

*Aprobat  
prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 358 din 24.06.2026  
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Instituțional „Peritonita acută la adult”*

# **PERITONITA ACUTĂ LA ADULT**

## **Protocol Clinic Instituțional**

**Chișinău, 2026**

---

## CUPRINS

- SUMARUL RECOMANDĂRILOR
- ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT
- PREFERINȚĂ
- **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**
  - A.1. Diagnosticul
  - A.2. Codul bolii (CIM-10)
  - A.3. Utilizatorii
  - A.4. Obiectivele protocolului
  - A.5. Data elaborării protocolului
  - A.6. Data revizuirii protocolului
  - A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului
  - A.8. Definițiile folosite în document
  - A.9. Informația epidemiologică
- **B. PARTEA GENERALĂ**
  - B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească
- **C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR**
  - C.1. Conduita pacientului cu PA
    - C.1.1. Tabloul clinic al PA
    - C.1.2. Examinări paraclinice în PA
    - C.1.3. Diagnosticul pozitiv al PA
    - C.1.4. Diagnosticul diferențial
    - C.1.5. Criteriile de transportare
- **D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE**
- Anexa 1. Ghidul pacientului cu peritonită acută
- Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii
- BIBLIOGRAFIE

---

## SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Peritonita este definită ca inflamația seroasei peritoneale în întregime (peritonită generalizată sau difuză) sau numai a unei părți a peritoneului (peritonită localizată sau abces intraperitoneal), ca urmare a agresiunii septice cauzate de diferiți agenți etiologici: infecțioși, chimici, traumatici sau prezența de corpi străini. Mortalitatea raportată în această patologie este cuprinsă între 13% și 43%, iar prognosticul și evoluția depind de interacțiunea complexă a mai multor factori, legați de pacient, de boală, de intervenția efectuată și de patologii cronice asociate.
- Peritonita secundară este consecința unei agresiuni chimice sau a unei contaminări cauzate de perforația unui viscer cavităar (peritonita prin perforație) sau de difuzia agenților septici dintr-

un focar infecțios al unui organ intraabdominal (peritonita prin difuziune). Constituie peste 90% din totalul peritonitelor și este, în majoritatea cazurilor, polimicrobiană.

- Peritonita terțiară este întâlnită mai frecvent la pacienții cu imunosupresie, la care mecanismele de apărare peritoneală nu înlătură efectiv și nu sechestrează infecția peritoneală microbiană secundară inițială.
- Procesul inflamator peritoneal parcurge trei stadii evolutive: 1) stadiul de reacție peritoneală (edem masiv al peritoneului, acumulare de lichid în cavitatea peritoneală și diminuarea peristaltismului intestinal); 2) stadiul de secreție peritoneală (aparitia exsudatului inflamator, care ulterior poate deveni purulent); 3) stadiul de ocluzie mecano-inflamatorie (aglutinarea anselor intestinale, formarea abceselor și dezvoltarea ileusului paralytic).
- Principalele manifestări ale peritonitei includ: durerea (violentă, brutală, uneori cu caracter sincopal, generalizată de la început sau imediat după debut, cu sediul inițial și intensitatea maximă la nivelul proiecției viscerului lezat, intensificată în timpul respirației și tusei, obligând bolnavul să ia o poziție antalgică, caracterul ei variind în funcție de viscerul afectat și de terenul bolnavului); voma (inițial reflexă, ulterior alimentară, apoi bilioasă și, în final, poracee); oprirea tranzitului intestinal; sughitul.
- Diagnosticul pozitiv al peritonitei acute se bazează pe anamneză (cel mai important criteriu fiind durerea violentă, cu debut brusc și generalizare rapidă) și pe examenul obiectiv (cel mai important criteriu fiind contractura sau apărarea musculară, localizată sau generalizată).
- **În cazul suspexției de peritonită acută este indicată spitalizarea în regim de urgență într-o secție chirurgicală, unde sunt asigurate condițiile necesare pentru asistență medicală de urgență adecvată.**

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abreviere	Semnificație
AMU	Asistența medicală urgentă
AMUP	Asistența medicală urgentă prespitalicească
ECG	Electrocardiografie
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
MODS	Sindromul insuficienței multiple de organ (engl. <i>Multiple Organ Dysfunction Syndrome</i> )
O	Obligatori
PA	Peritonita acută
PCI	Protocol Clinic Instituțional
PCN	Protocol Clinic Național
R	Recomandabil
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic (engl. <i>Systemic Inflammatory Response Syndrome</i> )
SpO <sub>2</sub>	Puls-oximetria (saturația periferică în oxigen)
TA	Tensiunea arterială

**TGI** Tractul gastrointestinal

---

## PREFAȚĂ

Prezentul PCI a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul nr. 268 din 27.04.2026, în baza Protocolului Clinic Național PCN-396 „Peritonita acută la adult” și în conformitate cu Ordinul nr. 101 din 19.02.2026 privind Metodologia de elaborare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP.

Protocolul reglementează conduita personalului medical al echipelor de asistență medicală urgentă prespitalicească (medici de urgență, felceri și asistenți medicali) la etapa prespitalicească, în cazul suspiciunii de peritonită acută la pacienții adulți.

---

## A. PARTEA INTRODUCIVĂ

### A.1. Diagnosticul

**Peritonita acută (PA).**

### A.2. Codul bolii (CIM-10)

**K65** — Peritonită.

### A.3. Utilizatorii

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

### A.4. Obiectivele protocolului

- Optimizarea calității asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească în caz de peritonită acută la adult.
- Standardizarea conduitei diagnostice și terapeutice a echipelor AMUP în suspiciunea de PA.
- Reducerea timpului de la debut până la transportarea în instituția chirurgicală.
- Prevenirea complicațiilor prin intervenție precoce și corectă.

### A.5. Data elaborării protocolului

### A.6. Data revizuirii protocolului

În conformitate cu următoarea revizuire a PCN-396 „Peritonita acută la adult”.

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

Nume, prenume	Funcția deținută, instituția
Serghei Suman	Vicedirector medical

Diana Caraștefan	Șef DCTM
Elena Iazadji	Medic-auditor
Ala Rabovila	Medic-auditor
Eleonora Tcaci	Medic-auditor
Elena Anton	Medic-auditor
Rita Nour	Medic-auditor
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

*Protocolul a fost examinat și aprobat de:*

Nume, prenume	Funcția
Serghei Suman	Vicedirector medical

#### A.8. Definițiile folosite în document

**Peritonita** — inflamația seroasei peritoneale în întregime (**peritonită generalizată** sau **difuză**) sau numai a unei părți a peritoneului (**peritonită localizată** sau **abces intraperitoneal**), ca urmare a agresiunii septice cauzate de diferiți agenți etiologici: infecțioși (bacterii, fungi), chimici (suc gastric, bilă etc.), traumatici sau prezența de corpi străini.

**Peritonita primară (primitivă)** — inflamația difuză a peritoneului, în care leziunea apare primar în mezoteliul peritoneal, în absența unei patologii acute sau a perforației organelor abdominale (frecvent sursa bacteriană este extraperitoneală, iar contaminarea apare pe cale hematogenă sau limfatică); adesea monomicrobiană.

**Peritonita secundară** (cea mai frecventă formă) — infecția peritoneală cu sursă intraabdominală, apărută ca rezultat al progresării unei patologii abdominale acute (peritonita posttranslocție microbiană) sau prin perforația unui viscer cavităar (peritonita perforativă); de obicei polimicrobiană.

**Peritonita terțiară** — peritonită difuză și persistentă, apărută în condițiile antibioticoterapiei contemporane, dezvoltată consecutiv tratamentului realizat pentru o peritonită secundară (reprezintă fie un eșec al răspunsului inflamator al gazdei, fie o consecință a suprainfectării). Este o formă atipică a infecției generalizate (septicemiei), cu atenuarea procesului inflamator peritoneal și accentuarea insuficienței multiple de organe.

**Abcesul intraperitoneal (peritonita localizată)** — infecție peritoneală supurativă localizată, delimitată de cavitatea peritoneală de o capsulă piogenă.

**Sepsisul** — infecția sistemică (cu origine într-un focar septic), cu sau fără culturi sanguine pozitive.

**Șocul septic** — sepsisul însoțit fie de debit cardiac (DC) crescut și rezistență vasculară sistemică scăzută (fără hiperdinamică), fie de DC scăzut (faza hipodinamică).

**Sindromul insuficienței multiple de organ (MODS)** — sindrom clinic caracterizat prin dezvoltarea progresivă și potențial ireversibilă a disfuncției fiziologice în două sau mai multe organe ori sisteme de organe, indus de o varietate de procese patologice acute, inclusiv sepsisul.

**Șocul peritonitic** — formă de șoc complex care include, în proporții variate (în funcție de numărul și virulența germenilor și de capacitatea mijloacelor de apărare locale și generale ale organismului), cel puțin trei verigi fiziopatologice: șocul hipovolemic, șocul toxico-septic și insuficiența respiratorie acută.

### A.9. Informația epidemiologică

Peritonita rămâne o afecțiune severă, în ciuda îmbunătățirii semnificative a conduitei și tratamentului. În prezent reprezintă a treia cea mai frecventă cauză a sepsisului și a doua cea mai frecventă cauză a mortalității în terapie intensivă. Conform unor autori, peritonita acută generalizată afectează aproximativ 9,3 pacienți la 1000 de internări în spital. Deși reprezintă una dintre cele mai majore urgențe chirurgicale la nivel global, afectează în diferită măsură țările cu venituri mici și medii. Prognosticul și evoluția depind de interacțiunea complexă a mai multor factori, legați de pacient, de maladie, de intervenția efectuată și de patologiiile cronice asociate.

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<b>1. Diagnosticul PA</b> Suspectarea diagnosticului de PA.	Acuzele, anamneza și examenul obiectiv permit suspectarea peritonitei acute.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acuzele și anamneza (<i>caseta 2, 3</i>).</li> <li>Examenul obiectiv (<i>caseta 4</i>).</li> <li>Diagnosticul diferențial (<i>caseta 6</i>).</li> </ul> <p>În caz de suspecție a PA este obligatorie transportarea pacientului către IMSP care are posibilități de a acorda asistență chirurgicală specializată (<i>caseta 7</i>).</p>
<b>2. Decizia</b> Transportarea în IMSP care recepționează urgențele chirurgicale.	Transportul medical asistat către IMSP care poate acorda asistență chirurgicală specializată urgentă și solicitarea obligatorie a consultului medicului chirurg pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului de PA.	<b>Obligatoriu:</b> Toți pacienții cu suspecție de PA necesită transport medical asistat, cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>ECG;</li> <li>pulsoximetrie;</li> <li>glucometrie;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>monitorizarea pulsului, TA, temperaturii.</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b> - tușeul rectal (caseta 4).</p>
<p><b>3. Tratamentul</b> În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienților critici cu PA.</p>	<p>Tratamentul se va efectua pentru compensarea funcțiilor vitale. Tratamentul simptomatic nu trebuie să mascheze semnele clinice ale PA și nici să întârzie spitalizarea.</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oxigenoterapie.</li> <li>Stabilizare hemodinamică: <ul style="list-style-type: none"> <li>sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9% 1500–2000 ml;</li> <li>medicație inotrop- pozitivă, la necesitate.</li> </ul> </li> </ul>

## C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.1. Conduita pacientului cu PA

#### Caseta 1. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu PA.

- Culegerea acuzelor și a anamnezei;
- examinarea clinică;
- aprecierea gravității;
- stabilizarea funcțiilor vitale;
- decizia privind transportul medical asistat;
- supravegherea activă în timpul transportării.

#### C.1.1. Tabloul clinic al PA

##### C.1.1.1. Anamneza pacienților cu PA

#### Caseta 2. Anamneza.

- Anamneza furnizează informații referitoare la existența unei patologii anterioare (ulceroasă, biliară, intestinală, genitală, traumatism recent, intervenții chirurgicale anterioare), la tratamentul medical urmat anterior, precum și la episodul actual, în special modalitatea de debut și durata de timp de la apariția simptomelor.
- Debutul este, de regulă, brusc, brutal, în plină sănătate; poate fi însă și înșelător (ca în perforațiile intestinului subțire), existând și peritonite care apar „în doi timpi”.
- Peritonita poate apărea ca o primă manifestare, ca o complicație în evoluția altei patologii sau ca stadiu final în evoluția unui viscer perforat (ulcer gastric/duodenal, colecistită acută, apendicită acută etc.).

##### C.1.1.2. Acuzele pacienților cu PA (semne subiective)

#### Caseta 3. Acuzele (semne subiective).

**Durerea** este un simptom major, constant, cu următoarele particularități:

- Este violentă, brutală, uneori cu caracter sincopal, generalizată de la început sau imediat după debut.
- Sediul durerii la debut corespunde proiecției viscerului lezat (epigastru în perforația ulceroasă, fosa iliacă dreaptă în apendicita acută etc.). În peritonita septică prin difuziune, durerea are caracter dual: inițial viscerală, moderat severă, cu localizare incertă (uneori cu caracter de colică biliară sau intestinală), iar peste câteva ore, odată cu extinderea inflamației la peritoneul parietal, devine somatică, constantă și progresivă, cu localizare certă.
- Intensitatea maximă se manifestă la locul proiecției viscerului afectat, chiar și după generalizarea durerii. Durerea se intensifică în timpul respirației și tusei și obligă bolnavul să ia o poziție antalgică, cea mai frecventă fiind poziția „în cocoș de pușcă”.
- Caracterul durerii variază în funcție de viscerul afectat (de exemplu, în peritonita perforativă se manifestă ca o „lovitură de pumnal”, pacientul „arătând cu degetul sediul perforației”; este mai puțin intensă în peritonitele primitive și genitale) și de terenul bolnavului (estompată la vârstnici și la bolnavii cu cancer). Poate fi localizată strict abdominal sau poate iradia (în inflamația peritoneului diafragmatic — în umeri sau interscapulovertebral).

**Voma** este un simptom inconstant, necaracteristic debutului peritonitei. Inițial este reflexă, ulterior alimentară, apoi bilioasă și, în final, poracee. Când este abundentă și repetată, poate agrava tulburările hidro-electrolitice.

**Oprirea tranzitului intestinal (constipația)** este determinată inițial de pareza intestinală reflectorie, ulterior de ocluzia mecano-inflamatorie, prin aglutinarea anselor și a bridelor.

*Notă:* Există și forme care debutează și evoluează cu diaree (la copii, la bolnavii tifici etc.) — așa-numita diaree de iritație peritoneală a Douglasului.

**Sughițul** este datorat iritației peritoneului diafragmatic de către revărsatul lichidian purulent și distensiei hidro-aerice a stomacului și intestinului.

*Notă:* Sughițul poate fi cupat sau prevenit prin montarea unei sonde de aspirație gastrică.

#### C.1.1.3. Simptomatologia (semne obiective)

##### **Caseta 4. Simptomatologia (semne obiective).**

###### **Semne generale:**

- *Starea generală* este satisfăcătoare în primele 6 ore, dar se agravează progresiv; după 24 de ore apar semnele șocului peritonitic, care, în absența tratamentului, duce la deces în 2–3 zile.
- *Temperatura* este variabilă, de la subfebrilitate până la 38–39 °C. Există și peritonite afebrile (la pacienții tarați, în peritonitele toxice, la marii traumatizați sau la bolnavii hiporeactivi).
- *Pulsul* este rapid și concordant cu temperatura; poate fi prezentă însă și lipsa concordanței puls-temperatură („crux chirurgicorum”), care semnifică gravitatea evoluției.
- *Tensiunea arterială* se menține la valori normale sau ușor crescute în faza inițială. Asocierea hipotensiunii arteriale (< 90 mmHg) cu tahicardia semnalează insuficiența circulatorie și șocul septic. Scăderea TA sub limita presiunii de filtrare renală determină anuria, indicând instalarea insuficienței renale acute.
- *Dispneea* și respirația superficială de tip costal superior indică instalarea insuficienței respiratorii prin alterarea ventilației.

### Inspecția:

- aspectul general variază de la suferind anxios (facies exprimând mare suferință și spaimă) la faciesul peritoneal hipocratic („facies Hippocratica”), caracteristic, care apare după 12–24 de ore: palid, teros, acoperit de transpirații profuze și reci, cu ochii încercânați și înfundați în orbite, nasul ascuțit, bărbia proeminentă, buzele subțiri, uscate și crăpate; uneori sclerele și conjunctiva pot fi icterice;
- mers caracteristic, cu pași mici, aplecat în față, cu mâinile pe abdomen;
- poziție antalgică „în cocoș de pușcă” (coapsele flectate pe abdomen și gambele pe coapse), impusă de contractura musculară generalizată dureroasă;
- abdomen retractat și imobil, din cauza contracturii musculare;
- respirație abdominală superficială, polipneică; inspirația profundă și tusea provoacă dureri mari;
- la bolnavii slabi, relieful mușchilor dreپți abdominali este bine conturat.

### Palparea:

- *semnul Blumberg* — durere provocată, difuză sau localizată, întotdeauna cu intensitate maximă în zona proiecției viscerului afectat;
- *semnul Dieulafoy* — hiperestezie cutanată și abolirea reflexelor cutanate abdominale;
- *apărarea musculară* localizată sau generalizată;
- *contractura musculară* localizată sau generalizată, cu intensitate maximă la proiecția viscerului lezat (maximă în ulcerul perforat, minimă în peritonitele genitale). Absența contracturii nu exclude infecția peritoneului (la vârstnici, în peritonitele vechi cu stare generală alterată și în peritonitele tifice, contractura este înlocuită de distensie — „peritonita astenică”).

### Percuția:

- *dispariția matității hepatice* — evidențiază pneumoperitoneul și semnifică perforația unui viscer cavităar;
- *percuția dureroasă (semnul clopoțelului — Mandel)* — cu intensitate maximă în vecinătatea focarului infecției;
- *matitate deplasabilă pe flancuri* — evidențiază un revărsat lichidian important;
- *timpanism centro-abdominal* — corespunde anșelor care „plutesc” în exsudatul peritoneal.

### Auscultația:

- în fazele de debut este neconcludentă (se percep câteva zgomote intestinale);
- în stadiile avansate se percepe „liniștea abdominală absolută”, ca rezultat al imobilității anșelor intestinale.

### Tușeul rectal:

- evidențiază sensibilitatea dureroasă la nivelul fundului de sac Douglas („țipătul Douglasului”), care este bombat și fluctuent.

*Notă:* Pentru a facilita recunoașterea simptomelor peritonitei în raport cu evoluția procesului inflamator, Z. Cope (1968) a împărțit semnele de inflamație în două clase — *simptome reflectorii și simptome toxice:*

1. *Simptome reflectorii*: durerea abdominală; voma; expresia de alarmă întipărită pe fața pacientului; hiperestezia superficială; contractura musculară; semnul de decompresie bruscă.
2. *Simptome toxice*: ileusul paralytic; meteorismul; toxemia.

Au geneză mixtă (reflectorie și toxică) reacția termică și colapsul. Simptomele reflectorii caracterizează stadiul precoce al peritonitei, iar cele toxice — stadiul tardiv.

### C.1.2. Examinări paraclinice în PA

**Tabelul 1. Examinări paraclinice la etapa de prespital.**

Investigația	Semnele sugestive pentru PA	Caracterul
1. Electrocardiograma (ECG)	Obligatorie la bolnavii vârstnici; poate evidenția modificări electrice induse de dezechilibrele hidro-electrolitice și este singura modalitate de a determina un infarct miocardic acut, care poate fi confundat cu peritonita la debut.	0
2. Glucometria	Evaluarea glicemiei și excluderea dereglărilor metabolice care pot mima abdomenul acut.	0
3. Pulsoximetria (SpO <sub>2</sub> )	Evaluarea oxigenării și identificarea hipoxemiei.	0

### C.1.3. Diagnosticul pozitiv al PA

#### Caseta 5. Diagnosticul pozitiv al PA.

Diagnosticul pozitiv al peritonitei acute se bazează pe:

- **anamneză** — cel mai important criteriu fiind durerea violentă, cu debut brusc și generalizare rapidă;
- **examenul obiectiv** — cel mai important criteriu fiind contractura sau apărarea musculară, localizată sau generalizată.

### C.1.4. Diagnosticul diferențial

#### Caseta 6. Diagnosticul diferențial.

Diagnosticul diferențial este necesar în perioada precoce a infecției intraabdominale, pentru a determina patologii care au simptome comune cu peritonita și care mimează „abdomenul acut” (la acești pacienți laparotomia este inutilă și, de multe ori, chiar nocivă). Patologii care se manifestă cu *sindrom pseudoabdominal (fals abdomen acut)* și necesită diagnostic diferențial:

1. **Patologia pleuro-pulmonară** (pneumonii, pleurezii, fracturi costale, hemo- și pneumotorax) — poate cauza durere abdominală reflectorie și uneori contractură musculară.
2. **Patologia cardiovasculară** (ischemia coronariană, infarctul miocardic, ateroscleroza aortei abdominale și a ramurilor ei, miocardita, reumatismul, insuficiența cardiacă) — se poate manifesta cu dureri epigastrice și vomă:
  - pentru infarctul miocardic se apreciază caracterul durerii și antecedentele coronariene;

- în anevrismul de aortă abdominală se palpează o formațiune elastică, pulsatilă, cu suflu sistolic la auscultare;
  - insuficiența cardiacă congestivă cu stază venoasă hepatică poate provoca dureri abdominale.
3. **Patologia endocrină** (diabetul zaharat decompensat, tireotoxicoza) — uneori se asociază cu dureri abdominale, vomă, greață și sensibilitate la palpare, dar predomină simptomatologia afecțiunii endocrine.
  4. **Toxiinfecțiile alimentare, salmoneloza, tifosul abdominal, dizenteria** — provoacă dureri abdominale, dar fără semne de iritație peritoneală, asociindu-se de regulă cu diaree.
  5. **Ischemia mezenterică acută** — debutează cu durere abdominală extremă, dar fără semne de iritație peritoneală; necesită transportare de urgență.
  6. **Pancreatita acută severă** — evoluează cu simptomatologie de ileus paralytic; analizele de laborator (amilazemia, diastazuria) ajută la stabilirea diagnosticului.
  7. **Hemoperitoneul** (sarcina extrauterină ruptă, apoplexia ovariană) — poate simula sindromul de peritonită.

#### C.1.5. Criteriile de transportare

##### Caseta 7. Criteriile de transportare.

- Orice suspiciune de PA impune transportarea medicală asistată, de urgență, către o IMSP care poate acorda asistență chirurgicală specializată.
- Tratamentul simptomatic nu trebuie să mascheze semnele clinice ale PA și nici să întârzie spitalizarea.
- Pe durata transportării se asigură: monitorizarea funcțiilor vitale (puls, TA, temperatură), pulsoximetria, ECG și glucometria.
- Se efectuează oxigenoterapia și stabilizarea hemodinamică (compensare volemică cu cristaloiizi; la necesitate, medicație inotrop-pozitivă), fără a amâna transportarea.
- Echipa AMU solicită consultul chirurgului și anunță în prealabil unitatea spitalicească primitoare.

## D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

### D.1. Prestatorii de servicii medicale la nivelul AMUP

Categorie	Cerințe
<b>Personal medical</b>	Medic de urgență; asistent medical în urgență; felcer.
<b>Dispozitive medicale</b>	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).
<b>Medicamente</b>	Conform Listei medicamentelor, materialelor de pansament și consumabilelor obligatorii pentru dotarea trusei de asistență medicală urgentă pentru etapa prespitalicească (Anexa nr. 11 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019),

inclusiv: preparate pentru compensare volemică (cristaloizi — sol. *Natrii chloridum* 0,9%, sol. Ringer — *Natrii chloridum* + *Kalii chloridum* + *Calcii chloridum*); preparate antihistaminice (*Diphenhydraminum*); agenți inotropi (*Dopaminum*).

## Anexa 1. Ghidul pacientului cu peritonită acută

### Generalități

Peritonita este o reacție inflamatorie a seroasei peritoneale, în întregime (peritonită generalizată sau difuză) sau numai a unei părți a peritoneului (peritonită localizată sau abces intraperitoneal), ca urmare a agresiunii septice cauzate de diferiți agenți: infecțioși (bacterii, fungi), chimici (suc gastric etc.), traumatici sau prezența de corpi străini. Este o urgență chirurgicală cu risc vital, care necesită spitalizare imediată.

### Acuzele

- **Durerea** este un simptom constant: violentă, brutală, uneori cu caracter sincopal, generalizată de la început sau imediat după debut; sediul inițial corespunde proiecției viscerului lezat (epigastru în perforația ulceroasă, fosa iliacă dreaptă în apendicita acută etc.), cu intensitate maximă la locul proiecției organului afectat. Se intensifică în timpul respirației și tusei; poate fi localizată strict abdominal sau poate iradia (în inflamația peritoneului diafragmatic — în umeri sau interscapulovertebral).
- **Voma** este inconstantă, necaracteristică debutului: inițial reflexă, apoi alimentară și bilioasă.
- **Oprirea tranzitului intestinal (constipația)**. *Notă:* există și forme cu diaree (la copii, la bolnavii tifici etc.).
- **Sughițul** — datorat iritației peritoneului diafragmatic de către revărsatul lichidian purulent și distensiei hidro-aerice a stomacului și intestinului.

### Simptome

- Starea generală este satisfăcătoare în primele 6 ore, dar se agravează progresiv.
- Temperatura este variabilă, de la subfebrilitate până la 38–39 °C; există și peritonite afebrile (la pacienții tarați, în peritonitele toxice, la marii traumatizați sau la bolnavii hiporeactivi).
- Pulsul este rapid și concordant cu temperatura; lipsa concordanței puls–temperatură semnifică gravitatea evoluției.
- Tensiunea arterială se menține normală sau ușor crescută inițial; hipotensiunea (< 90 mmHg) cu tahicardie semnaleză insuficiența circulatorie și șocul septic.
- Dispneea și respirația superficială indică instalarea insuficienței respiratorii.
- Aspectul general variază de la suferind anxios la faciesul peritoneal hipocratic, care apare după 12–24 de ore (palid, teros, transpirat, cu ochii înfundați în orbite, nasul ascuțit, buzele uscate și crăpate).
- Mers caracteristic, cu pași mici, aplecat în față, cu mâinile pe abdomen.
- Poziție antalgică „în cocoș de pușcă”.

- Abdomen retractat și imobil; respirație abdominală superficială, polipneică (inspirația profundă și tusea provoacă dureri mari).

### Reguli de urmat în cazul peritonitei acute

În cazul în care persoana suspectează că prezintă peritonită acută, este necesar să contacteze imediat serviciul AMU pentru a fi transportată la spital sau să se adreseze medicului de familie.

## Anexa 2. Fișa standardizată pentru auditul medical bazat pe criteriile din protocol

### Date generale

Nr.	Criteriu	Valori
1	Numărul fișei pacientului	—
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
3	Sexul pacientului	1 = Bărbat; 2 = Femeie
4	Mediul de reședință	1 = Urban; 2 = Rural; 9 = Nu se cunoaște

### Internare

Nr.	Criteriu	Valori
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
6	Instituția unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1 = AMP; 2 = AMU; 3 = Secția consultativă; 4 = Spital; 5 = Instituție medicală privată; 9 = Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA
10	Timpul sosirii la spital	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
11	Departamentul în care s-a făcut internarea	1 = Secția de chirurgie; 2 = Secția de profil general; 3 = Secția de terapie intensivă; 4 = Alte

### Diagnostic

Nr.	Criteriu	Valori
12	Locul stabilirii diagnosticului	1 = AMP; 2 = AMU; 3 = Secția consultativă; 4 = Spital; 5 = Instituție medicală privată
13	Investigații imagistice	1 = Nu; 2 = Da; 9 = Nu se cunoaște

### Istoricul pacientului

Nr.	Criteriu	Valori
14	Prezența clinicii similare anterior	1 = Nu; 2 = Da; 9 = Nu se cunoaște
15	Prezența patologiilor asociate	1 = Nu; 2 = Da; 9 = Nu se cunoaște

### Pregătire preoperatorie

Nr.	Criteriu	Valori
16	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1 = Nu; 2 = Da
17	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște

### Intervenția chirurgicală

Nr.	Criteriu	Valori
18	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1 = Nu; 2 = Da
19	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM
22	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM
23	Operația efectuată în mod	Urgent; Urgent-amânat; Programat
24	Tipul anesteziei	Generală; Spinală; Locală; Combinată

### Externare și tratament

Nr.	Criteriu	Valori
25	Data externării	ZZ/LL/AAAA
26	Data transferului interspitalicesc	ZZ/LL/AAAA
27	Data decesului	ZZ/LL/AAAA
28	Deces în spital	1 = Nu; 2 = Din cauze atribuite PA; 3 = Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate; 4 = Alte cauze neatribuite PA; 9 = Nu se cunoaște

### BIBLIOGRAFIE

1. PCN-396 „Peritonita acută la adult”, 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.

3. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 cu privire la instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea PCI.
4. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 101 din 19.02.2026 cu privire la implementarea Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate.
5. Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a (CIM-10): K65 — Peritonită.