, inclusiv la nou-născuți (care nu moștenesc anticorpi protectori materni); maximă la copiii de 3–6 ani.
- Sezonalitatea: toamna și iarna; periodicitatea: morbiditatea sporește la interval de 2–3 ani.
- Imunitatea după boală este durabilă, reîmbolnăvirile fiind excepționale.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească

Descriere (măsurii)	Motive (reper)	Pași (modalități de realizare)
Protecția personalului	Profilaxia transmiterii infecției către personalul medical și alte persoane, prin protejarea de la contactul cu lichidele biologice și de la expunerea la agenții infecțioși.	• Protejarea personalului prin utilizarea articolelor de protecție (măști, mănuși). • Igienizarea mâinilor înainte și după examinarea pacientului.
1. Diagnosticul		
1.1. Diagnosticul preliminar	Diagnosticul precoce al TC permite prevenirea răspândirii infecției și, în cazuri grave, reducerea considerabilă a	• Anamneza clinico-epidemiologică (Caseta 3). • Datele obiective (Casetele 4–7). • Aprecierea criteriilor de severitate (Caseta 2).

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități de realizare)
	complicațiilor și a sechelelor.	
2. Tratatamentul		
2.1. Tratatamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească	Inițierea imediată a tratamentului de urgență suprimă progresarea și previne consecințele bolii.	• Acordarea primului ajutor medical în formele severe ale TC (Caseta 9, algoritmul C.1.1). • Aprecierea criteriilor de severitate a bolii (Caseta 2).
3. Transportarea		
3.1. Transportarea în secțiile de boli infecțioase	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permite diagnosticul complicațiilor și transportarea pacientului în staționarul de profil.	• Aprecierea criteriilor de stabilizare și transportare (Caseta 8). • Monitorizarea continuă a funcțiilor vitale pe durata transportării. • Prelucrarea ambulanței conform Ordinului MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019.

C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită a pacientului cu tuse convulsivă

La orice copil care prezintă simptomatologie sugestivă (accese de tuse uscată, chinuitoare, însoțite de vomă, acrocianoză și apnee), cazul devine suspect de tuse convulsivă și se va efectua:

Anamneza clinico-epidemiologică → examen clinic → aprecierea severității → decizia de tratament de urgență la etapa prespitalicească și/sau transportare la serviciul spitalicesc/secția specializată, conform criteriilor din Caseta 8.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea clinică

Caseta 1. Clasificarea TC în funcție de manifestările clinice

- Forme tipice.
- Forme atipice.

C.2.2. Criteriile de severitate

Caseta 2. Criteriile de evaluare a gradului de severitate în tusea convulsivă

Frecvența acceselor de tuse în 24 de ore:

- Forma ușoară – 10–15 accese, 3–5 reprize.
- Forma medie – 16–25 accese, 6–10 reprize.
- Forma severă – 26–30 și mai multe accese, peste 10 reprize.

Alte criterii de severitate:

- Prezența cianozei și a edemului facial în timpul accesului de tuse și în pauze; apariția cianozei faciale încă din prima săptămână a bolii (perioada prodromală).
- Intensitatea dereglărilor respiratorii; frecvența și durata apneei.
- Intensitatea dereglărilor cardiovasculare; prezența encefalopatiei.
- Stare generală gravă în afara acceselor de tuse; vome după accesul de tuse sau în afara lui; prezența complicațiilor.

C.2.3. Anamneza

Caseta 3. Recomandări pentru culegerea anamnezei

Date epidemiologice:

- Contact cu un bolnav de tuse convulsivă (forme tipice, atipice) sau cu un purtător de bacili în focarul de infecție.
- Situație epidemică nefavorabilă; cazuri de tuse convulsivă în instituții preșcolare, școlare, internate, case de copii.

Date clinice:

- Debut lent, stare generală nealterată, subfebrilitate sau afebrilitate.
- Semne de intoxicație și catarale absente.
- Tuse uscată, obsedantă, rebelă la tratament, care după 8–10 zile de la debut devine spasmodică, în accese cu reprize și vome.
- Fără semne de afectare pulmonară; facies edemațiat, hemoragii în sclere.

C.2.4. Manifestările clinice

Perioada de incubație în tusea convulsivă este de 5–14 zile (uneori până la 21 de zile, cel mai frecvent 10–12 zile). Perioada prodromală (debut treptat, durată până la o săptămână, tuse nocturnă) este urmată de perioada de stare și de perioada de declin, în care simptomatologia se ameliorează. În formele severe pot surveni complicații (bronșită, pneumonie, encefalopatie), iar la sugari (cu apnee, convulsii, complicații) poate surveni decesul.

Caseta 4. Perioada de stare (convulsivă, spasmodică, paroxistică)

- Apariția tusei în accese cu caracter spasmodic, convulsiv, paroxistic. Componentele accesului: aură (senzație de neliniște); inspirație bruscă, adâncă; secuse expiratorii în serie (scurte, afone, spastice); pauză de expirație forțată; inspirație adâncă, prelungită, sonoră – „repriza”.
- Oprirea accesului prin expectorația dificilă a mucusului vâscos, adesea însoțită de vărsături. Durata accesului: până la 1 minut sau 2–4 minute în formele severe; numărul acceselor în 24 de ore variază de la 8–10 până la 40–50 în formele severe.
- Faciesul în timpul accesului: edemațiat, congestionat, cianotic; ochi injectați, lacrimoși, hemoragii conjunctivale; edem palpebral; limba proiectată în afară; frenul lingual încordat, cu posibile eroziuni sau ulceratii.
- Alte manifestări: epistaxis; hemoragii cutanate (peteșiale) pe față, gât, torace; în plămâni – timpanism, raluri uscate și umede de diverse calibre.
- Apnee: spasmodică (30 secunde – 1 minut), în timpul accesului; sincopală (paralitică) (1–2 minute), independentă de acces, pe fond de moleșeală, hipotonie generală, paloarea tegumentelor, apoi cianoză.
- Posibile: atelectazii, encefalopatie, diaree.

Caseta 5. Forma ușoară

- Frecvența acceselor de tuse nu depășește 10–15 în 24 de ore, accesele fiind de scurtă durată.
- Vome și insuficiență respiratorie absente; stare generală satisfăcătoare, apetit și somn bune.
- Fără modificări pulmonare; analiza generală a sângelui adesea fără modificări. Durata perioadei spasmodice: 4–5 săptămâni; complicații absente.

Caseta 6. Forma medie

- Frecvența acceselor de tuse: 16–25 în 24 de ore; accese prelungite, cu expectorația unui mucus vâscos sau vome, reprize frecvente.
- Stare generală deteriorată: excitabilitate, apetit scăzut, somn neliniștit; cianoză periorală în timpul accesului.
- Facies edemațiat și pleoape păstoase chiar și în afara accesului; raluri uscate și umede. Durata perioadei spasmodice: 5–7 săptămâni.

Caseta 7. Forma severă

- Perioada prodromală se scurtează la 3–5 zile; frecvența acceselor depășește 26–30 în 24 de ore.
- Accese tot mai îndelungate, cu reprize frecvente, vome, apnee și cianoză generală; insuficiență respiratorie manifestă (deregări de ritm, acrocianoză, paloarea tegumentului, inclusiv în afara accesului).

- Copii ușor excitabili, adinamici, pasivi; facies și pleoape edemațiate, epistaxis, hemoragii în scleră, peteșii; posibile eroziuni și ulceratii ale frenului lingual.
- Complicații frecvente: pneumonii, encefalopatie. Durata perioadei spasmodice: 7–8 săptămâni.

C.2.5. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Monitorizarea pacienților cu tuse convulsivă în formele severe.

Monitorizarea continuă	Investigațiile paraclinice
Examen clinic general cu monitorizarea funcțiilor vitale: TA, puls, FR, TRC, temperatura, SpO ₂ ; aprecierea severității bolii (Caseta 2)	ECG (la necesitate), pentru depistarea modificărilor

C.2.6. Criteriile de transportare

Caseta 8. Criteriile de transportare a pacienților cu tuse convulsivă
• Formele severe; formele medii la sugari; prezența complicațiilor. • Copii care locuiesc în cămine sau provin din colectivități închise (centre de plasament, școli-internate, case de copii). • Copii din familii social vulnerabile. NB! În cazurile severe cu insuficiență respiratorie și convulsii – stabilizarea funcțiilor vitale, monitorizare și transportare asistată, cu notificarea prealabilă a instituției medicale specializate. În formele severe la sugari (cu apnee, convulsii, complicații) poate surveni decesul.

C.2.7. Tratamentul stărilor de urgență la etapa de prespital

Caseta 9. Tratamentul stărilor de urgență în formele severe la etapa de prespital
Anticonvulsivante (la necesitate) – Diazepamum, tub rectal 10 mg/2 ml, doza 0,5 mg/kg: • < 4 luni – 0,5 ml. • 4–12 luni – 1,0 ml. • 1–3 ani – 1,25 ml. • 3–5 ani – 1,5 ml. Glucocorticosteroizi: • Prednisolonum 1–2 mg/kg i.m./i.v. sau • Dexamethasonum 0,1 mg/kg i.m./i.v. În apnee: • Eliberarea căilor respiratorii (aspirarea secrețiilor) și respirație asistată. • Oxigen 2–4 l/min.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii AMU	Resurse necesare
Personal	• Medic de urgență • Felcer / asistent medical de urgență
Dispozitive medicale	Conform Normelor minime de dotare a ambulanțelor Serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească, Tip B și Tip C (Anexa nr. 10 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019).
Medicamente	Conform Listei medicamentelor, materialelor de pansament și consumabilelor obligatorii pentru dotarea trusei de asistență medicală urgentă pentru etapa de prespital (Anexa nr. 11 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019): • Soluții perfuzabile • Glucocorticosteroizi (Prednisolonum, Dexamethasonum) • Anticonvulsivante (Diazepamum, rectal) • Oxigen

ANEXA 1. GHIDUL PACIENTULUI CU TUSE CONVULSIVĂ

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul copiilor cu tuse convulsivă în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova.

Despre boală

Tusea convulsivă este o boală contagioasă acută, produsă de coccobacilul *Bordetella pertussis*, caracterizată clinic prin accese paroxistice de tuse spasmodică, precedate de un inspir zgomotos (repriză), afectarea variabilă a stării generale, modificări hematologice caracteristice și risc mare de complicații. Boala se suspectează la un pacient cu subfebrilitate sau afebrilitate și tuse uscată, obsedantă, rebelă la tratament, care după 8–10 zile devine spasmodică, în accese cu reprize și vome, în absența semnelor de intoxicație și catarale.

Întrebări utile despre medicamente

- De ce mi-a fost prescris acest medicament și cum mă va ajuta?
- Care sunt efectele adverse posibile și la ce trebuie să fiu atent(ă)?
- Ce trebuie să fac în caz de efecte adverse (să sun medicul de familie, să apelez 112 sau să merg la secția de urgențe)?
- Cât timp va dura tratamentul și ce se întâmplă dacă refuz medicamentul?

Întrebări utile despre tratament

- Există alte medicamente pentru această boală pe care le-aș putea încerca?
- Se poate modifica doza pe parcursul tratamentului?
- Pot întrerupe tratamentul mai devreme dacă mă simt bine?
- Când trebuie programată următoarea vizită?

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul Clinic Național PCN-158 „Tusea convulsivă”, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
2. Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019 privind normele minime de dotare a ambulanțelor și lista medicamentelor obligatorii pentru etapa prespitalicească.