

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IMSP CENTRUL NAȚIONAL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ
(IMSP CNAMUP)

Aprobat
prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 415 din 30.07.2026
cu privire la aprobarea PCI: „Insuficiența cardiacă cronică și acută”

PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL

INSUFICIENȚA CARDIACĂ CRONICĂ ȘI
ACUTĂ

Chișinău, 2026

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	4
A.1. Diagnosticul.....	4
A.2. Codul bolii (CIM-10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului.....	5
A.6. Data revizuirii următoare.....	5
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborare	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească	7
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	9
C.1. Conduita pacientului cu suspiciune de insuficiență cardiacă acută și cronică	9
C.2. Anamneza	9
C.3. Cauzele și factorii precipitanți	9
C.4 Manifestările clinice.	10
C.5. Investigațiile paraclinice.....	10
C.6. Diagnosticul diferențial	10
C.7. Criteriile de transportare	10
C.8. Tratamentul la etapa de prespital	10
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA	
PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	11
BIBLIOGRAFIE	11

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abrevierea	Termenul complet
AMU	Asistență medicală urgentă
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
DCU	Dispecceratul comun de urgență
UPU	Unitatea de primiri urgențe
IC	Insuficiența cardiacă
ICA	Insuficiența cardiacă acută
ICC	Insuficiența cardiacă cronică
FEVS	Fracția de ejeecție a ventriculului stâng
EPA	Edem pulmonar acut
ȘC	Șoc cardiogen
VS / VD	Ventriculul stâng / ventriculul drept
SCA	Sindrom coronarian acut
IMA	Infarct miocardic acut
FiA	Fibrilație atrială
NYHA	New York Heart Association (clasificarea funcțională)
TA / TAS	Tensiune arterială / tensiune arterială sistolică
FCC / FR	Frecvența contracțiilor cardiace / frecvența respiratorie
SpO₂	Saturația periferică a oxigenului
ECG	Electrocardiograma
VNI / CPAP	Ventilație non-invazivă / presiune pozitivă continuă în căile aeriene
SMC	Suport mecanic circulator
i/v	Intravenos
PCN / PCI	Protocol clinic național / protocol clinic instituțional

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 Protocoalelor Clinice Instituționale (PCI) în cadrul IMSP CNAMUP”, în conformitate cu Protocolul Clinic Național PCN-82 „Insuficiența cardiacă cronică și acută la adult” (ediția V, Chișinău, 2023) 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”..

Protocolul reflectă particularitățile asistenței medicale urgente prespitalicești acordate pacientului adult cu insuficiență cardiacă acută și este destinat uniformizării conduitei de urgență la etapa de prespital: recunoașterea precoce, stabilizarea funcțiilor vitale, inițierea tratamentului de urgență și transportarea rapidă și în siguranță a pacientului la unitatea spitalicească adecvată.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

- Cardiopatie ischemică. SCA cu supradenivelarea segmentului ST (data). ICA Killip IV
- Cardiopatie ischemică. Fibrilație atrială tahisistolică permanentă/persistentă/paroxistică. IC CF NYHA II.
- HTA gradul III. Risc adițional înalt. Urgență hipertensivă cu risc vital (data). IC CF III NYHA

A.2. Codul bolii (CIM-10)

- **I 50.1** Insuficiența ventriculară stângă (inclusiv edemul pulmonar acut cardiogen, astmul cardiac)

A.3. Utilizatorii

- Dispecerii medicali ai Dispeceratului comun de urgență al IMSP CNAMUP;
- Medicii de urgență ai echipelor de asistență medicală urgentă (AMU);
- Felcerii și asistenții medicali de urgență ai echipelor AMU.

A.4. Obiectivele protocolului

- Optimizarea calității asistenței medicale de urgență acordate pacienților cu insuficiență cardiacă acută la etapa de prespital.

A.5. Data elaborării protocolului

2026

A.6. Data revizuirii următoare

În conformitate cu următoarea revizuire a Protocolului Clinic Național PCN-82.

A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborare

Numele, prenumele	Funcția deținută
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
Elena IAZADJI	Medic auditor
Ala RABOVILA	Medic auditor
Eleonora TCACI	Medic auditor
Elena ANTON	Medic auditor
Rita NOUR	Medic auditor

Protocolul a fost discutat și aprobat:

Prenume, nume	Funcția
Serghei Suman	Vicedirector medical

A.8. Definițiile folosite în document

Definiții de bază

Insuficiența cardiacă acută (ICA) – apariția sau modificarea rapidă a semnelor și simptomelor de insuficiență cardiacă, suficient de severe, pentru ca pacientul să solicite asistență medicală urgentă și care conduce, de regulă, la o internare neplanificată în spital. Poate fi prima manifestare a IC (debut nou) sau, mai frecvent, o decompensare acută a IC cronice.

Congestia – acumularea de lichid, ca urmare a creșterii presiunilor de umplere cardiace (dispnee, ortopnee, raluri pulmonare, turgescența jugulară, edeme periferice).

Hipoperfuzia periferică – perfuzie tisulară inadecvată (extremități reci, transpirate, oligurie, confuzie, tegumente marmorate, lactat crescut); nu este sinonimă cu hipotensiunea, dar coexistă frecvent.

Edemul pulmonar acut (EPA) – formă de ICA cu insuficiență respiratorie acută determinată de redistribuirea lichidelor spre plămâni; debut rapid, ortopnee severă, detresă respiratorie.

Șocul cardiogen (ȘC) – hipoperfuzie sistemică amenințătoare de viață, determinată de disfuncție cardiacă severă, cu hipotensiune persistentă (TAS < 90 mmHg) în pofida volemiei adecvate.

Insuficiența cardiacă dreaptă izolată – creșterea presiunii venoase centrale și, frecvent, hipoperfuzie sistemică, prin disfuncția ventriculului drept și/sau hipertensiune pulmonară.

A.9. Informația epidemiologică

Insuficiența cardiacă acută reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze de solicitare a asistenței medicale urgente și de spitalizare neplanificată la pacientul adult. După diagnosticul inițial, pacienții cu IC sunt internați, în medie, o dată pe an. Ratele mortalității la 1 an și 5 ani după diagnostic ating aproximativ 20% și, respectiv, peste 50%. Recunoașterea precoce și tratamentul prompt la etapa de prespital influențează direct prognosticul, mai ales în formele amenințătoare de viață (edem pulmonar acut, șoc cardiogen).

B. PARTEA GENERALĂ**B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească**

Descriere	Motive	Pași
Dispeceri medicali ai DCU al IMSP CNAMUP	Diagnostic – suspectarea unei posibile insuficiențe cardiace acute și cronice	- Dispecerul medical preia fișa de caz medical, prin intermediul SIA 112, în regim de lucru permanent, completată și transmisă de către operatorii 112 și, după caz, preia și legătura de voce cu apelantul. - Dispecerul medical identifică și alocă, în fișa de caz medical, cea mai apropiată (de locul solicitării) și relevantă echipă (conform competențelor) pentru rezolvarea operativă a cazului, utilizând harta interactivă cu resursele IMSP CNAMUP integrate prin sistemul de navigare GPS NAVISAT. - Dispecerul medical alertează imediat echipa AMU conform datelor specifice situației de urgență și transmite echipei AMU informația din SIA 112 care este disponibilă cazului dat: - verbal, prin intermediul SIA formând numărul de telefon GSM al echipei AMU, - obligator transmite notificare prin mesaj text (SMS), - în cazurile excepționale, prin sistemul radio TETRA.
Nivelul AMU – medici de urgență și felceri/asistenți medicali de urgență	Diagnostic – recunoașterea precoce a ICA și a formei clinice	- Evaluare inițială rapidă conform protocolului ABCDE (Caseta 6). - Evaluarea SAMPLE: Anamneza și examenul fizic (Caseta 1); depistarea factorilor precipitanți (Caseta 3). - Evaluarea/reevaluarea semnelor vitale: nivelul de conștiență, FR, FCC, TA. - Investigații paraclinice: ECG în 12 derivații, pulsoximetrie, glicemie (Tabelul 1).
Tratament – asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească	Stabilizarea funcțiilor vitale și ameliorarea simptomelor, fără a întârzia transportul.	- Poziționare șezândă, cu excepția pacientului hipotensiv/în șoc. - Oxygenoterapie dacă $SpO_2 < 95\%$ - Acces intravenos (calibru mare); nu se amână transportul în caz de eșec. - Acordarea AMU în dependență de sindromul clinic predominant. - Edem pulmonar acut cu TAS > 110 mmHg: Nitroglicerinum (sublingual/i.v.) + Furosemidum i.v. (Caseta 6, Tabelele 2–3). - Șoc cardiogen: nu se administrează diuretice/vasodilatatoare; suport hemodinamic, agenți inotropi/vasopresori și transport urgent (Tabelul 3). - Tratarea factorului precipitant amenințător de viață (aritmie, SCA).
Luarea deciziei și transportarea	„în ICA, evitarea întârzierilor este	Evaluarea criteriilor de transportare (Caseta 5).

Descriere	Motive	Pași
	obiectivul principal al fazei prespitalicești.	● Transportarea rapidă la cea mai apropiată unitate spitalicească cu posibilități de terapie intensivă / cardiologie, conform principiului teritorial. ● În SCA cu ICA – transport prioritar la o unitate cu posibilitate de revascularizare (angioplastie coronariană). ● Notificarea prealabilă a spitalului (pre-alertă la UPU) pentru mobilizarea resurselor și pregătirea echipei. ● Conținutul minim al notificării: vârsta și sexul pacientului; suspiciunea de ICA / forma clinică; TA, FCC, SpO₂; ora estimată de sosire.
Transportarea în staționar	Continuitatea asistenței medicale și predarea în siguranță a pacientului.	● Monitorizarea continuă a funcțiilor vitale pe durata transportului (se notează în fișa de solicitare). ● Menținerea poziției și a oxigenoterapiei. ● Transport prioritar, cu semnalizare acustică și vizuală, în formele amenințătoare de viață.

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. Conduita pacientului cu suspiciune de insuficiență cardiacă acută

Algoritmul general de conduită la etapa de prespital

Evaluare inițială rapidă → protocolul ABCDE → evaluarea semnelor vitale (nivelul de conștiență, FR, FCC, TA, temperatură → ECG, pulsoximetrie, glicemie → stabilizarea funcțiilor vitale și tratamentul de urgență în funcție de forma clinică → transportarea asistată la unitatea spitalicească, cu notificare prealabilă.

C.2. Anamneza

Caseta 1. Anamneza

Acuze:

- Dispnee de repaus sau la efort minim, agravată în decubit (ortopnee), dispnee paroxistică nocturnă.
- Sufocare, tuse cu expectorație spumoasă (uneori rozată) – sugestivă pentru edem pulmonar acut.
- Fatigabilitate, edeme gambiere, creștere ponderală recentă, distensie abdominală.
- Palpitații, durere toracică, sincopă/presincopă, confuzie.

Depistarea factorilor de risc și a patologiei cardiace preexistente: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică / infarct miocardic în antecedente, valvulopatii, fibrilație atrială, diabet zaharat, boală cronică renală, IC cronică cunoscută.

NB!

ICA trebuie suspectată la orice pacient cu dispnee acută/gravată, ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă, sufocare sau semne de hipoperfuzie.

Se precizează momentul debutului/agravării simptomelor, medicația curentă (inclusiv aderența la diuretice și la restricția de sare/lichide) și factorul precipitant probabil (Caseta 3).

C.3. Cauzele și factorii precipitanți

Caseta 2. Cauze și factori precipitanți ai insuficienței cardiace acute

Sindromul coronarian acut (cauză frecventă, necesită recunoaștere prioritară).

Tahiaritmii (tahicardie ventriculară, fibrilație/flutter atrial) sau bradiaritmii severe.

Urgența/emergența hipertensivă.

Infecții (pneumonie, endocardită infecțioasă, septicemie).

Non-aderența la tratament sau la regimul de consum de lichide și sare.

Embolismul pulmonar.

Exacerbarea bronhopneumopatiei cronice obstructive.

Consumul de alcool și droguri; medicamente (AINS, corticosteroizi, inotrop-negative).

Tulburări metabolice/hormonale (disfuncție tiroidiană, cetoacidoză diabetică), anemie severă.

Complicații mecanice acute (ruptura de miocard, insuficiență valvulară acută, disecție de aortă).

C.4. Manifestările clinice

Caseta 3. Semne și simptome clinice

Manifestările clinice ale ICA se bazează pe prezența semnelor de congestie și/sau hipoperfuzie periferică. Se descriu patru forme clinice principale:

- **IC acută decompensată** – forma cea mai frecventă; debut treptat (zile); congestie sistemică și/sau pulmonară; TA normală spre scăzută; tegumente umede și calde sau umede și reci.
- **Edem pulmonar acut** – debut rapid (ore); detresă respiratorie severă, ortopnee, raluri crepitante difuze, SpO₂ scăzută; TA frecvent normală spre crescută; tegumente umede și calde.
- **IC dreaptă izolată** – turgescență jugulară, hepatomegalie, edeme, congestie periferică; debit cardiac scăzut; TA scăzută; tegumente umede și reci.
- **Șoc cardiogen** – hipoperfuzie sistemică severă: hipotensiune (TAS < 90 mmHg), extremități reci, oligurie, alterarea conștienței, tegumente marmorate.

C.5. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la etapa de prespital

Monitorizarea continuă	Investigațiile paraclinice
Funcțiile vitale: starea de conștiență, TA, FCC, FR, temperatura, SpO ₂ ; reevaluarea cardiopulmonară periodică	ECG în 12 derivații, pulsoximetria, glicemia

C.6. Diagnosticul diferențial

Caseta 4. Diagnosticul diferențial al dispneei acute

- Bronhopneumopatia cronică obstructivă / astmul bronșic în exacerbare.
- Pneumonia și alte infecții respiratorii.
- Embolismul pulmonar.
- Pneumotoraxul spontan.
- Sindromul coronarian acut (poate coexista cu ICA).
- Tamponada cardiacă.
- Criza hipertensivă fără congestie pulmonară.
- Cauze non-cardiace de edeme și dispnee (insuficiența renală, hepatică, anemia severă, cauze psihogene).

C.7. Criteriile de transportare

Caseta 5. Criteriile de transportare

NB! Toți pacienții cu insuficiență cardiacă acută se transportă de urgență la cea mai apropiată unitate spitalicească cu posibilități de terapie intensivă / cardiologie.

- Formele amenințătoare de viață (edem pulmonar acut, șoc cardiogen, aritmii maligne) se transportă cu prioritate maximă, cu monitorizare și suport continuu.

- În ICA asociată sindromului coronarian acut – transport prioritar la o unitate aptă de revascularizare (angioplastie coronariană primară), cu pre-alertă.
- Transportul se efectuează în poziția tolerată de pacient (de regulă semișezândă), oxigenoterapie și monitorizare.
- Notificarea prealabilă a spitalului este obligatorie pentru pregătirea echipei la sosire.

NB! Pacientul nu este transportat doar în caz de refuz documentat al pacientului și/sau al reprezentanților legali.

C.8. Tratatamentul la etapa de prespital

Caseta 6. Tratatamentul insuficienței cardiace acute la etapa de prespital

Măsurile generale (toate formele):

- Asigurarea permeabilității căilor aeriene; ABCDE.
- Poziționare șezândă cu picioarele atârând (reduce presarcina) – cu excepția pacientului hipotensiv/în șoc.
- Oxigenoterapie dacă $SpO_2 < 95\%$
- Ventilație non-invazivă (CPAP/BiPAP) în detresa respiratorie ($FR > 25/\text{min}$, $SpO_2 < 90\%$), inițiată cât mai precoce, dacă dotarea permite.
- Acces intravenos; monitorizare continuă ECG, SpO_2 , TA, FCC, FR.

Edem pulmonar acut / IC decompensată congestivă:

- **Nitroglicerinum** – dacă TAS $> 110 \text{ mmHg}$: sublingual 0,4 /0.5 mg (repetabil la 5 minute, maximum 3 pastile (pufuri)) sau i.v. 10–20 $\mu\text{g}/\text{min}$, cu titrare (Tabelul 2). Contraindicat dacă TAS $< 90 \text{ mmHg}$, în infarctul de ventricul drept, stenoza aortică severă sau utilizarea recentă de inhibitori de fosfodiesterază (viagra).
- **Furosemidum** – i.v. în bolus 20–40 mg. La necesitate, doza poate fi mărită (maximum - 1 mg/kg). (Tabelul 3).

Șoc cardiogen / hipoperfuzie:

- Nu se administrează diuretice și vasodilatatoare; se evită scăderea TA.
- **Agenti inotropi/vasopresori** (Dobutaminum, Dopaminum, Norepinefrinum) (Tabelul 3); transport urgent.

De evitat:

- Opioid de rutină (doar în durere/anxietate severă, selectiv); sedative (cu excepția indicațiilor stricte); administrarea excesivă de lichide.

Tratarea factorului precipitant amenințător de viață (aritmie, SCA) conform protocoalelor de urgență corespunzătoare.

Tabelul 2. Vasodilatatoarele intravenoase utilizate în insuficiența cardiacă acută

Vasodilatator	Doza	Reacții adverse	Observații
Nitroglicerinum	Inițial 10–20 $\mu\text{g}/\text{min}$ i.v., (sublingual 0,4 mg, repetabil la 5 min)	Hipotensiune arterială, cefalee	Toleranță la administrare continuă

Tabelul 3. Diureticul și medicația inotrop-pozitivă / vasopresoare la etapa de prespital

Medicamentul	Bolus	Rata de perfuzie i.v.
Furosemidum	20–40 mg i.v. (sau $\geq$ doza orală zilnică la pacientul cronic pe diuretic)	La necesitate, în funcție de răspunsul diuretic
Dobutaminum	Nu	2–10 $\mu\text{g/kg/min}$ ($\beta+$)
Dopaminum	Nu	3–5 $\mu\text{g/kg/min}$: inotrop ($\beta+$); $> 5 \mu\text{g/kg/min}$: vasopresor ($\alpha+$)
Norepinefrinum	Nu	0,2–1 $\mu\text{g/kg/min}$ (vasopresor de elecție în șocul cardiogen)
Epinefrinum	1 mg i.v. în resuscitare, repetabil la 3–5 min	0,05–0,5 $\mu\text{g/kg/min}$

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii AMU	Resurse necesare
D.1. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de Asistență Medicală Urgentă	Personal medici • Medicii de urgență • Felcerii și asistenții medicali de urgență ai echipelor AMU Dispozitive medicale • Autosanitară de tip B/C dotată conform Anexei nr. 10 la Ordinul MSMPS nr. 430 din 03.04.2019. Medicamente (conform Anexei nr. 11 la Ordinul MSMPS nr. 430 din 03.04.2019) • Sol. Nitroglycerinum (i.v. / comprimate/spray sublingual), • Sol. Furosemidum. • Sol. Dobutaminum, Sol. Dopaminum, Sol. Norepinefrinum, Sol. Epinefrinum. • Ser fiziologic • oxigen

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul Clinic Național PCN-82 „Insuficiența cardiacă cronică și acută la adult”, ediția V. Chișinău, 2023.
2. Ordinul MSMPS nr. 430 din 03.04.2019
3. Ordinele interne ale IMSP CNAMUP privind organizarea asistenței medicale urgente prespitalicești.