




APENDICITA ACUTĂ LA COPIL

Protocol Clinic Instituțional

Chișinău 2026

<p>Instituția medico-sanitară publică Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească</p> 	<p>PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL Apendicita acută la copil</p>
---	--

Aprobat prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 298 din 20.05.2026 cu privire la aprobarea Protocolului clinic instituțional „Apendicita acută la copil”

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR	3
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	3
A.4. Obiectivele protocolului	4
A.5. Elaborat	4
A.6. Revizuire	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Epidemiologie	5
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească	6
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	7
C.1. Clasificarea apendicitei acute	7
C.1.2. Conduita pacientului cu apendicită acută	8
<i>C.1.2.1. Examenul clinic</i>	9
<i>C.1.2.2. Particularitățile evoluției clinice și diagnosticul pozitiv în AA la copil</i>	9
<i>C.1.2.3. Forme clinice particulare în dependență de vârstă/termen</i>	10
<i>C.1.2.4. Evaluarea clinică a apendicitei acute</i>	11
<i>C.1.2.5. Diagnosticul diferențial</i>	11
<i>C.1.2.6. Criterii de transportarea al AA la copil</i>	14
D. RESURSELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PCI	14
D.1. Subdiviziunile serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească	14
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	15
Anexa 1. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru PCI	15
Anexa 2. Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări	16
Anexa 3. Ghidul /Informație pentru părinți	17
BIBLIOGRAFIE	18



SUMARUL RECOMANDĂRILOR:

Apendicita acută este inflamația apendicelui cecal de cauză microbiană. Apendicele este un organ vestigial, tubular, care prelungește distal cecul, cu lungime de 2-20 cm și diametru de cca 6 mm. Baza apendicelui se situează constant la unirea celor 3 tenii ale intestinului cec, dar vârful poate fi orientat în orice direcție, ca „arătătorul pe cadranul ceasului”. Poziția cecului și apendicelui influențează simptomatologia. Structura peretelui este similară cu cea a colonului; particularitatea o reprezintă bogăția foliculilor limfoizi din submucoasă. Este organ imunologic, care secretă imunoglobuline. Inervația apendicelui este efectuată prin ramuri din plexul mezenteric superior și parțial din plexul solar. Din această cauză la copii de vârstă mică, localizarea durerilor în apendicita acută sunt difuze (în regiunea epigastrică și mezogastrică) și nu au o localizare tipică. Apendicita acută la copil se poate manifesta foarte variat, putând mima multe entități patologice ale cavității abdominale. Diagnosticul diferențial al acesteia este complicat, mai ales la copii de vârstă mică. Nu există un tratament conservativ (medicamentos) al apendicitei acute, singura soluție fiind intervenția chirurgicală.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AA	Apendicita acută
AMUP	Asistența medicală urgentă prespitalicească
ECG	Electrocardiografie
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenos
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
T.A.	Tensiune arterială
Ps	Puls
SaO₂	Saturația oxigenului în sânge
T°	Temperatura corporală

PREFAȚĂ

Acest protocol 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 baza Protocolului clinic național PCN-429 „Apendicita acută la copil” ediția 2023 și în conformitate cu prevederile Ordinului 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: Apendicita acută la copil

A.2. Codul bolii (CIM 10): K 35.

A.3. Utilizatorii: Personalul medical al echipei de asistență medicală urgentă - medici de urgență, felceri, asistenți medicali.



A.4. Obiectivele protocolului:

Optimizarea calității asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească în caz de apendicită acută la copil.

A.5. Elaborat: 2026

A.6. Revizuire: în conformitate cu următoarea revizuire a PCN-429 „Apendicita acută la copil”.

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

Nume și prenume	Funcția
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, avizat și aprobat de:

Prenume, nume	funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical

A.8. Definițiile folosite în document

Apendicita acută - asociază toate formele de procese inflamatorii acute în peretele apendicelui cecal.

Apendicita acută perforativă- în aceste cazuri leziunile inflamatorii afectează toate straturile peretelui apendicular cu erozii localizate, prin care infecția se poate răspândi la peretele abdominal sau la viscerele abdominale.

Peritonita apendiculară nelimitată (locală, difuză, generalizată) - inflamația peritoneului în vecinătatea focarului inflamator primar (apendicele cecal), cu tendința de a se propaga în restul cavității abdominale, însă nu are limite morfologice clare.

Plastronul apendicular (peritonită localizată limitată) – un proces inflamator în peretele apendicelui izolat de restul cavității abdominale prin plici și formațiuni peritoneale fiziologice, anse intestinale cu aderențe fibrinoase, cu organe din vecinătate: vezica urinară, ficat, diafragmă și în sfârșit cu marele epiplon.

Abcesul apendicular - o formă de peritonită localizată limitată. Este definită ca o colecție de lichid purulent, apărută în rezultatul procesului distructiv-necrotic al apendicelui vermiform. Abcesul poate apărea nemijlocit în timpul evoluției procesului inflamator în peretele apendicular sau se poate dezvolta ca urmare a evoluției necrotice și supurației plastronului apendicular.

Apendicita cronică, recidivantă -aceasta noțiune, explică caracterul recurent de lungă durată al sindromului algic localizat în fosa iliacă dreaptă.

Copii: persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.



A.9. Epidemiologie.

Apendicita acută este cea mai frecventă urgență chirurgicală abdominală. Este denumită ca „Boala tinereții” fapt explicat prin dezvoltare maximă a țesutului limfoid la această vârstă.

La copii poate fi întâlnită la orice vârstă, inclusiv la nou-născuți. Frecvența maximă a apendicitei acute la copil este cuprinsă între vârsta de 7 și 14 ani de viață și mai rară la copii sub 5 ani.

Dar la copii de vârstă mică incidența formelor destructive cu perforația apendicelui este frecventă.

Statistica pediatrică indică că apendicita acută cu complicație prin perforație are loc:

- la 82% de copii cu vârsta sub 5 ani
- la 100% de copii cu vârsta sub 1 an.

Rata generală de mortalitate prin apendicită la copii este de 0,1% și este datorată complicațiilor afecțiunii.

Dar problema pentru reducerea numărului apendicectomiilor inutile rămâne foarte actuală până în prezent.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească

Descriere (<i>măsuri</i>)	Motive (<i>reper</i>)	Pașii (<i>modalități și condiții de realizare</i>)
1. Diagnosticul prezumtiv al apendicitei acute la copil	Diagnosticarea precoce a abdomenului acut permite atât inițierea precoce a conduitei de urgență, reducerea evoluției nefavorabile, a complicațiilor, cât și a ratei dizabilităților sau decesului	Obligatoriu/Standard: <ul style="list-style-type: none">• Examenul clinic<ul style="list-style-type: none">- Anamneza (<i>caseta 3</i>)- Examenul obiectiv (<i>casete 4, 5, 6, 7, 8</i>) Diagnosticul diferențial (<i>casete 9, 10</i>)
2. Transportul medical asistat.	Toți copiii cu suspecție la apendicită acută necesită transportare către IMSP .	Obligatoriu/Standard: <ul style="list-style-type: none">• Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 11</i>)• Transportare către IMSP de nivel spitalicesc• Ps, T.A., Sat O₂, T ° Opțional: ECG, glucometrie.

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. Clasificarea apendicitei acute

Caseta 1.:

1. Apendicita acută simplă (superficială, catarală)
2. Apendicita acută distructivă neperforativă
3. Apendicita acută distructivă perforativă

Complicațiile apendicitei acute:

- Plastron apendicular
- Abces apendicular
- Peritonită apendiculară



C.1.2. Conduita pacientului cu AA

Caseta 2. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu AA (clasa de recomandare I).

- Culegerea acuzelor și anamnezei;
- Examinarea clinică;
- Aprecierea gravității stării pacientului;
- Stabilizarea funcțiilor vitale
- Transportul medical asistat către IMSP
- Supravegherea activă a pacientului în timpul transportării

C.1.2.1. Examenul clinic

Caseta 3. Anamneza și acuzele copilului cu apendicită acută (clasa de recomandare I).

De obicei debutul bolii este acut, în plină starea de sănătate, în unele cazuri debutează pe fonul de alte maladii (infecții virale, infecții urinare etc.). În antecedente pot fi constatate prezența crizelor de dureri abdominale, care treceau de sinestător.

1. Durerea abdominală este cel mai comun și constant semn al apendicitei acute. În cazuri tipice debutul durerii este brusc sau insidios, localizat în epigastru sau periombilical, cu creștere treptată în intensitate, după câteva ore, durerea se instalează în fosa iliacă dreaptă (semnul Kocher), dar la unii pacienți este localizată la început la acest nivel.

De obicei, durerea odată apărută, poate fi minoră, poate să se intensifice, dar este permanentă, continuă („colica apendiculară”). În dinamică durerea crește în intensitate și ulterior cuprinde tot abdomenul. **Notă!** În alte situații durerea apare în regiunea ombilicului sau cuprinde tot abdomenul.

Durerea atipică se observă la 40-45% din pacienți;

Anamneza poate scoate în evidență dureri în fosa iliacă dreaptă în trecut;

De menționat că, în unele cazuri, în momentul perforației durerea dispare (liniște mimată), cauzată de paralizia terminațiilor nervoase peritoneale!!!

2. Grețuri, apoi vărsături ce survin de la debutul bolii: inițial reflexe (alimentare), ulterior în stadiile avansate – bilioase.

3. Tulburări de tranzit: frecvent constipație; posibil diaree (forma pelvină, toxică și la copii mici).

Caseta 4. Simptomatologie

Simptomatologia clinică la copilul cu apendicită acută poate varia de la simptomatică ușoară, până la semne de peritonită generalizată.

La debut apare **febra**. De obicei până la 38° (subfebrilitate). Valorile mari încep în caz de complicații, în caz de perforație și peritonită. Frisonul este un semn caracteristic formei gangrenoase sau este un semn ce ne orientează atenția spre alte boli.

Principalele semne caracteristice apendicitei acute la copil sunt formulate în „**Triada Dieulafoy**”:

- durere (accentuată de palpare) în fosa iliacă dreaptă
- hiperestezie cutanată în triunghiul Iacobovici
- apărare musculară în fosa iliacă dreaptă



Caseta 5. Examenul obiectiv

I. Inspecția

Inspecția copilului la debut denotă un pacient agitat, ulterior (la apariția iritației peritoneale) liniștit, deoarece orice mișcare agravează durerea. Se determină limitarea mișcărilor respiratorii, tusei din motiv că agravează durerea.

Copilul își găsește o poziție antalgică, reprezentată de flexia coapselor spre bazin, care îi ușurează suferința.

În cazurile avansate (evolutiv peste 6 – 12 ore) apariția iritației peritoneale determină limitarea mișcărilor respiratorii ale peretelui abdominal anterior. Găsim un copil cu facies suferind, care evită mișcări, când se întinde flectează piciorul drept sau ambele picioare spre abdomen. Abdomenul este imobil.

II. Palparea (principala metodă de examinare)

La palparea superficială constatăm sensibilitate (durere) în fosa iliacă dreaptă, hiperestezie cutanată (durere doar la atingerea tegumentelor), contractură musculară sau apărare localizată sau generalizată.

La palparea profundă se constată:

- apărare musculară localizată în fosa iliacă dreaptă (86 – 87% cazuri); defansul muscular ulterior devine generalizat, iar în final contractură musculară
- intensificare a durerii din fosa iliacă dreaptă la o palpăre mai profundă
- manevra Blumberg pozitivă: durerea se accentuează brutal la decompresie bruscă după o palpăre profundă a peretelui abdominal (semn de iritație peritoneală).
- Semnul „clopoțelului Mendel” – percuția peretelui abdominal anterior provoacă sau intensifică durerea.

Semnul Blumberg și Mendel sunt semene de excitare peritoneală, pozitive în circa 85 – 90% cazuri și devin informative la copii numai după vârsta de 4 - 5 ani.

III. Percuția punctelor dureroase

- McBurney: linia spino-ombilicală, la 5 cm de spina (sau 1/3 externă cu 2/3 interne)
- Morris: aceeași linie, la 3-4 cm de ombilic
- Sonnenburg: linia bispinoasă cu marginea externă dreaptă a dreptului abdominal
- Lanz: linia bispinoasă, 1/3 dreaptă cu 1/3 medie
- Triunghiul Iacobovici: delimitat de spina iliacă antero-superioară dreaptă și punctele Morris și Lanz

IV. Auscultația

Reducerea (până la dispariție) a zgomotelor intestinale în faza de ileus paralytic.



C .1.2.2. Particularitățile evoluției clinice și diagnosticul pozitiv în apendicita acută la copil

Caseta 6. Particularitățile evoluției clinice în dependență de poziția anatomică a apendicelui vermiform

Mai sus au fost descrise manifestările clinice tipice ale apendicitei acute, în cazul poziției cecale a apendicelui. Dar, manifestările clinice pot fi atipice în dependență de poziția anatomică a apendicelui vermiform:

Poziția retrocecală

- Durerea în regiunea lombară dreaptă cu iradiere spre anterior și inghinal. Intensitatea durerii abdominale subiective și la palpare este scăzută.
- Contractura musculară și iritarea peritoneală lipsesc chiar și la palparea profundă datorită poziției intestinului cec, care acoperă apendicele. În această poziție mușchiul psoas este iritat de către procesul inflamator, ce duce la apariția semnului psoas și obturator (exacerbarea durerii la flexia și extensia șoldului sau rotația internă a acestuia, respectiv).
- Palparea bimanuală a fosei iliace drepte evidențiază dureri pronunțate și contractură musculară.
- Frecvent localizarea durerii în regiunea lombară și iradierea în regiunea organelor genitale se confundă cu colica renală. Pot fi prezente dureri micționale.
- Odată cu progresarea procesului destructiv în apendice se agravează starea generală: dureri violente, febră 39-40°C, semne de intoxicație generală. Dacă nu se intervine procesul progresează spre abces periapendicular, care implică spațiul retroperitoneal conducând la formarea flegmonului retroperitoneal.

Poziția apendicelui în bazinul mic

- Se manifestă cu durere suprapubiană, dizurie. De asemenea, sunt prezente diareea și tenesmele din cauza iritării rectul.
- Semnul Blumberg poate lipsi, iar defansul muscular apare târziu, suprapubian.
- Dacă diagnosticul nu este precizat la debut, evoluția procesului duce la peritonită localizată (plastron, abces) în spațiul Douglas, care impune mari dificultăți de diagnostic și poate conduce la complicații grave.

Poziția subhepatică a apendicelui

- În asemenea cazuri, clinica evoluează cu manifestări asemănătoare colecistitei acute.
- La inspecție și palpare semnele de excitare peritoneală, defansul muscular difuz pe hemiabdomenul drept și în regiunea subhepatică. În cazuri rare poate apărea un subicter.
- Diagnosticul clinic se stabilește în baza anamnezei.



Apendicită mezoceliacă

- Apendicele este direcționat median, apexul fiind situat la baza mezoului, conducând la un tablou clinic atipic.
- Durere periombilicală, bloc inflamator și tablou de „ocluzie febrila”, iar în caz de perforație apendiculară, se dezvoltă de la debut o peritonită generalizată sau se formează abcese interintestinale.

Apendicita în sacul herniar

- Tabloul clinic se poate manifesta în câteva variante: Apendicele poate produce inflamație de sac herniar, care se extinde spre peritoneul abdominal evoluând cu tablou clinic de peritonită;
- Inflamația apendicelui se extinde spre peritoneul sacului cu dezvoltarea edemului porților herniare și ca urmare strangularea conținutului (tip Brock);
- Inflamația apendicelui mărginește numai cu sacul herniar și evoluează în abces herniar;
- Orice formă, mai ales în cazurile de adresare tardivă, este practic imposibil de diagnosticat preoperator.

Apendicita acută pe stânga

- Clinic se manifestă cu tablou clinic de abdomen acut.
- Important este anamnesticul („situs inversus”).

C.1.2.3. Forme clinice particulare în dependență de vârstă/termen

Caseta 7. Particulății la sugari și copiii de vârstă mică

La sugar și copil de vârstă mică culegerea anamnezei este imposibilă; examenul obiectiv este dificil din cauza plânsului; adesea complică o altă boală infecțioasă și deseori este întâlnită forma toxică.

Apendicita acută la nou-născut (0-1 lună).

Deși este rară la această vârstă, AA poate să apară, debutând de multe ori direct cu peritonită (infecția datorată perforației apendiculare) în majoritatea cazurilor. Tabloul clinic include vărsături, diaree și distensie abdominală. În cele mai multe cazuri febra apare doar după instalarea perforației apendiculare. La examinarea abdomenului nu se constată apărarea musculară specifică în fosa iliacă dreaptă, ci numai o senzație de tensiune.

Apendicita acută la sugar și copilul până la 3 ani.

Debutul apendicitei acute la sugar și copil de vârstă fragedă este brutal, în plină sănătate, cu crize de neliniște și plâns permanent. Frecvent debutează pe fon de infecții virale.

- copilul este neliniștit capricios, refuză alimentarea
- febră până la 38 - 39°C
- vome multiple, repetate cu conținut gastric și bilă
- diaree cu mucozități și strii de sânge.
- cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai evidente semnele de intoxicație generală.!!!

Nota! Examinarea copilului până la 3 ani se va efectua în condiții confortabile

Principalul semn care poate fi depistat – apărarea pasivă a mușchilor peretelui abdominal anterior (la palparea abdomenului copilul respinge mâna medicului)!!!



C.1.2.4. Evaluarea clinică a apendicitei acute

Caseta 8. Evaluarea probabilității apendicitei acute (clasa de recomandare IIb).

Diagnosticul apendicita acută este bazat pe date anamnestice, examinarea clinică minuțioasă și la nivel spitalicesc, pe investigații de laborator și metode imagistice.

În același timp, apendicita poate evalua clinic foarte divers, ceea ce face dificilă stabilirea diagnosticului cert și a indicațiilor către intervenție chirurgicală.

În dependență de vârstă, statutul imunologic, tratamentul efectuat apendicita acută la copil, poate evalua sub mai multe forme clinice:

1. *Remisie*: spontana sau sub tratament medical; deseori urmată de recidivări sau complicații
2. *Forma clasică* (acea descrisă) – când sunt prezente atât semnele locale ale apendicitei, cât și cele generale, caracteristice unui proces inflamator.
3. *Forma subacută*: simptomatologie atenuată
4. *Forma toxică*: provocată de germeni foarte virulenți; evoluție rapidă (câteva ore) spre distrucția apendicelui cu perforație, peritonită, soc toxic cu stare grava, adinamie, vărsături abundente, cu simptomatologie abdominală redusă
5. *Forma complicată cu peritonita apendiculară*:
6. *În diagnostic tardiv, peritonită generalizată*: poate apare direct, în „doi timpi” în urma unei perforații sau în trei timpi - după formarea abcesului, perforarea lui și dezvoltarea peritonitei generalizate.
7. *Plastron apendicular*: virulență redusă+ reactivitate bună a organismului; bloc inflamator cu participarea ileonului, epiplonului, anexei drepte;
8. *Abces apendicular*: în caz de evoluție nefavorabilă a plastronului; durere intensă, febră, leucocitoză mare; nedrenat chirurgical, poate să fistuleze spontan la piele, în diferite organe sau în peritoneu.

C.1.2.5. Diagnosticul diferențial

Tabloul clinic al apendicitei acute la copil de vârstă mică este foarte variabil fiind denumit ca „boală - cameleon”, ceea ce conduce la prezenta multiplelor erori diagnostice. Actualmente grație metodelor imagistice contemporane acuratețea stabilirii diagnosticului preoperator de apendicită acută ajunge până la 85 – 90 %. Necătând la aceasta, rata apendicectomiilor inutile este înaltă și rămâne o problemă destul de actuală.

La sugari, copii de vârstă mică, diagnosticul diferențial trebuie efectuat practic cu toate afecțiunile pediatrice ale tractului digestiv, infecții respiratorii, enteroviroze și pneumonii.

Diagnosticul diferențial al apendicitei acute la copii de vârstă mare și adolescenți depinde de mai mulți factori și patologii, care pot simula tabloul clinic de apendicită acută. Important este poziția topografică a apendicelui, stadiul evolutiv al procesului inflamator (primele ore de la debut sau deja o apendicită depășită, vârsta și sexul pacientului. Afecțiunile principale întâlnite care mimează apendicita acută, cu care se confrunta medicii chirurghi sunt descrise mai jos.



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL
Apendicita acută la copil

Caseta 9. Diagnosticul diferențial al AA la nou-născut, sugar și copilul mic

Invaginație intestinală	Dureri abdominale recurente care apar în crize repetate. Palpator fosa iliacă dreaptă goală (s.Danse), se palpează o formațiune tumorală dură, elastică în regiunea hipocondrului drept, mobilă. Ampula fără mase fecale, eliminări sanguinolente cu sânge și mucus. "
Div .Meckel	În caz de diverticulită acută a div.Meckel simptomatologia este identică cu apendicita acută. In anamnesthic pot fi determinate scaune sanguinolente
Tumori abdominale	Se va efectua diagnosticul diferențial în caz de apendicită complicată cu plastron sau abces intraperitoneal. Palpator se determină o formațiune în regiunea hipogastrică, imobilă, dureroasă.
Pneumonie lobară bazala	Debutul pneumonie bazale bilaterale sau pe dreapta frecvent mimează tabloul clinic de abdomen acut, apendicită acută. Este important prezenta hipertermiei, semnele auscultative a respirației pulmonare,



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL Apendicita acută la copil

Caseta 10. Diagnosticul diferențial la copil mare și adolescent al AA se va face cu:

Pancreatita acută	Pancreatita acută diferă de apendicită prin dureri violente localizate în epigastriu sub formă de "centură" și asociate cu vomă repetată. Starea generală se agravează progresiv în lipsa tratamentului adecvat. Abdomenul este balonat, încordat cu rezistență musculară. Din anamneză se constată: obezitate, frecvent debutul bolii după un abuz alimentar.
Colecistita acută	În antecedente colică biliară. Manifestările clinice (durerea, vomă, constipațiile, febra) sunt asemănătoare, însă diferă după sediul durerii. La examenul obiectiv se depistează semnele: Orthner, Murphy, simptomul frenicus. Uneori se observă un icter / subicter.
Ulcerul gastroduodenal perforat	Debut în plină sănătate dureri abdominale violente pe tot abdomenul. Palpator „abdomen de lemn”, semene de iritare peritoneale pozitive pe tot parcursul.
Pneumonia bazală și pleurezia pe dreapta)	Pneumonia bazală poate evolua cu dureri abdominale și cu contractură musculară. Este prezentă febra înaltă, frisoane. Auscultativ atenuarea respirației.
Gastroduodenita acută	Durerea diferă prin localizare periombilicală și este colicativă. Sunt prezente vomă repetată cu conținut bilios, scaune diareice. La examinare și palpate în fosa iliacă dreaptă lipsește defansul muscular.
Patologiile urologice (pielonefrita pe dreapta, hidronefroza, urolitiază, infecția căilor urinare).	Sunt prezente unele semne, care suspectă diagnosticul de apendicită: intensitatea mare a durerii, intensificarea durerilor după un efort sau mișcare bruscă, cu iradiere spre organele genitale. Durerile sunt însoțite de vomă repetată și dizurie, micro- sau - macrohematurie, lipsa febrei și defansului muscular.
Afecțiunile genitale masculine (epididimită acută și torsiunea testiculară).	Durerile abdominale cu localizare epigastrică sau periombilicală poate masca semnele locale, care pot fi scăpate sau descoperite întâmplător în timpul examinării obiective ale pacientului.

C.1.2.7..Criteriile de transportarea apendicitei acute la copil

Caseta 11. Criteriile de spitalizare a pacienților cu AA (clasa de recomandare I).

- Toți copiii cu suspjecție la AA vor fi transportați în regim de urgență în IMSP cu profil chirurgical cu monitorizarea funcțiilor vitale.



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL

Apendicita acută la copil

D.RESURSELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PCI

<i>D.1. Subdiviziunile serviciului de Asistență Medicală Urgență Prespitalicească</i>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de urgență • asistenți medicali/felceri de urgență
	<p>Dispozitive medicale: conform Normelor minime de dotare a ambulanțelor Serviciului de Asistență Medicală Urgență Prespitalicească Tip B, Tip C .(Anexa nr.10 la ordinului MSMPS al RM nr.430 din 03.04.2019)</p>
	<p>Medicamente: conform Listei medicamentelor, materialelor de pansament și consumabilelor obligatorii pentru dotarea trusei de asistență medicală urgență pentru etapa de prespital (Anexa nr. 11 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi: Natrii chloridum, Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum) • Preparate inotrope (sol. Dopaminum)

E.INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

Obiective	Indicatorii	Metoda de calcul a indicatorilor	
		Numărător	Numitorul
Diagnosticarea precoce a copiilor cu apendicită acută	1. Proporția copiilor cu dureri abdominale care au fost diagnosticați cu apendicită acută de către medicul de familie.	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută și referiți la spital.	Numărul copiilor cărora li s-a efectuat apendicectomia.
	2. Proporția copiilor cu dureri abdominale consultați de medicul chirurg.	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută.	Numărul copiilor operați cu apendicită acută.
Transportarea de către AMU a pacienților cu dureri abdominale la UPU în cadrul IMSP SCMC „V. Ignatenco”, IMSP IM și C	Ponderea solicitărilor către AMU a copiilor cu dureri abdominale.	Numărul copiilor cu dureri abdominale transportați de UPU.	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută la UPU.
Utilizarea investigațiilor paraclinice în diagnosticarea precoce a apendicitei acute	Ponderea copiilor cu dureri abdominale supuși investigațiilor paraclinice la UPU	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută	Numărul copiilor spitalizați cu apendicită acută
Diminuarea complicațiilor apendicitei acute	1. Proporția copiilor spitalizați, cu suspecție la apendicită acută.	Numărul copiilor la care sa stabilit apendicita acută.	Numărul copiilor operați
	2. Proporția copiilor diagnosticați cu apendicită acută și operați.	Numărul copiilor externați operați cu apendicită.	Numărul copiilor suspecți la complicații
	3. Proporția copiilor suspecți cu complicații post operatorii	Numărul copiilor diagnosticați cu complicații	Numărul copiilor operați cu complicații



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL
Apendicita acută la copil

ANEXA-1

Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru PCN - Apendicita acută la copil

Fișa standardizată de audit		
Domeniul prompt		Definiții și note
	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele, prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	Nº FM a bolnavului	
5.	Mediul de reședință al pacientului	1 – urban; 2 - rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2 - feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	
INTERNAREA		
10.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscută = 9
11.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscută = 9
12.	Data internării în spital	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
13.	Ora internării la spital	HH:MM sau 9 –necunoscută
14.	Secția de internare	DMU – 1; secția de profil pediatri – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3
15.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30minute - 1 oră - 1; ≥1 oră - 2; nu se cunoaște - 9
16.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5;9 – necunoscută
17.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar = 5; necunoscută = 9
18.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscută = 9
19.	Transfer în alte spitale	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
20.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
21.	Tratament administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
22.	Data debutului simptomelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută
23.	Ro" cavității abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
24.	Ecografia organelor cavității abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
25.	CT organelor abdominale cu contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
	CT organelor abdominale fără contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
26.	Ro" toracale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL
Apendicita acută la copil

ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI

27	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
28	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medică=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
29	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscut=9
30	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscut=9

TRATAMENTUL

31	Tratamentul medicamentos suficient	0 – nu; 1- da
32	Tratamentul chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
33	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM
34	Timpul efectuării intervenției chirurgicale De la debutul maladiei	OO:MM
35	Timpul efectuării intervenției chirurgicale De la debutul internării	OO:MM

EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA

36	Data externării sau transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
37	Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; necunoscut=9
38	Implementarea criteriilor de externare	nu=0; da=1; necunoscut=9
39	Prescrierea recomandărilor la externare	nu=0; da=1; necunoscut=9
40	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații ale peritonitei; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunosc



Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări

Clasa de dovezi

Clasa A	Dovezi cu valoare înaltă	Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, metaanaliza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate.
Clasa B	Dovezi cu valoare moderată	Dovada a fost obținută din studii prospective de valoare mai joasă, studii retrospective de caz-control și studii mari de tip observațional, de cohortă sau de prevalență, și era bazată pe informație clar fiabilă.
Clasa C	Dovezi cu valoare joasă	Dovada a fost obținută din studii mai mici de tip observațional, studii bazate pe informație retrospectivă sau mai puțin sigură, opinii autoritare exprimate în recenzii sau din opinii ale experților membrilor grupului de lucru.
Nici una	Dovezi insuficiente	Puține dovezi sau dovezi irelevante pentru soluționarea problemei, sau dovezile revizuite au fost extrem de contradictorii

Scala de evaluare pentru recomandări

1.	Recomandat	Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare necesară pentru tratamentul acelor pacienți cărora li se atribuie problema în cauză. Acest nivel este, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între moderat și înalt. Concluzia este puțin probabil să fie schimbată în urma cercetărilor ulterioare. De asemenea, amploarea impactului este suficientă pentru a justifica recomandarea. Noțiunea de Recomandat a fost, de asemenea, utilizată pentru a descrie intervențiile care sunt probabile de a avea un efect semnificativ asupra evoluției pacientului, chiar dacă sunt bazate pe dovezi cu valoare joasă.
2.	Puțin recomandat	Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare rațională pentru tratamentul pacienților. Totuși, nu toți pacienții și clinicienii ar dori să urmeze în mod necesar recomandarea. Decizia de a nu urma recomandarea este puțin probabil să ducă la o evoluție nefavorabilă majoră. Acest nivel a fost, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între jos și moderat. Amploarea efectului tratamentului, precum și direcția acestuia pot fi schimbate în urma cercetărilor ulterioare.
3	Nu este recomandat	Dovezile au fost considerate inadecvate sau prea contradictorii pentru a se trage o concluzie semnificativă.



GHIDUL

pentru pacient/părinții copilului cu apendicită acută

Acest ghid este destinat pacientului cu apendicită acută/ părinților care doresc să cunoască mai multă informație despre apendicita acută.

Ghidul are drept scop să contribuie la înțelegerea mai bine a opțiunilor de îngrijire și de tratament a apendicitei acute la copil.

Stabilirea cât mai precoce a diagnozei de apendicită acută, depinde de termenii de adresare a pacientului pentru asistență medicală, calificarea personalului medical antrenat în acordarea asistenței medicale, vârsta pacientului, prezența patologiilor concomitente, efectuarea diferențierii diagnosticului de alte patologii, care au în evoluția lor simptome clinice caracteristice și apendicitei acute.

Stabilirea precoce a diagnozei de apendicită acută depinde nu numai de timpul de adresare pentru asistența medicală și vârsta copilului, dar un rol deosebit îl are localizarea anatomică a apendicelui.

Erori de diagnostic sunt înregistrate în cazurile de situație atipică a apendicelui – forma retrocecală, pelviană, subhepatic și alte localizări rar întâlnite (fosa iliacă stângă, epigastrii).

Principalul simptom al apendicitei acute este durerea abdominală, care inițial este epigastrică sau pariombelicală și are un caracter difuz mai apoi la majoritatea copiilor cu vârsta de 7-18 ani, se localizează în fosa iliacă dreaptă. Pe lângă durerile abdominale apare anorexia, vome, t° corpului ridicată $37,2 - 37,8^{\circ}$.

La copii de vârstă fragedă până la 5 ani, durerile abdominale sunt violente, difuze pe tot abdomenul, vome repetate, febră $38-39^{\circ}$, foarte rapid se deteriorează starea de sănătate din cauza simptomului de intoxicație și deshidratare.

Examenul fizic depinde de durata de la debut, vârsta copilului și include utilizarea tuturor manevrelor specifice care ajută la stabilirea cât mai precoce a diagnosticului.

Recomandări părinților/reprezentantului legal/persoanelor de îngrijire a copilului:

1. Primul ajutor la apariția durerilor abdominale este adresarea cât mai precoce la medicul de familie ori solicitarea serviciului de asistență medicală urgentă (AMU).
2. Fiecare copil cu dureri abdominale, vărsături, febră necesită consultul medicului chirurg.
3. Nu vă opuneți consultului specialistului medic chirurg, spitalizării.
4. Nu vă ocupați cu tratamentul de sine stătător al durerii abdominale.
5. Adresarea tardivă la medic, intervenția chirurgicală tardivă în condiții de răspândire a procesului inflamator (peritonită, abcese abdominale, sepsis) pun în pericol viața copilului, îl fac invalid.
6. Tratamentul complicațiilor apendicitei acute este foarte dificil, cere eforturi enorme fizice și psihologice din partea pacientului, medicului și părinților.
7. Complicațiile severe a apendicitei acute, imunitatea compromisă a copilului pot duce la sfârșitul fatal – la deces!

BIBLIOGRAFIA

PCN – 429 ”Apendicita acută la copil”.