

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 Ulcerul gastroduodenal perforat la adult

PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL

ULCERUL GASTRODUODENAL
PERFORAT LA ADULT

Chișinău, 2026

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ.....	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	3
A.1. Diagnosticul.....	3
A.2. Codul bolii (CIM-10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului.....	4
A.6. Data revizuirii următoare.....	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborare	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	4
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească	6
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	8
C.1. Conduita pacientului cu UGDP la etapa de prespital	8
C.2. Anamneza și factorii de risc	8
C.3. Acuzele și simptomatologia.....	8
C.4. Examenul obiectiv	8
C.5. Fazele evolutive	9
C.6. Criteriile de spitalizare și de transportare	9
C.7. Conduita de urgență la etapa de prespital	9
C.8. Gesturi și manopere de evitat	9
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	9
ANEXA 1. Diagnosticul diferențial al abdomenului acut la prespital	10
BIBLIOGRAFIE	11

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abrevierea	Termenul complet
AMU / AMUP	Asistență medicală urgentă (prespitalicească)
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
DCU	Dispecceratul comun de urgență
UGDP	Ulcerul gastroduodenal perforat
UGD / BU	Ulcerul gastroduodenal / boala ulceroasă
UPU / DMU	Unitatea de primiri urgențe / Departamentul de medicină urgentă
TI / ATI	Terapie intensivă / anestezie și terapie intensivă
ABCDE	Airway – Breathing – Circulation – Disability – Exposure
AINS	Antiinflamatoare non-steroidiene
IPP	Inhibitorii pompei protonice
H. pylori	Helicobacter pylori
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic
FCC / FR	Frecvența contracțiilor cardiace / frecvența respiratorie
TA	Tensiune arterială
SpO ₂ / SaO ₂	Saturația periferică a oxigenului / puls-oximetria
ECG	Electrocardiografia
SNG	Sonda nazogastrică
i/v · i/m	Intravenos · intramuscular
CIM-10	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a
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 „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II (PCN-333), aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 965 din 04.12.2024, 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 suspecție de ulcer gastroduodenal perforat. Ulcerul gastroduodenal perforat este o complicație acută și foarte gravă a bolii ulceroase, o urgență medico-chirurgicală care necesită diagnostic precoce și transport rapid la o unitate spitalicească cu secție de chirurgie. Protocolul este destinat uniformizării conduitei la etapa de prespital: recunoașterea abdomenului acut și a semnelor de perforație, stabilizarea funcțiilor vitale (ABCDE), recunoașterea și tratarea șocului, și transportarea de urgență, cu consult chirurgical, fără a întârzia intervenția operatorie.

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

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

- Ulcer duodenal cronic (sau nespecificat) cu perforație.
- Ulcer gastroduodenal cu perforație; peritonită generalizată; șoc.

A.2. Codul bolii (CIM-10)

- **K25.5** Ulcer gastric cronic cu perforație
- **K26.5** Ulcer duodenal cronic cu perforație

A.3. Utilizatorii

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

Notă: Protocolul poate fi utilizat drept referință și de către alți prestatori care acordă primul ajutor medical calificat până la preluarea pacientului de către echipa AMU.

A.4. Obiectivele protocolului

- Recunoașterea precoce a suspjecției de ulcer gastroduodenal perforat (abdomen acut) la etapa de prespital.
- Stabilizarea funcțiilor vitale (ABCDE) și recunoașterea și tratarea șocului la pacientul critic.
- Aplicarea tratamentului simptomatic doar în măsura stabilizării, fără a întârzia spitalizarea.
- Transportarea medicală asistată, de urgență, la unitatea spitalicească cu secție de chirurgie, cu consult chirurgical.
- Reducerea ratei de complicații și a mortalității prin diagnostic și transport precoce.

A.5. Data elaborării protocolului

2026

A.6. Data revizuirii următoare

În conformitate cu următoarea revizuire a Protocolului Clinic Național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult” (revizuire prevăzută 2029).

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**

Ulcerul gastroduodenal perforat (UGDP) – complicație acută și gravă a bolii ulceroase, constând în perforarea peretelui gastric sau duodenal cu revărsarea conținutului în cavitatea peritoneală; urgență medico-chirurgicală.

Peritonita – inflamația peritoneului cauzată de contaminarea chimică (conținut gastric acid), apoi bacteriană; se manifestă prin „abdomen de lemn” (contractură musculară difuză).

„Lovitura de pumnal” (semnul Dieulafoy) – durere epigastrică bruscă, severă, cu debut precis în timp, caracteristică perforației.

Pneumoperitoneu – prezența de aer liber în cavitatea peritoneală, semn radiologic al perforației organului cavitat (confirmare spitalicească).

Șoc / SIRS – stare de hipoperfuzie tisulară / sindrom de răspuns inflamator sistemic, care pot însoți perforația cu peritonită și sepsis.

A.9. Informația epidemiologică

Ulcerul gastroduodenal perforat este cea mai gravă complicație a bolii ulceroase, cu o mortalitate care rămâne semnificativă, în special la pacienții vârstnici, cu adresare tardivă și cu comorbidități. Întârzierea intervenției chirurgicale cu mai mult de 12–24 ore după debutul bolii este asociată cu un prognostic nefavorabil.

Doar aproximativ o treime dintre pacienți au antecedente ulceroase cunoscute la momentul perforației. Prezentarea clasică („lovitura de pumnal”, abdomenul de lemn) se observă mai rar decât în trecut; la vârstnici, la pacienții care consumă AINS, la diabetici și la imunocompromiși manifestările pot fi șterse sau atipice, ceea ce impune un grad ridicat de suspiciune la etapa de prespital.

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

Descriere	Motive	Pași
Nivelul DCU	Diagnostic – suspectarea unui abdomen acut / ulcer perforat	- 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 – suspectarea UGDP pe baza anamnezei și examenului obiectiv	- Evaluare rapidă ABCDE; evaluarea factorilor de risc (Caseta 1) și a stării generale a pacientului. - Anamneza și acuzele (Caseta 1, Caseta 2); examenul obiectiv al abdomenului (Caseta 3) — abdomen de lemn, semnul Blumberg, poziție forțată. - Recunoașterea fazei evolutive (șoc / pseudoameliorare / peritonită tardivă) (Caseta 4). - Monitorizarea: conștiență, FR, FCC, TA, SpO₂, temperatura; ECG, pulsoximetrie, glucometrie. - Diagnosticul diferențial al abdomenului acut (Anexa 1); aprecierea gravității (șoc, sepsis).
Tratament – asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească	Tratamentul simptomatic se efectuează doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale și nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.	- Stabilizare conform ABCDE; oxigenoterapie (Caseta 6). - Acces vascular; compensare volemică (Sol. Natrii chloridum 0,9% – 400 ml, repetabil) la pacientul critic; medicație inotropă pozitivă la necesitate. - Poziție antalgică; - Monitorizarea continuă a funcțiilor vitale pe durata intervenției și a transportului. - Evitarea gesturilor care întârzie transportul sau maschează tabloul clinic (Caseta 7).

Descriere	Motive	Pași
Transportarea în staționar	Continuitatea asistenței și predarea în siguranță a pacientului.	• Toți pacienții cu suspecție de UGDP necesită transport medical asistat. Notificarea prealabilă a spitalului (UPU/DMU și chirurgie). • Transportarea pe brancardă, cu monitorizarea continuă a funcțiilor vitale (se notează în fișa de solicitare). • Menținerea oxigenoterapiei, a accesului venos și a perfuziei; pregătirea pentru resuscitare. • Predarea structurată a pacientului (debut, evoluție, tratamentul administrat, funcțiile vitale) către echipa UPU/DMU și chirurg.

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. Conduita pacientului cu UGDP la etapa de prespital

Algoritmul general de conduită la etapa de prespital

Suspectarea abdomenului acut (durere bruscă severă) → evaluare rapidă ABCDE → oxigenoterapie → acces vascular și compensare volemică în șoc → anamneză și examen obiectiv al abdomenului (abdomen de lemn, semne peritoneale) → recunoașterea fazei evolutive și a șocului → tratament simptomatic doar pentru stabilizare, nimic per os → evitarea gesturilor care întârzie transportul → transportare medicală asistată, de urgență, la spitalul cu secție de chirurgie, cu consult chirurgical și notificare prealabilă.

C.2. Anamneza și factorii de risc

Caseta 1. Anamneza și factorii de risc

Detectarea promptă a perforației necesită un grad ridicat de suspiciune. De precizat:

- Modul și momentul debutului durerii (debut brusc, precis în timp — pacientul poate indica ora).
- Antecedente ulceroase / boală ulceroasă cunoscută; caracterul inadecvat al tratamentului antiulceros.
- Consumul de AINS, de alcool, tabagismul; hemoragii digestive sau operații anterioare; investigații recente.

Factori de risc: sexul masculin, vârsta înaintată, anamneza ulceroasă, infecția cu *H. pylori*, consumul de AINS, alcool, tabagism, narcomania, ereditatea, sepsisul, arsurile întinse, traumatismele cranio-cerebrale, sindromul Zollinger-Ellison, ciroza hepatică.

C.3. Acuzele și simptomatologia

Caseta 2. Acuzele și simptomatologia

Durerea „lovitură de pumnal” (semnul Dieulafoy): durere epigastrică bruscă și severă, provocată de scurgerea conținutului gastric acid în cavitatea abdominală, care atinge rapid intensitatea de vârf și rămâne constantă.

Iradierea (semnul Eleker): durere iradiată în umărul/omoplatul drept sau în claviculă, prin iritarea diafragmei de către conținutul acumulat subfrenic.

- Debutul poate fi foarte acut, cu eliberare de catecolamine → stare de șoc, colaps, uneori pierderea cunoștinței.
- Voma nu este caracteristică fazelor inițiale; vomelile frecvente ulterioare pot sugera peritonita bacteriană generalizată.

NB! La vârstnici, la consumatorii de AINS, la diabetici și la imunocompromiși tabloul poate fi șters sau atipic — se menține un grad ridicat de suspiciune.

C.4. Examenul obiectiv

Caseta 3. Examenul obiectiv al abdomenului

„Abdomenul de lemn”: contractură musculară difuză, constantă, răspândită pe toată suprafața abdomenului — semnul clasic al UGDP.

Triada lui Mondor: durere abdominală + contractură musculară + antecedente ulcerose.

- Semne de iritație peritoneală: semnul Blumberg (durere la decompresiunea bruscă), semnul tusei, semnul „clopoțelului” (durere la percuție).
- Poziție forțată (culcat pe spate sau în decubit lateral drept cu membrele flectate — „poziție fetală”); pacientul evită mișcarea.
- „Fața lui Hipocrate”: față palidă/surie, transpirații reci, trăsături ascuțite, orbite înfundate (peritonită avansată).
- Respirație superficială, costală; abdomenul nu participă la respirație; peristaltism diminuat/absent.
- Dispariția matității hepatice la percuție (pneumoperitoneu); posibil matitate deplasabilă (revărsat).

NB! Defansul muscular poate fi slab la obezi, la vârstnici, la pacienții în șoc și la cei cu toxemie — absența „abdomenului de lemn” nu exclude perforația.

C.5. Fazele evolutive

Caseta 4. Fazele evolutive ale UGDP

Perioada de șoc (0–6 ore): durere severă epigastrică sau generalizată, hipotensiune, puls slab și bradicardic („vagal”), temperatură subnormală, extremități reci, abdomen imobil cu contractură severă.

Perioada intermediară (de pseudoameliorare, 6–12 ore): ameliorarea aparentă a durerii prin diluarea conținutului gastric — capcană diagnostică; abdomenul rămâne dureros.

Perioada tardivă (peritonită bacteriană, >12–24 ore): agravare progresivă — puls slab și accelerat, hipotensiune, respirație accelerată superficială, febră, abdomen balonat, dispariția peristaltismului, semne de șoc septic și anurie.

C.6. Criteriile de spitalizare și de transportare

Caseta 5. Criteriile de transportare

NB! La orice suspecție de UGDP este indicată internarea în regim de urgență în secție de chirurgie. Suspectarea UGDP este indicație absolută pentru spitalizare — transport medical asistat, obligatoriu.

- Toți pacienții cu suspecție de UGDP necesită transport medical asistat cu monitorizare (ECG, pulsoximetrie, glucometrie, puls, TA, temperatură).
- Transportare de urgență la IMSP care deservește urgențele chirurgicale, cu consultul obligator al medicului chirurg.

C.7. Conduita de urgență la etapa de prespital

Caseta 6. Conduita terapeutică la etapa de prespital (ABCDE)

A – căi aeriene: asigurarea permeabilității căilor aeriene; poziție de siguranță la pacientul cu conștiință alterată.

B – respirație: oxigenoterapie; suport ventilator la necesitate.

C – circulație: recunoașterea șocului; acces vascular; compensare volemică cu Sol. Natrii chloridum 0,9% – 400 ml (repetabil); medicație inotropă pozitivă la necesitate; monitorizare ECG.

D – neurologic: aprecierea conștiinței (Glasgow/AVPU); determinarea glicemiei.

E – expunere: examinarea abdomenului; termometrizare; prevenirea hipotermiei.

Măsurile asociate:

- Nimic per os (dieta zero); sonda nazogastrică cu aspirație la necesitate (decompresie gastrică).
- Poziție antalgică; analgezie cu prudență, care să nu mascheze evoluția și să nu întârzie transportul.
- Transport medical asistat, prioritar, la spitalul cu secție de chirurgie.

C.8. Gesturi și manopere de evitat

Caseta 7. Gesturi și manopere inutile sau dăunătoare — NU se efectuează

- **NU** se întârzie transportul pentru investigații sau manevre neesențiale — suspiciunea de UGDP impune transport imediat la chirurgie.
- **NU** se administrează alimente sau lichide per os (dieta zero); risc de agravare a contaminării și de aspirație.
- **NU** se administrează purgative, clisme sau termofoare/comprese calde pe abdomen.
- **NU** se administrează analgezice puternice care maschează complet tabloul înainte de evaluarea chirurgicală (analgezie doar cu prudență, documentată).
- **NU** se neglijează recunoașterea și tratarea șocului în perioada de „pseudoameliorare” — ameliorarea durerii este înșelătoare.
- **NU** se consideră tratamentul simptomatic un substitut al spitalizării — el nu trebuie să influențeze promptitudinea transportului.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii AMU	Resurse necesare
Echipa AMU:	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 Anexei nr. 11 la Ordinul MSMPS nr. 430 din 03.04.2019) • Sol. Natrii chloridum 0,9% și alte soluții pentru compensarea volemică; oxigen medicinal. • medicație inotropă/vasopresoare pentru suportul hemodinamic în șoc.

ANEXA 1. Diagnosticul diferențial al abdomenului acut la prespital

La etapa de prespital, durerea abdominală acută severă impune diferențierea orientativă de alte urgențe; decizia comună este transportul de urgență:

Afecțiune	Elemente sugestive	Orientare
Ulcer gastroduodenal perforat	Debut brusc „lovitură de pumnal”, abdomen de lemn, antecedente ulcerose / AINS, dispariția matității hepatice	Transport de urgență la chirurgie
Pancreatita acută	Durere epigastrică „în bară”, iradiere dorsală, vărsături, consum de alcool	Transport; evaluare spitalicească
Colecistita / colica biliară	Durere în hipocondrul drept, semnul Murphy, febră	Transport; evaluare chirurgicală
Ocluzia intestinală	Durere colicativă, distensie, oprirea tranzitului, vărsături	Transport de urgență la chirurgie
Infarct miocardic (forma abdominală)	Durere epigastrică, factori de risc cardiac; ECG modificat	ECG obligatoriu; conduită cardiacă
Anevrism aortic rupt / ischemie mezenterică	Durere severă disproporționată, șoc, factori vasculari	Transport prioritar; resuscitare

Notă: la etapa de prespital, ECG este obligatoriu la orice durere epigastrică pentru a exclude forma abdominală a infarctului miocardic; confirmarea perforației (pneumoperitoneu, radiografie, CT) se face la spital.

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul Clinic Național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II (PCN-333), aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 965 din 04.12.2024.
2. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 privind instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea Protocoalelor Clinice Instituționale.
3. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 101 din 19.02.2026 privind implementarea Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate.
4. Ordinul MSMPs al Republicii Moldova nr. 430 din 03.04.2019 privind normele minime de dotare a ambulanțelor și lista medicamentelor obligatorii pentru etapa prespitalicească.
5. Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a (CIM-10)