



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
Instituția Medico-Sanitară Publică
SPITALUL CLINIC REPUBLICAN „Timofei Moșneaga”



Fibrilația atrială la adult

EDIȚIA IV

Protocol clinic instituțional

PCN-60



Aprobat în cadrul ședinței Consiliului Calității din 09.07.2026, proces verbal nr. 3.
Aprobat prin Ordinul SCR „Timofei Moșneaga” nr. 135 din 10.07.2026 „Cu privire la aprobarea Protocoloalelor clinice instituționale”.

Acest Protocol clinic instituțional a fost elaborat în baza Protocolului clinic național – 60 „Fibrilația atrială la adult” de grupul de lucru al IMSP Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, instituit prin Ordinul nr. 95 din 03.06.2026 al IMSP Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga” „Cu privire la elaborarea Protocoloalelor clinice instituționale”.

Nume, prenume	Subdiviziunea, funcția
Veaceslav Moisei	Medic specialist internist, șef secție Terapie generală cu alergologie
Victoria Babcinețchi	Medic specialist farmacolog clinician
Irina Croitor	Farmacist diriginte
Carolina Lozan-Tîrșu	Șef Departament investigații de laborator
Inna Harghel	Medic specialist statistician, șef Secție statistică medicală
Mihail Ouș	Șef UPU
Vasile Godoroja	Șef Secție consultativă

CUPRINS

ABREVIERI ȘI ACRONIME.....	6
SUMARUL RECOMANDĂRIILOR.....	7
PREFAȚĂ.....	8
PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	10
A1. Diagnosticul: Fibrilație atrială	10
A.2. Codul bolii (CIM 10): I48	10
A.3. Utilizatori:	10
A.4. Obiectivele protocolului:	10
A.5. Elaborat: 2009.....	10
A.6 Actualizat: 2026	10
A.7. Următoarea revizuire: 2031	10
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor	11
A.9. Definiții folosite în document.....	11
A.10 Alte concepte clinice relevante pentru FA.....	11
A.11. Informație epidemiologică	13
A.12. Clase de recomandare și nivele de evidență	13
B. PARTEA GENERALĂ	14
B.1. Nivel de Secția consultativă SCR „T. Moșneaga”.....	14
B.2. Nivel de UPU SCR „T. Moșneaga”	18
B.3. Nivel de IMSP Spitalul Clinic Republican „T. Moșneaga”.....	20
C.1.1. Traseul pacientului în cadrul AF-CARE.....	26
C.1.2. Algoritmul de abordare a pacientului cu FA primar diagnosticată	27
C.1.3. Algoritmul de abordare a pacientului cu FA paroxistică	28
C.1.4. Algoritmul de abordare a pacientului cu FA persistentă.....	29
C.1.5. Algoritmul de abordare a pacientului cu FA permanentă.....	30
C.1.6. Managementul comorbidităților-cheie pentru reducerea recurenței fibrilației atriale.	31
C.1.7. Modificarea riscului de sângerare asociat cu ACO	32
C.1.8. Managementul sângerării asociate cu anticoagulatele orale la pacienții cu FA	33
C.1.9. Abordări pentru cardioversie la pacienții cu fibrilație atrială	34
C.1.10. Algoritmul pentru selectarea terapiei antitrombotice la pacienții cu fibrilație	35
atrială și sindroame coronariene acute sau cronice	35
C.1.11. Abordări pentru screeningul fibrilației atriale	36
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	37
C.2.1 Conduita pacientului și managementul FA.....	37

C.2.1.1. Criterii de diagnostic pentru FA	37
C.2.1.2. Recomandări pentru diagnosticul FA.....	37
C.2.1.3 Simptome atribuite FA.....	37
C.2.1.4. Evaluarea simptomelor la pacienții cu FA	38
C.2.1.5. Evaluarea clinică a pacienților cu FA nou identificată	38
C.2.1.6. Ecocardiografia transtoracică în FA nou diagnosticată	39
C.2.1.7. Flutterul atrial	39
C.3 PARCURSUL PACIENTULUI ȘI MANAGEMENTUL FIBRILAȚIEI ATRIALE	39
C.3.1 Management multidisciplinar, centrat pe pacient, al FA	39
C.3.2. Principiile AF-CARE	40
C.3.2.1. Recomandări privind îngrijirea centrată pe pacient și educația.....	41
C.4. [C] MANAGEMENTUL COMORBIDITĂȚILOR ȘI AL FACTORILOR DE RISC.....	42
C.4.1. Managementul comorbidităților și al factorilor de risc	42
C.5 [A] PREVENȚIA ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ȘI A TROMBOEMBOLISMULUI	43
C.5.1. Determinarea riscului tromboembolic și hemoragic	43
C.5.1.1. Recomandări pentru evaluarea și gestionarea riscului tromboembolic în FA	44
C.5.1.2. Recomandări pentru terapia anticoagulantă orală în FA.....	45
C.5.1.3. Recomandări privitor la asocierea remediilor antiagregante cu remedii anticoagulante pentru prevenția AVC.....	48
C.5.1.4. Recomandări în cazul dezvoltării unui eveniment tromboembolic, în ciuda utilizării tratamentului anticoagulant	48
C.5.1.5. Recomandări pentru ocluzia percutană a auriului atriului stâng.....	48
C.5.1.6. Recomandări pentru închiderea chirurgicală a auriului atriului stâng	48
C.5.2. Conduita terapeutică a sângerărilor în timpul terapiei anticoagulante	49
C.5.2.1. Recomandări pentru evaluarea riscului de sângerare	49
C.5.2.2. Recomandări privind managementul sângerării la pacienții sub tratament anticoagulant ..	49
C.5.2.3. Recomandări cu privire la supradozajul de AVK.....	50
C.6. [R] REDUCEREA SIMPTOMELOR PRIN CONTROLUL FRECVENȚEI ȘI AL RITMULUI.....	51
C.6.1. Managementul frecvenței cardiace la pacienții cu FA	51
C.6.1.1. Recomandări pentru controlul frecvenței cardiace la pacienții cu FA.....	51
C.6.2. Strategii de control al ritmului la pacienții cu FA	53
C.6.2.1. Recomandări generale pentru controlul ritmului	54
C.6.2.2. Recomandări pentru cardioversia electrică	55
C.6.2.3. Recomandări pentru cardioversia farmacologică a FA	55
C.6.2.4. Recomandări privind medicamentele antiaritmice pentru controlul ritmului pe termen lung	57
C.6.2.5. Recomandări pentru ablația cu cateter a fibrilației atriale	58

C.6.2.6. Recomandări privind tratamentul anticoagulant la pacienții supuși ablației prin cateter ...	59
C.7. [E] Evaluare și reevaluare dinamică.....	59
C.8. CONDUITA PACIENȚILOR CU FA ȘI CONDIȚII CLINICE SPECIFICE	60
C.8.1. Conduita pacienților instabili cu FA.....	60
C.8.2. Conduita pacienților în sindroame coronariene acute sau cronice și FA.....	60
C.8.2.1. Recomandări pentru pacienții cu sindrom coronarian acut sau supuși unei intervenții coronariene percutane	60
C.8.2.2. Recomandări pentru pacienții cu FA și boală coronariană sau vasculară cronică	61
C.8.2.3. Recomandări pentru FA indusă de factori declanșatori.....	62
C.8.2.4. Recomandări pentru managementul FA postoperatorie	62
C.8.2.5. Recomandări pentru pacienții cu AVC embolic de sursă necunoscută (ESUS)	63
C.8.2.6. Recomandări pentru pacientele cu FA în timpul sarcinii.....	63
C.8.2.7. Recomandări pentru pacienții cu FA și boli cardiace congenitale.....	64
C.8.2.8. Recomandări privind prevenirea tromboembolismului în flutterul atrial.....	64
C.9. SCREENINGUL ȘI PREVENȚIA FA	64
C.9.1.1. Recomandări privind screening-ul pentru FA.....	65
D. Resurse umane și materiale necesare pentru respectarea prevederilor protocolului	66
D.1. Secția consultativă SCR „T. Moșneaga”	66
D.2. UPU SCR „T. Moșneaga”	66
D.3. IMSP Spitalul Clinic Republican: secția Terapie generală cu alergologie.....	67
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	68
F. ASPECTE MEDICO - ORGANIZAȚIONALE	69
ANEXE.....	72
Anexa 1. GHIDUL PACIENTULUI CU FIBRILAȚIE ATRIALĂ	72
Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru fibrilație atrială.....	75

ABREVIERI ȘI ACRONIME

AAD	agent antiaritmie
ACO	anticoagulante orale
ALT	alaninaminotransferaza
AAS	apendice atrial stâng
AST	aspartataminotransferaza
AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
AVC	accident vascular cerebral
AVK	antagonist de vitamina K
BCR	boală cronică de rinichi
BAV	bloc atrioventricular
BCI	boală coronariană
CCP	concentrat de complex protrombinic
CVE	cardioversie electrică
CRT	terapie de resincronizare cardiacă
DAPT	terapie dublă antiagregantă
DOAC	anticoagulante orale directe
ECG	electrocardiogramă
EcoCG	ecocardiografie
ER	eliberare rapidă
EL	eliberare lentă
ETE	ecografie transesofageană
FA	fibrilație atrială
FCC	frecvența contracțiilor cardiace
FE VS	fracția de ejeție a ventriculului stâng
FLA	flutter atrial
FT3	triiodtironina liberă
FT4	tiroxina liberă
HGMM	heparine cu greutate moleculară mică
HNF	heparine nefracționate
HTA	hipertensiune arterială
HVS	hipertrofie ventriculară stângă
i/v	intravenos
BNP	Peptid natriuretic de tip B
ICD	defibrilator cardioverter implantabil
IMC	indice de masă corporală
INR	rata internațională normalizată (international normalized ratio)
MCC	maladie cardiacă congenitală
NT-pro-NP	peptid natriuretic de tip B pro-fragment N-terminal
PPC	plasmă proaspăt congelată
RAF	ritm atrial cu frecvență înaltă
RFG	rata filtrației glomerulare
RMN	rezonanță magnetică nucleară
RS	ritm sinus
SAOS	sindrom de apnee obstructivă în somn
SCA	sindrom coronarian acut
TA	tensiune arterială
SCC	sindrom coronarian cronic

IC- FEmr	insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție ușor redusă
IC-FEp	insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție păstrată
IC-FEr	insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție redusă
FFP	plasmă proaspăt congelată
TP	timpul de protrombină
TTR	timp de interval terapeutic
TSH	hormonul de stimulare tiroidiană
TTPA	timpul de tromboplastină parțială activată

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Managementul general: tratament optim conform căii AF-CARE, care include: [C] Gestionarea comorbidităților și a factorilor de risc; [A] Prevenția accidentului vascular cerebral și a tromboembolismului; [R] Reducerea simptomelor prin controlul frecvenței și ritmului; și [E] Evaluare și reevaluare dinamică.
- Îngrijire partajată: management centrat pe pacient pentru FA, cu luarea deciziilor în comun și echipă multidisciplinară (IIa, B).
- Egalitate în îngrijire: evitarea inegalităților de sănătate bazate pe gen, etnie, dizabilitate și factori socioeconomiici (I, C).
- Educație: pentru pacienți, membri ai familiei, îngrijitori și profesioniști din sănătate, pentru a sprijini luarea deciziilor în comun (I, C).
- Diagnostic: FA clinică necesită confirmare printr-un dispozitiv ECG pentru a iniția stratificarea riscului și managementul FA (I, A).
- Evaluare inițială: istoric medical, evaluarea simptomelor și a impactului acestora, analize de sânge, ecocardiografie/alte investigații imagistice, măsuri raportate de pacient, și evaluarea factorilor de risc pentru tromboembolism și sângerare (I, B).
- Comorbidități și factori de risc: evaluare și management riguros pentru toate aspectele îngrijirii pacienților cu FA, pentru a preveni recurența și progresia FA, a îmbunătăți succesul tratamentelor și a preveni evenimentele adverse legate de FA (I, B).
- Focus pe condițiile asociate cu FA: inclusiv hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, diabet zaharat, obezitate, apnee obstructivă în somn, inactivitate fizică și consum crescut de alcool.
- Evaluarea riscului de tromboembolism: utilizarea instrumentelor locale validate sau scorul CHA₂DS₂-VA și evaluarea altor factori de risc (I, C), cu reevaluare periodică pentru a sprijini deciziile privind prescrierea anticoagulantelor (I, B).
- Anticoagulante orale: recomandate pentru toți pacienții eligibili, exceptând pe cei cu risc scăzut de accident vascular cerebral sau tromboembolism (CHA₂DS₂-VA = 1 se poate considera anticoagularea (IIa, C); CHA₂DS₂-VA ≥ 2 anticoagularea este recomandată (I, C).
- Alegerea anticoagulantului: DOAC-uri (Apixabanum, Dabigatranum*, Edoxabanum și Rivaroxabanum) sunt preferate față de AVK (Warfarinum și altele), cu excepția pacienților cu valve mecanice și stenoza mitrală (I, A).
- Doza și intervalul anticoagulantului: se utilizează dozele standard complete pentru DOAC-uri, cu excepția cazurilor care îndeplinesc criteriile specifice de reducere a dozei; pentru AVK, se menține INR între 2,0–3,0 (I, B) și în acest interval mai mult de 70% din timp (IIa, A).
- Schimbarea anticoagulantelor: se recomandă trecerea de la AVK la DOAC dacă există risc de hemoragie intracraniană sau control slab al nivelurilor INR (I, B).
- Risc de sângerare: factorii de risc modificabili pentru sângerare trebuie gestionați pentru a crește siguranța (I, B); scorurile de risc de sângerare nu trebuie folosite pentru decizia inițierii sau întreruperii anticoagulantelor (III, B).
- Terapia antiagregantă: se evită combinarea anticoagulantelor cu antiagregante (III, A), cu excepția cazurilor în care pacientul are un eveniment vascular acut sau necesită tratament interimar pentru proceduri.

- Terapia pentru controlul frecvenței: se utilizează betablocante (indiferent de fracția de ejeție), Digoxinum (indiferent de fracția de ejeție), sau Diltiazemum*/Verapamilum (FEVS >40%) ca terapie inițială în situații acute, ca adjuvant la terapiile de control al ritmului sau ca strategie unică pentru controlul frecvenței cardiace și simptomelor (I, B).
- Controlul ritmului: se ia în considerare la toți pacienții potriviți cu FA, discutând explicit cu pacientul toate beneficiile și riscurile cardioversiei, medicamentelor antiaritmice și ablației (cateter sau chirurgicală) pentru reducerea simptomelor și a morbidității.
- Siguranța pe primul loc: siguranța și anticoagularea trebuie avute în vedere la controlul ritmului; de exemplu, cardioversia se amână și se oferă cel puțin 3 săptămâni de anticoagulare dacă durata FA este >24 h (III, C), iar pentru terapia antiaritmice se consideră toxicitatea și interacțiunile medicamentoase.
- Cardioversia: se utilizează cardioversia electrică în cazurile de instabilitate hemodinamică (I, C); altfel se alege cardioversia electrică sau farmacologică în funcție de caracteristicile pacientului și preferințe (IIa, B).
- Indicația pentru controlul ritmului pe termen lung: indicația principală trebuie să fie reducerea simptomelor legate de FA și îmbunătățirea calității vieții; pentru grupuri selectate de pacienți, se poate urmări menținerea ritmului sinusal pentru reducerea morbidității și mortalității.
- Succesul sau eșecul controlului ritmului: anticoagularea se continuă conform riscului individual de tromboembolism, indiferent dacă pacientul este în FA sau ritm sinusal.
- Ablația cu cateter: se consideră opțiune de linia a doua dacă medicamentele antiaritmice nu controlează FA sau opțiune de primă linie la pacienții cu FA paroxistică (IIa, B).
- Ablația endoscopică sau hibridă: se ia în considerare dacă ablația cu cateter eșuează sau ca alternativă la ablația cu cateter în FA persistentă, în ciuda tratamentului antiaritmice (IIa, A).
- Ablația FA în timpul intervenției chirurgicale cardiace: se efectuează în centre cu echipe experimentate, mai ales la pacienții care urmează intervenție pentru valve mitrale (I, A).
- Evaluare dinamică: reevaluare periodică a terapiei și atenție sporită la factorii de risc modificabili noi, care pot încetini sau inversa progresia FA, îmbunătăți calitatea vieții și preveni rezultate adverse (IIa, B).

PREFAȚĂ

Ghidul Societății Europene de Cardiologie privind fibrilația atrială (2024) a introdus conceptul AF-CARE, revizuiind abordările anterioare.

1. C – Comorbidități și factori de risc: gestionarea acestora reprezintă elementul inițial și central, aplicabil tuturor pacienților cu FA, indiferent de riscul tromboembolic sau de intensitatea simptomelor.

2. A – Prevenția accidentului vascular cerebral și a tromboembolismului sistemic: evaluarea riscului și aplicarea corectă a strategiilor de anticoagulare.

3. R – Controlul simptomelor: reducerea manifestărilor clinice și, în unele situații, îmbunătățirea prognosticului prin strategii de control al frecvenței și/sau al ritmului.

4. E – Evaluare și reevaluare: monitorizare dinamică și personalizată, adaptată evoluției FA și condițiilor asociate.

Implicarea activă a pacientului este fundamentală pentru obținerea unor rezultate mai bune, creșterea aderenței și identificarea precoce a modificărilor clinice. O abordare centrată pe pacient și luarea deciziilor în comun facilitează alegerea terapiei potrivite fiecărei persoane, mai ales în FA, unde unele intervenții ținesc simptomele, iar altele influențează prognosticul pe termen lung. Educația și conștientizarea sunt esențiale atât pentru pacienți, cât și pentru profesioniștii din sănătate, pentru reducerea impactului FA asupra individului și a sistemului medical. Deoarece protocoalele acoperă doar scenariile frecvente și susținute de dovezi, este necesară o îngrijire coordonată în echipe multidisciplinare. Protocolul clinic național este elaborat în concordanță cu Ghidul ESC 2024 „Guidelines for the ma-

nagement of atrial fibrillation” și servește drept bază pentru protocoalele instituționale. La recomandarea Ministerului Sănătății al RM, pentru monitorizarea implementării pot fi utilizate formulare suplimentare, neincluse în protocolul clinic național.

PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A1. Diagnosticul: Fibrilație atrială

Exemple de diagnostic clinic:

- Cardiopatie ischemică, angină pectorală de efort, clasa funcțională II, infarct miocardic vechi (2015), fibrilație atrială paroxistică (paroxism din 01.01.2019), clasa funcțională EHRA III, risc tromboembolic moderat (scor CHA2DS2-VA-1), insuficiență cardiacă de gradul II NYHA.
- Hipertensiune arterială de gradul III, cardiopatie hipertensivă, fibrilație atrială permanentă, clasa funcțională EHRA II, risc tromboembolic înalt (scor CHA2DS2-VA-3), insuficiență cardiacă de gradul II NYHA.
- Fibrilație atrială persistentă idiopatică, clasa funcțională EHRA I, risc tromboembolic mic (scor CHA2DS2-VA-0), ritm sinusal restabilit prin cardioversie electrică 01.01.2024.

A.2. Codul bolii (CIM 10): I48

A.3. Utilizatori:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de Secția consultativă SCR „T. Moșneaga” (medici interniști/ medici cardiologi);
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de UPU SCR „T. Moșneaga” (medici de urgență);
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de IMSP SCR „T. Moșneaga” (secția Terapie generală cu alergologie (medici interniști)/secțiile Departamentului Terapie);

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

- Sporirea proporției pacienților cu fibrilație atrială supuși examenului standard.
- Majorarea numărului de pacienți cu fibrilație atrială cu o durată de până la 24 de ore de la debut, cărora le-a fost aplicată strategia de control al ritmului sinusal.
- Sporirea numărului pacienților cu fibrilație atrială și risc sporit pentru complicații tromboembolice, supuși tratamentului anticoagulant.
- Sporirea proporției pacienților cu fibrilație atrială permanentă, care efectuează un control adecvat al frecvenței ventriculare.
- Majorarea numărului de pacienți cu fibrilație atrială, supuși școlarizării, inclusiv referitor la prevenirea complicațiilor și strategiile de tratament.
- Reducerea ratei complicațiilor în fibrilația atrială.

A.5. Elaborat: 2009

A.6 Actualizat: 2026

A.7. Următoarea revizuire: 2031

**A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elab-
rarea protocolului:**

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Aurel Grosu</i>	dr. hab. med., prof.univ., șef Departament cardiologie, IMSP Institutul de Cardiologie
<i>Lilia David</i>	dr. șt. med., conf.univ., șef Secție cardiologie, IMSP Institutul de Cardiologie
<i>Cristina Gratii</i>	dr. șt. med., conf.univ., cardiolog, IMSP Institutul de Cardiologie
<i>Aurica Răducan</i>	dr. șt. med., conf.univ., cardiolog, IMSP Institutul de Cardiologie
<i>Nadejda Diaconu</i>	dr. șt. med., conf.univ., IMSP Institutul de Cardiologie
<i>Ion Gobjilă</i>	medic-rezident, Disciplina cardiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

A.9. Definiții folosite în document

Fibrilația atrială – aritmie supraventriculară caracterizată prin activare atrială necoordonată, ceea ce determină pierderea contracției atriale eficiente.

Fibrilația atrială primar diagnosticată – aritmia care nu a fost diagnosticată anterior, indiferent de statusul simptomatic, tiparul temporal sau durată.

Fibrilația atrială paroxistică – FA care se termină spontan în decurs de 7 zile sau cu ajutorul unor intervenții. Dovezile sugerează că majoritatea paroxismelor auto-limitante durează mai puțin de 48 de ore.

Fibrilația atrială persistentă – Episoadele de FA care nu se termină spontan, durează de obicei mai mult de 7 zile și care necesită cardioversie electrică sau farmacologică.

Fibrilația atrială persistentă de lungă durată – FA cu o durată de cel puțin 12 luni de la momentul adoptării strategiei de control al ritmului (ceea ce o diferențiază de FA permanentă).

Fibrilația atrială permanentă sau cronică – FA pentru care tentativele de conversie electrică sau medicamentoasă au eșuat sau riscul de reapariție a aritmiei în scurt timp este foarte probabilă și pentru care nu se mai intenționează restabilirea ritmului sinusal, în urma unei decizii comune între pacient și medic.

Fibrilația atrială izolată sau idiopatică – aritmia apare la pacienți pe un cord ecocardiografic normal.

Controlul ritmului sinusal – tratamentul ce prevede restabilirea și menținerea ritmului sinusal.

Controlul frecvenței ventriculare – tratamentul ce prevede controlul frecvenței ventriculare în fibrilația atrială.

Riscul tromboembolic – complicații tromboembolice în fibrilația atrială

A.10 Alte concepte clinice relevante pentru FA

Concept clinic	Definiție
FA clinică	FA simptomatică sau asimptomatică, care este clar documentată prin ECG (cu 12 derivații sau alte dispozitive ECG). Durata minimă pentru stabilirea diagnosticului de FA clinică prin ECG ambulatoriu nu este clar definită și depinde de contextul clinic. Perioada de 30 de secunde sau mai mult pot ridica suspiciuni clinice și pot justifica monitorizare suplimentară sau stratificare a riscului tromboembolic.
FA subclinică detectată prin dispozitiv	FA subclinică detectată prin dispozitiv se referă la episoadele asimptomatice de FA detectate prin dispozitive de monitorizare continuă. Acestea includ dispozitive electronice cardiace implantabile, pentru care majoritatea episoadelor atriale cu frecvență înaltă (AHRE) pot reprezenta FA, precum și monitoare portabile destinate utilizatorilor. Confirmarea necesită evalu-

	area de către un specialist competent prin analiza electrogramelor intracardiacă sau a unui ritm înregistrat cu ECG. FA subclinică detectată prin dispozitiv este considerată un predictor pentru FA clinică viitoare.
Povara aritmică în FA	Timpul total petrecut în FA pe parcursul unei perioade clar specificate și raportate de monitorizare, exprimat ca procent de timp.
FA cu debut recent	Există tot mai multe date privind valoarea termenului de FA cu debut recent în luarea deciziilor pentru cardioversia acută farmacologică sau electrică. Intervalul de timp care definește această entitate nu a fost încă stabilit.
FA indusă de factori declanșatori	Episod nou de FA apărut în strânsă legătură cu un factor declanșator identificabil și potențial reversibil.
FA autolimitată	FA paroxistica care se termină spontan. Această definiție poate fi utilă pentru deciziile privind controlul acut al ritmului, stabilite în comun de pacient și personalul medical.
FA non-autolimitată	FA care nu se termină spontan și, dacă este necesar, terminarea poate fi obținută doar printr-o intervenție.
Cardiomiopatia atrială	O combinație de modificări structurale, electrice sau funcționale ale atriilor care duc la impact clinic (de exemplu, progresia/recurența FA, eficacitatea redusă a terapiei FA și/sau dezvoltarea insuficienței cardiace). Include remodelarea inflamatorie și protrombotică a atriilor, activarea neurohormonală (cu impact asupra ventriculelor) și fibroză a țesutului miocardic.

Episoadele atriale cu frecvență înaltă (AHRE) sunt definite ca episoade care durează, în general, mai mult de 5 minute, cu o frecvență atrială ≥ 170 bpm, detectate de dispozitive cardiace implantabile, care permit monitorizare continuă automată și stocarea ritmului atrial. Aceste episoade trebuie verificate vizual, deoarece unele pot prezenta artefacte electrice sau rezultate fals pozitive.

A.11. Informație epidemiologică

Fibrilația atrială este cea mai frecventă aritmie susținută la nivel mondial, cu o prevalență globală estimată în 2019 de 59,7 milioane de persoane afectate. Numărul de cazuri noi de FA se dublează la fiecare câteva decenii. Se anticipează creșteri viitoare, în special în țările cu venituri medii. În populațiile generale, prevalența FA este de aproximativ 3% printre adulții cu vârsta peste 20 de ani, iar într-o cohortă din Statele Unite ale Americii a fost de până la 5,9%. Ratele standardizate pe vârstă pentru prevalență și incidență au rămas constante în timp. Creșterea prevalenței generale se explică, în principal, prin îmbătrânirea populației, supraviețuirea în urma altor boli cardiovasculare și creșterea conștientizării și detectării FA. Riscul de a dezvolta FA pe parcursul vieții este estimat la 1 din 3 pentru persoanele vârstnice, cu rate de incidență standardizate mai mari la bărbați decât la femei.

Populațiile cu origine europeană au, de regulă, o prevalență mai mare a FA; persoanele de origine africană au prognostic mai nefavorabil, iar alte grupuri pot avea acces mai limitat la intervenții. Factori socio-economici și alți determinanți contribuie probabil la diferențele rasiale și etnice în FA, dar studiile sunt limitate de inegalitățile de acces la sistemele de sănătate. Deprivarea socială și condițiile de trai precare sunt asociate cu o incidență crescută a FA.

Fibrilația atrială se asociază cu o dublare a riscului de mortalitate de toate cauzele la femei și cu o creștere de 1,5 ori la bărbați. Circa 20-30% dintre accidentele vasculare cerebrale ischemice apar ca o consecință a fibrilației atriale, un număr mare de pacienți cu AVC fiind diagnosticați cu FA silențioasă sau paroxistică. Rata anuală a complicațiilor tromboembolice din fibrilația atrială valvulară este de 17.5%, iar în cea nonvalvulară – circa 5%.

A.12. Clase de recomandare și nivele de evidență

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Nu este recomandat, sunt posibile abordări alternative
Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate	
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non randomizat de amploare	
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre	

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de Secția consultativă SCR „T. Moșneaga”

1. Screening-ul FA	Depistarea precoce a pacienților cu FA permite aplicarea tratamentului în scopul prevenirii complicațiilor aritmiei.	Standard/Obligatori: • ECG la toți pacienții care s-au adresat cu suspecție de patologie cardiovasculară (Caseta 1, tabelul 1). • La persoanele cu vârsta ≥ 65 ani se recomandă aprecierea regularității pulsului urmată de înregistrarea ECG. (Caseta 30, Tabelul 10). • La pacienții cu accident vascular cerebral ischemic tranzitor sau constituit este recomandat screening-ul pentru FA în termen scurt prin înregistrare ECG sau monitorizare ECG timp de 24-72 ore, inclusiv repetate. • Se recomandă interogarea dispozitivelor implantate (pacemaker sau ICD) în vederea depistării episoadelor de ritm atrial cu frecvență înaltă (RAF) peste 180/min cu durată 5-6 min. Pacienții cu RAF ulterior vor fi supuși în continuare monitorizării ECG pentru documentarea FA și inițierea terapiei. • La pacienții cu accident vascular cerebral, este rezonabil monitorizarea ECG cu dispozitive implantabile pe termen lung (înregistrare în buclă continuă) pentru documentarea fibrilației atriale silențioase. • Screening sistematic a ECG poate fi considerat pentru detectarea FA la pacienți cu vârsta > 75 ani, sau cei cu risc sporit pentru accident vascular cerebral ischemic (Caseta 30).
1.1 Identificarea și tratamentul comorbidităților și factorilor de risc.	Diagnosticarea comorbidităților și factorilor de risc-parte importantă a îngrijirii pacientului cu FA	Gestionarea comorbidităților este esențială în îngrijirea pacienților cu FA, cu dovezi certe pentru hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, diabet zaharat, obezitate și apnee în somn, împreună cu modificări ale stilului de viață în activitatea fizică și consum de alcool (C.1.6, Caseta 5).
1.2. Estimarea riscului tromboembolic și hemoragic	Riscul tromboembolic va determina necesitatea tratamentului anticoagulant.	Standard/Obligatori: • Anamneza • Examenul fizic • Analize de laborator (C.1.7, Tabel 4, Caseta 6).
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea FA și identificarea patologiilor pe fundalul cărora a apărut aritmia	Manifestările clinice (auscultativ) – FA trebuie confirmată prin ECG.	Standard/Obligatori: • Anamneza generală și a aritmiei (Caseta 2, figura 1, Tabelul 1, Tabelul 2, Caseta 3). • ECG la toți pacienții care s-au adresat cu suspecție de tulburări de ritm. (Caseta 1) • EcoCG • Holter ECG • Analiza generală a sângelui.

		• Hormonii glandei tiroide, probele renale și hepatice. • Radiografia cutiei toracice. • Spirografie • Poligrafie cardiorespiratorie - dacă este disponibil.
2.2. Estimarea riscului tromboembolic și hemoragic	Riscul tromboembolic va determina necesitatea tratamentului anticoagulant.	Standard/Obligativ: • Anamneza • Examenul fizic • Analize de laborator (analiza generală a sângelui cu nr. trombocitelor, urinograma, glicemia, INR, probele renale și hepatice, NT-proBNP, RFG, troponină, (Casetă 6, Tabelul 4).
3. Tratatamentul		
3.1 Tratatamentul anti-aritmic		
3.2. Controlul frecvenței ventriculare	Frecvența ventriculară înaltă agravează tabloul clinic (simptomele), exacerbează insuficiența cardiacă preexistentă, pe termen lung (luni) duce la cardiopatie indusă de tahicardie.	Standard/Obligativ: <i>Controlul frecvenței ventriculare, în lipsa semnelor clinice de IC și a sindromului de preexcitare ventriculară:</i> (Casetă 15, Tabelul 7). <u>Control rapid (este necesar monitorizarea TA, FCC, ECG):</u> • Sol. Metoprololum * 2.5-5 mg i.v. în 2 min (doza maximă cumulativă - 15 mg) sau • Sol. Verapamilum 2,5 -10 mg i.v. bolus în 5 min, sau • Sol. Digoxinum 0.5 mg i.v. bolus (0,75-1,5 mg în 24 ore în doze divizate), sau • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos) sau Tab. Amiodaronum 200 mg – Standard: 600 mg/zi până la 2–4 săptămâni, sau Accelerată: 1200 mg/zi în divizat în 3 prize timp de 1 săptămână. (Scopul este de a obține doze cumulative de 10-15 g prin încărcare orală) (Tabelul 7), sau Control permanent: • Beta-adrenoblocante (Metoprololum, Bisoprololum, Atenololum*, Nebivololum, Carvedilolum) în doze corespunzătoare, sau • Tab. Verapamilum 80–120 mg la/8 ore (ER) sau 180–240 mg în/zi (doza maxim 480 mg/zi) sau 480 mg (EL) o dată pe zi, sau • Tab. Diltiazemum* 60 mg la 8 ore (ER) sau 120–360 mg în/24 ore (maxim 480 mg/zi). Notă: Controlul inefficient al frecvenței ventriculare în absența semnelor clinice de IC impune spitalizare programată.

		Controlul frecvenței ventriculare, în prezența semnelor clinice de IC și lipsa sindromului de preexcitare ventriculară: (Casetă 15, Tabelul 7). Control rapid: (este necesar monitorizarea TA, FCC, ECG): - Sol. Digoxinum 0.5 mg i.v. bolus (0,75-1,5 mg în 24 ore în doze divizate), sau - Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos) (Tabel 7). Control permanent: Tab. Digoxinum 0.0625-0.25 mg/zi, sau Beta-adrenoblocante acceptate în IC (Bisoprololum, Carvedilolum, Metoprololum) în doze corespunzătoare Notă: Lipsa controlului eficient al frecvenței ventriculare în cazul progresării semnelor clinice de IC se impune spitalizare. Controlul frecvenței ventriculare la pacienții cu sindrom de preexcitare ventriculară: Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos) Notă: Lipsa controlului eficient al frecvenței ventriculare impune spitalizare. În cazul FA cu FCC ventriculară < 50 bătăi/minut: Excluderea medicamentelor cu efect dromotrop negativ Sol. Atropini sulfas 0.5-1 mg i.v. lent. Notă: În cazul persistării frecvenței ventriculare joase se impune spitalizare de urgență
3.3. Evaluarea eficacității controlului frecvenței ventriculare	Frecvența ventriculară neadecvat controlată nu previne apariția și/sau dezvoltarea cardiopatiei induse de tahicardie.	Standard/Obligatoriu: - Test mers de 6 minute: FCC la sfârșitul testului sub 110 bătăi/minut indică un control adecvat al frecvenței ventriculare - Monitorizare ECG tip Holter (dacă este disponibilă) (Tabelul 2).
3.4. Restabilirea ritmului sinus (FA cu durată sub 24 de ore)	Restabilirea ritmului sinus permite ameliorarea stării clinice a pacientului, înlătură simptomele generate de aritmie, sporește debitul cardiac și toleranța la efort fizic.	Este rațională la pacienții cu restabiliri anterioare ale ritmului sinus în condiții de ambulator, fără careva complicații (Casetă 16, Tabelul 8). - Tab. Amiodaronum 200 mg Standard: 600 mg/zi până la 2-4 săptămâni Accelerată: 1200 mg/zi în divizat în 3 prize timp de 1 săptămână. (Scopul este de a obține doze cumulative de 10-15 g prin încărcare orală), sau - Tab. Flecainidum* 100-150 mg de 2 ori/zi (doza maximă 200-300 mg) (ER), sau - Tab. Propafenonum 150-300 mg de 2-3 ori/zi

		(doza maximă 450-600 mg/zi) Notă: Dacă ritmul sinusal nu s-a restabilit pe parcurs de 24 de ore, se va iniția tratament anticoagulant.
3.5. Controlul ritmului sinusal	Recidivele frecvente impun prescrierea tratamentului antiaritmie în scopul menținerii ritmului sinusal.	• Tab. Flecainidum* 50-150 mg de 2 ori/zi, sau • Tab. Propafenonum 150-300 mg/zi, sau • Tab. Amiodaronum 200 mg/zi (Caseta 18, 19 Tabelul 8).
3.6. Tratamentul antitrombotic	Tratament antitrombotic permite profilaxia complicațiilor tromboembolice în FA. Terapia antitrombotică va fi prescrisă în baza unei decizii comune a medicului și pacientului, după evaluarea riscurilor pentru AVC și hemoragie, cu acordul pacientului.	Tratamentul antitrombotic se va face cu anticoagulate orale directe, fie DOAC (ex. Dabigatranum*, Rivaroxabanum, Apixabanum, Edoxabanum) sau AVK (ex. Warfarinum, Acenocoumarolum) (Caseta 6;7, Tabelul 5). Terapia antiagregantă (Acidum acetylsalicylicum sau Clopidogrelum) nu înlocuiește terapia anticoagulantă și nu trebuie luată în considerație la pacienții fără indicații specifice (ex. boala coronară) (Caseta 22). Dispozitivul de ocludere a AAS poate fi luat în considerație la pacienții cu contraindicații clare (bine definite) pentru ACO (Caseta 10,11) Notă: • AVK se administrează sub controlul INR, la începutul tratamentului zilnic, apoi săptămânal, ulterior lunar. INR trebuie menținut în limitele 2.0-3.0, cu un TTR ≥ 70% (Caseta 7). • Pentru selectarea și dirijarea tratamentului anticoagulant este rezonabil consultul sistematic al pacientului
4. Spitalizarea	Profilaxia complicațiilor și reducerea mortalității	1. Criterii de spitalizare Internarea pacientului se indică în prezența unuia sau mai multora dintre următoarele criterii: • Debut recent al fibrilației atriale, însoțit de simptomatologie semnificativă (palpitații intense, dispnee, durere toracică, amețeli, sincopă); • Instabilitate hemodinamică, manifestată prin hipotensiune arterială, semne de hipoperfuzie tisulară, alterarea stării de conștiență sau șoc; • Frecvență ventriculară necontrolată, cu impact clinic semnificativ; • Suspiciune sau confirmare de complicații acute, inclusiv accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă acută sau sindrom coronarian acut; • Necesitatea inițierii sau ajustării tratamentului anticoagulant în condiții de risc crescut (risc hemoragic, comorbidități severe, interacțiuni medicamentoase); • Indicație de cardioversie electrică sau farmacologică în condiții de monitorizare continuă; • Eșecul tratamentului ambulator sau agravarea

		simptomatologiei sub tratament; • Prezența comorbidităților severe sau decompensate (renale, hepatice, endocrine, pulmonare) care necesită supraveghere în regim de spitalizare; • Imposibilitatea asigurării tratamentului sau monitorizării adecvate în ambulator (condiții sociale sau cognitive nefavorabile).
B.2. Nivel de UPU SCR „T. Moșneaga”		
1. Diagnosticul	Evaluarea funcției și structurii cordului, identificarea condițiilor asociate care ar putea influența conduita de tratament a unui pacient cu FA	Standard/Obligativ: • Anamneza generală și a aritmiei (Caseta 1, fișura 1, Tabelul 1) Investigații: ECG Analiza generală a sângelui (inclusiv numărul trombocitelor) Probele hepatice și renale (ALT, AST, bilirubina și fracțiile ei, ureea, creatinina, RFG, Ionograma (Na, K, Cl) Troponine, KFK- MB, D-dimerii INR, timpul de protrombină Radiografia cutiei toracice- dacă sunt indicații EcoCG, NT-proBNP - dacă sunt disponibile
2. Tratamentul		
2.1. Controlul frecvenței ventriculare	Frecvența ventriculară înaltă agravează tabloul clinic (simptomelor), exacerbează insuficiența cardiacă preexistentă, insuficiența coronariană	Standard/Obligativ: Controlul frecvenței ventriculare, în lipsa semnelor clinice de IC și a sindromului de preexcitare ventriculară: (Caseta 15, Tabelul 7). Control rapid (este necesar monitorizarea TA, FCC, ECG): • Sol. Metoprololum * 2.5-5 mg i.v. în 2 min (doza maximă cumulativă - 15 mg), sau • Sol. Verapamilum 2,5 -10 mg i.v. bolus în 5 min, (contraindicat la pacienții cu FE<40%) sau • Sol. Digoxinum 0.5 mg i.v. bolus (0,75-1,5 mg în 24 ore în doze divizate), sau • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos central), urmată de 900-1200 mg i.v. diluată în 500 ml prin cateter venos central (Tabel 7). (Caseta 15, Tabelul 7) Controlul frecvenței ventriculare, în prezența semnelor clinice de IC și lipsa sindromului de preexcitare ventriculară: Control rapid: (Caseta 15, Tabelul 7). • Sol. Digoxinum 0.5 mg i.v. bolus (0,75-1,5 mg în 24 ore în doze divizate), sau • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cate-

		ter venos central), urmată de 900-1200 mg i.v.diluată în 500-1000 ml prin cateter venos (tabelul 7). Controlul frecvenței ventriculare la pacienții cu sindromul de preexcitare ventriculară: • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos central), urmată de 900-1200 mg i.v.diluată în 500 ml prin cateter venos. În cazul FA cu FCC ventriculară < 50 bătăi/minut: • Excluderea medicamentelor cu efect dromotrop negativ. • Sol. Atropini sulfas 0.5-1 mg i.v. lent evaluarea necesității de stimulare cardiacă Criterii pentru externare. Externarea pacientului după evaluarea și tratamentul este rezonabilă atunci când sunt îndeplinite cumulativ următoarele criterii: • starea hemodinamică este stabilă, iar frecvența cardiacă și simptomatologia asociată fibrilației atriale sunt adecvat controlate; • anticoagularea, dacă este indicată a fost inițiată și este asigurată o tranziție corespunzătoare către tratamentul ambulatoriu; • afecțiunile cardiace și/sau sistemice concomitente au fost identificate și adecvat controlate; • fibrilația atrială și comorbiditățile asociate pot fi gestionate în condiții de siguranță în ambulatoriu. 1. Criterii de spitalizare Internarea pacientului se indică în prezența unuia sau mai multora dintre următoarele criterii: • Debut recent al fibrilației atriale, însoțit de simptomatologie semnificativă (palpitații intense, dispnee, durere toracică, amețeli, sincopă); • Instabilitate hemodinamică, manifestată prin hipotensiune arterială, semne de hipoperfuzie tisulară, alterarea stării de conștiință sau șoc; • Frecvență ventriculară necontrolată, cu impact clinic semnificativ; • Suspiciune sau confirmare de complicații acute, inclusiv accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă acută sau sindrom coronarian acut; • Necesitatea inițierii sau ajustării tratamentului anticoagulant în condiții de risc crescut
--	--	---

		(risc hemoragic, comorbidități severe, interacțiuni medicamentoase); • Indicație de cardioversie electrică sau farmacologică în condiții de monitorizare continuă; • Eșecul tratamentului ambulator sau agravarea simptomatologiei sub tratament; • Prezența comorbidităților severe sau decompensate (renale, hepatice, endocrine, pulmonare) care necesită supraveghere în regim de spitalizare; • Imposibilitatea asigurării tratamentului sau monitorizării adecvate în ambulator (condiții sociale sau cognitive nefavorabile).
B.3. Nivel de IMSP Spitalul Clinic Republican „T. Moșneaga”		
Spitalizarea	Profilaxia complicațiilor și reducerea mortalității	Spitalizare conform criteriilor indicate mai sus
1. Diagnosticul	Evaluarea funcției și structurii cordului, identificarea condițiilor asociate care ar putea influența conduita de tratament a unui pacient cu FA	Standard/Obligativ: • Anamneza generală și a aritmiei (Caseta 1, figura 1, Tabelul 1) Investigații: ECG Analiza generală a sângelui (inclusiv numărul trombocitelor) Probele hepatice și renale (ALT, AST, GGT, bilirubina și fracțiile ei, ureea, creatinina, RFG) INR, timpul de protrombină, TTPA Ionograma (Na, K, Cl) Hormonii glandei tiroide (FT3, FT4, TSH) Radiografia cutiei toracice EcoCG Investigații speciale: Testul cu efort Monitorizarea ECG 24 de ore tip Holter Se recomandă interogarea dispozitivelor implantate (pacemaker sau ICD) în vederea depistării episoadelor de ritm atrial cu frecvență înaltă (RAF) peste 180/min cu durată 5-6 min. Pacienții cu RAF ulterior vor fi supuși în continuare monitorizării ECG pentru documentarea FA și inițierea terapiei. Recomandabil: NT-proBNP, troponine, Eco CG transesofagiană Studiul electrofiziologic Spirografie pulmonară Poligrafie cardiorespiratorie (la suspicie de SAOS) Notă: - dacă sunt disponibile
2. Tratamentul		

2.1. Controlul frecvenței ventriculare	Frecvența ventriculară înaltă agravează tabloul clinic (simptomele), exacerbează insuficiența cardiacă preexistentă, pe termen lung (luni) duce la cardiopatie indusă de tahicardie.	Standard/Obligatoriu: <i>Controlul frecvenței ventriculare, în lipsa semnelor clinice de IC și a sindromului de preexcitare ventriculară:</i> (Caseta 15, Tabelul 7). Control rapid (este necesar monitorizarea TA, FCC, ECG): • Sol. Metoprololum * 2.5-5 mg i.v. în 2 min (doza maximă cumulativă - 15 mg), sau • Sol. Verapamilum 2,5 -10 mg i.v. bolus în 5 min, sau • Sol. Digoxinum 0.5 mg i.v. bolus (0,75-1,5 mg în 24 ore în doze divizate), sau • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos central), urmată de 900-1200 mg i.v.diluată în 500-1000 ml prin cateter venos central (Tabel 7). Control permanent: (Caseta 15, Tabelul 7) • Beta-adrenoblocante (Metoprololum, Bisoprololum, Atenololum, Nebivololum, Carvedilolum) în doze corespunzătoare, sau • Tab. Verapamilum 80–120 mg la/8 ore (ER) sau 180–240 mg în/zi (doza maxim 480 mg/zi), sau • Tab. Diltiazemum* 60 mg la 8 ore (ER) sau 120–360 mg în/24 ore (maxim 480 mg/zi). <i>Controlul frecvenței ventriculare, în prezența semnelor clinice de IC și lipsa sindromului de preexcitare ventriculară:</i> Control rapid: (Caseta 15, Tabelul 7). • Sol. Digoxinum 0.5 mg i.v. bolus (0,75-1,5 mg în 24 ore în doze divizate), sau • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos central), urmată de 900-1200 mg i.v.diluată în 500-1000 ml prin cateter venos (tabelul 7). Control permanent: • Tab. Digoxinum 0.0625-0.25 mg/zi, sau • Beta-adrenoblocante acceptate în IC (Bisoprololum, Carvedilolum, Metoprololum) în doze corespunzătoare. <i>Controlul frecvenței ventriculare la pacienții cu sindromul de preexcitare ventriculară:</i> • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos central), urmată de 900-1200 mg i.v.diluată în 500-1000 ml prin cateter venos.
---	---	---

		În cazul FA cu FCC ventriculară < 50 bătăi/minut: • Excluderea medicamentelor cu efect dromotrop negativ. • Sol. Atropini sulfas 0.5-1 mg i.v. lent, sau • Electrocardiostimulator temporar, sau • Electrocardiostimulator permanent Notă: La pacienții sever simptomatici cu FA permanentă și cel puțin o spitalizare pentru IC, trebuie luată în considerare ablația nodului atrioventricular și implantarea stimulatorului cardiac, de preferință CRT (consultul specialistului aritmiolog)
2.2. Evaluarea eficacității controlului frecvenței ventriculare <i>C.5.1.</i>	Frecvența ventriculară neadecvat controlată nu previne apariția și/sau dezvoltarea cardiomiopatiei induse de tahicardie.	Standard/Obligatoriu: • Test mers de 6 min: FCC la sfârșitul test-ului sub 110 bătăi/minut indică un control adecvat al frecvenței ventriculare. Recomandabil: • Monitorizare ECG 24 de ore tip Holter (Tabelul 2).
2.3. Restabilirea ritmului sinus (FA cu durată sub 24 de ore)	Restabilirea ritmului sinus permite ameliorarea stării clinice a pacientului, înlătură simptomele generate de aritmie, sporește debitul cardiac și toleranța la efort fizic.	(Caseta 16, Tabelul 8) • Cardioversia electrică de urgență se va aplica în primele 24 ore fără anticoagulare sau pacienților cu instabilitate hemodinamică • Sol. Amiodaronum 300 mg i.v. diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil prin cateter venos central), urmată de 900-1200 mg i.v. diluată în 500-1000 ml prin cateter venos central (tabelul 7), sau • Tab. Amiodaronum 200 mg Standard: 600 mg/zi până la 2-4 săptămâni Accelerată: 1200 mg/zi în divizat în 3 prize timp de 1 săptămână. (Scopul este de a obține doze cumulative de 10-15 g prin încărcare orală), sau • Sol. Propafenonum* 2 mg/kg i.v. în 10 min, sau Tab. Propafenonum 150-300 mg de 2-3 ori/zi (total 450-600 mg/zi) sau • Tab. Quinidinum* 600 mg/zi (<i>utilizare limitată</i>), sau • Tab. Flecainidum* 10-150 mg de 2 ori/zi (total 200-300 mg/zi), sau • Sol. Procainamidum * 0.5-1.0 g i.v. lent, sau • Sol. Vernakalantum* 3mg/kg i.v. în 10 min; după o pauză de 15 min a doua administrare de 2 mg/kg i.v. în 10 min, sau • Cardioversie electrică (C.1.9, Caseta 17).
2.4. Restabilirea ritmului sinus (FA cu durată mai mult de 24 de ore)		Pregătirea pacientului pentru restabilirea RS în FA cu durată mai mult de 24 ore include: Standard/Obligatoriu: Administrarea ACO (Caseta 6; 7, Tabel 5): • DOAC pe parcurs la minimum 3 săptămâni

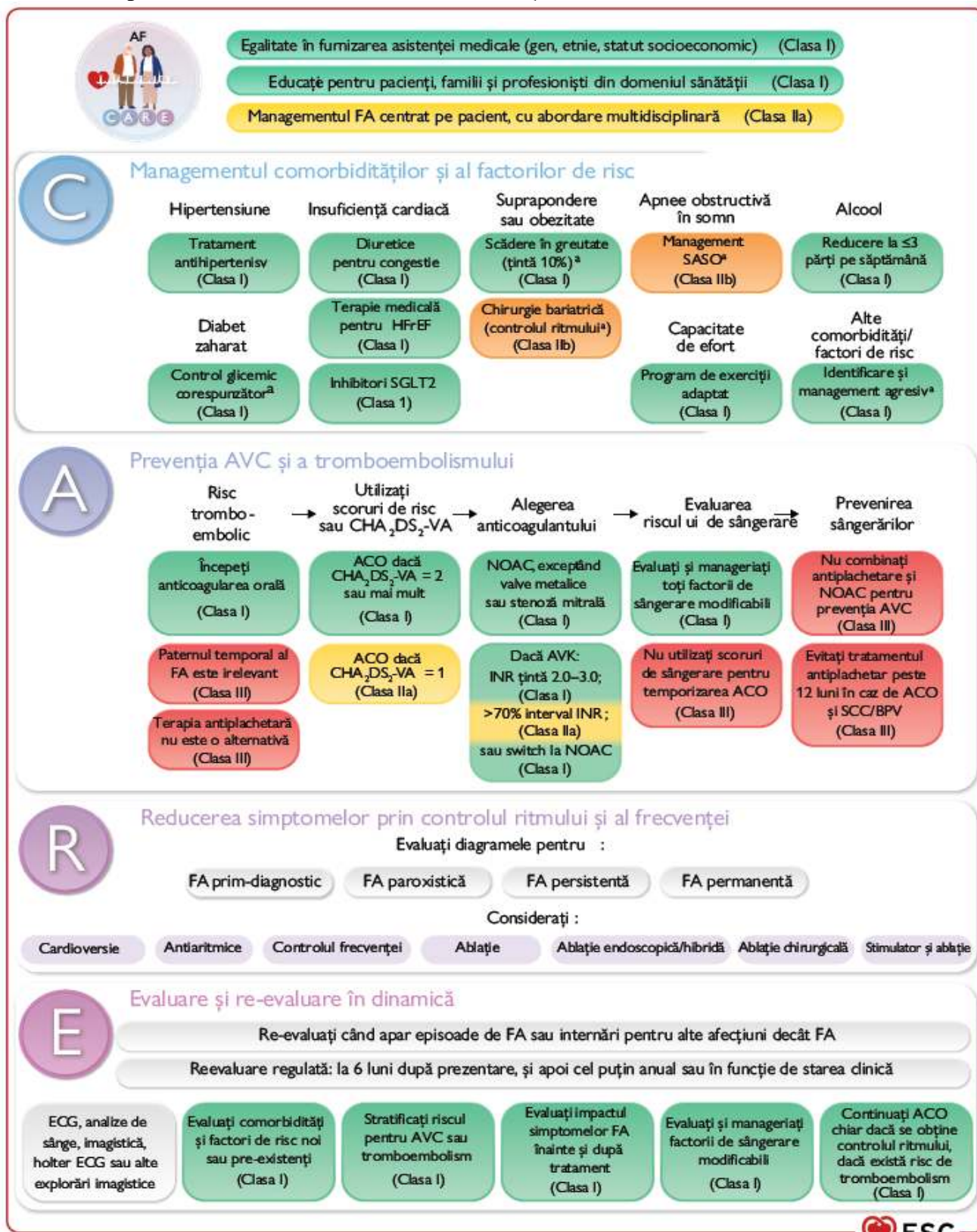
		până la CVE cu continuarea timp de 4 săptămâni după procedură. • Sau AVK sub controlul INR (2.0-3.0) pe parcurs de 3-4 săptămâni până și după cardioversia electrică • Evaluarea necesității terapiei anticoagulante de durată. • CVE programată ar putea fi ghidată de ecografia transesofagiană ca o metodă de alternativă a anticoagulării preprocedurale pentru excluderea trombilor intracavitari (C.1.9.) Opțional (la discreția medicului, după inițierea terapiei antitrombotice): Tab. Amiodaronum 200 mg Standard: 600 mg/zi până la 2–4 săptămâni, sau Accelerată: 1200 mg/zi în divizat în 3 prize timp de 1 săptămână. (Scopul este de a obține doze cumulative de 10-15 g prin încărcare orală). În lipsa restabilirii RS (medicamentos) se va efectua cardioversia electrică (C.1.9.)
2.5. Menținerea ritmului sinusal	La pacienții cu recidive frecvente este necesar tratament antiaritmie în scopul menținerii ritmului sinusal.	Selectarea tratamentului pentru controlul ritmului cu monitorizarea parametrilor EGG • Tab. Propafenonum 150-300 mg x 3 ori/zi, sau • Tab. Flecainidum* 50 – 150 mg (ER) x 2 ori/zi, sau • Tab. Amiodaronum 100 - 400 mg/zi, sau • Tab. Sotalolum 80-160 mg x 2 ori/zi, sau • Tab. Disopyramidum* 100-250 mg de 3 ori/zi (<i>utilizare limitată</i>), sau • Tab. Dronedaronum* 400 mg de 2 ori/zi (caseta 18; 19, Tabelul 8).
2.6. Tratamentul antitrombotic	Tratamentul antitrombotic permite profilaxia complicațiilor tromboembolice în FA. Terapia antitrombotică va fi prescrisă în baza unei decizii comune a medicului și pacientului, după evaluarea riscurilor pentru AVC și hemoragie, cu acord pacientului	Tratamentul antitrombotic se va face cu anticoagulante orale, fie DOAC (ex. Dabigatranum*, Rivaroxabanum, Apixabanum, Edoxabanum), fie AVK (ex. Warfarinum, Acenocoumarolum) (Caseta 6; 7, Tab. 5). Terapia antiagregantă (Acidum acetylsalicylicum sau Clopidogrelum) nu înlocuiește terapia anticoagulantă și nu trebuie luată în considerație la pacienții fără indicații specifice. Dispozitivul de ocludere a AAS poate fi luat în considerație la pacienții cu contraindicații bine definite pentru ACO (Caseta 10, 11). Notă 1: AVK se administrează sub controlul INR, la începutul tratamentului - zilnic, apoi săptămânal, ulterior - lunar. INR trebuie menținut în limitele 2.0-3.0 cu un TTR $\geq$ 70%. Notă 2: La pacienții cu FA cu proteze valvulare mecanice sau FA nonvalvulară cu risc tromboembolic crescut, care urmează să efectueze manevre

		chirurgicale sau diagnostice sângerânde, este necesară substituția anticoagulantelor orale cu HGMM în doze terapeutice corespunzătoare, cu reluarea ACO după depășirea riscului hemoragic. Nota 3: Terapia antitrombotică la pacienții cu FA care suportă AVC ischemic se va dirija de echipă multidisciplinară. Notă 4: Pacienții cu insuficiență renală necesită adaptarea dozei și o conduită specializată a tratamentului anticoagulant. Notă 5: Pentru selectarea și dirijarea tratamentului anticoagulant, în cazuri speciale, este rezonabil consultul pacientului la un specialist în anticoagulare.
2.7 Ablția cu cateter	Ablția cu cateter previne recidivele FA, reduce sarcina FA și îmbunătățește calitatea vieții la pacienții cu FA paroxistică sau persistentă simptomatică care nu răspunde sau manifestă intoleranță la medicația antiaritmică	Izolarea venelor pulmonare cu aplicarea radiofrecvenței sau crioablației conform indicațiilor (Caseta 20).
Anticoagularea la pacienții supuși ablației cu cateter	Prezența trombului LA este o contraindicație pentru ablația FA pe bază de cateter datorită riscului de dislocare a trombului care duce la accident vascular cerebral ischemic	Pacienții programați pentru ablația FA cu cateter cu un risc crescut de tromboembolism trebuie să administreze ACO trei săptămâni sau mai mult înainte de procedură (caseta 21).
2.8. Terapia supradozajului cu anticoagulante orale directe	Tratamentul corect și prompt al supradozajului cu ACO duce la creșterea ratei de supraviețuire a pacienților	Caseta 13;14, Tabelul 6.
2.9. Condiții asociate	Evidențierea particularităților de conduită terapeutică a FA în situații clinice speciale îmbunătățește rezultatele la distanță	C.8.1., Caseta 22; 23; 24.
4. Externarea pacientului din staționar cu referire la nivelul primar pentru tratament continuu și supraveghere	Sensibilizarea bolnavului și a medicului în scopul profilaxiei secundare (a recurențelor).	Criterii de externare • Externarea pacientului se realizează în prezența cumulativă a următoarelor condiții: • Stabilitate hemodinamică; • Controlul adecvat al frecvenței cardiace și/sau restabilirea ritmului sinus, conform obiectivelor terapeutice stabilite;

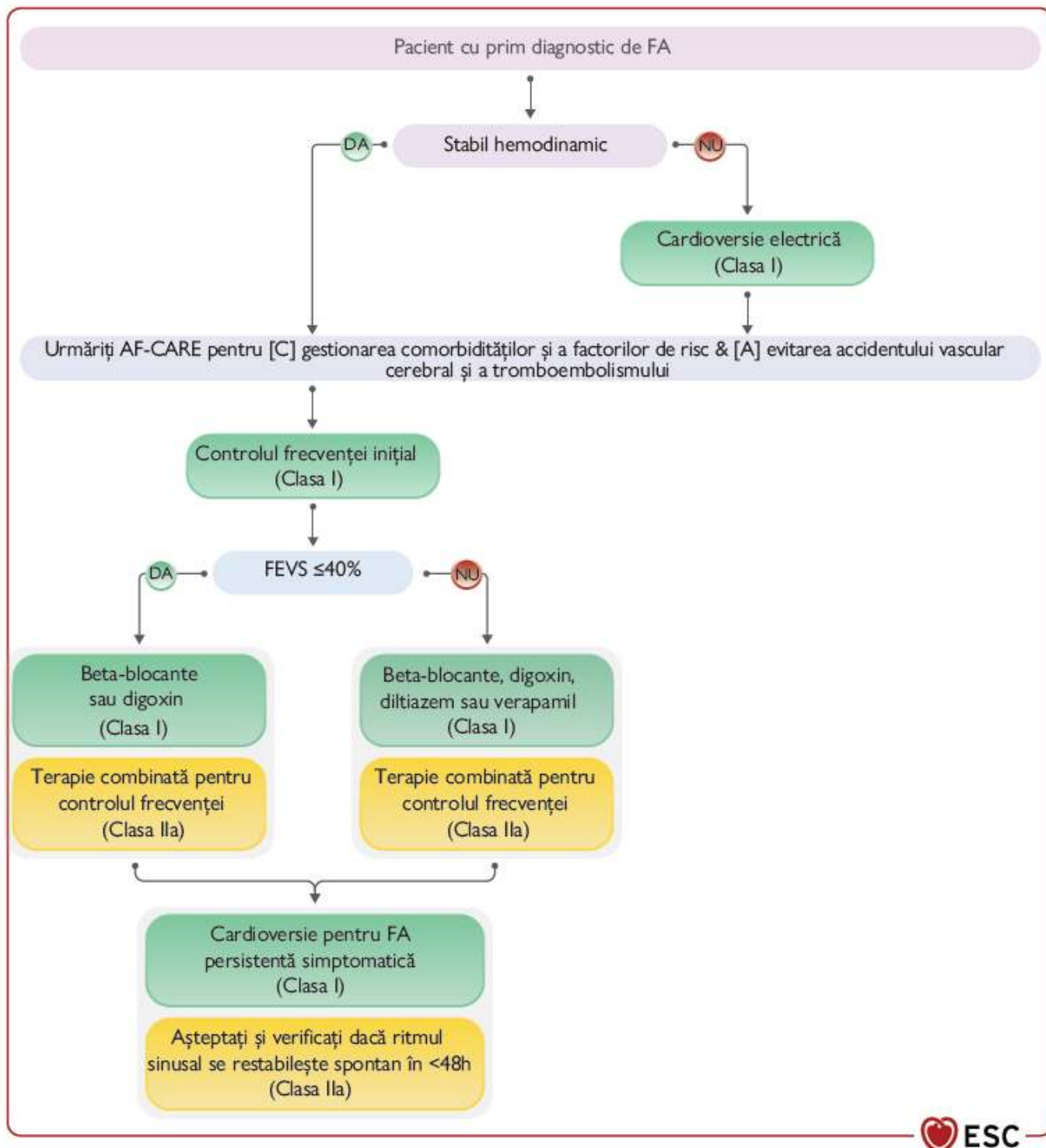
		• Inițierea și stabilizarea tratamentului anti-coagulant, cu evaluarea riscului tromboembolic și hemoragic; • Absența complicațiilor acute sau controlul adecvat al acestora; • Finalizarea investigațiilor esențiale pentru evaluarea clinică a pacientului; • Stabilirea unui plan terapeutic individualizat, care include schema de tratament, dozele și durata administrării; • Instruirea pacientului și/sau a rudelor privind: – administrarea corectă a tratamentului; – recunoașterea semnelor de alarmă (inclusiv simptome sugestive pentru accident vascular cerebral sau complicații hemoragice); – importanța aderenței la tratament; • Recomandarea unui plan de monitorizare post-externare (consultații, investigații periodice); • Asigurarea continuității îngrijirilor medicale în ambulator. Obligator! Extrasul va conține: • Diagnosticul precizat desfășurat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandări explicite pentru pacient (regim fizic, dietetic, tratament de durată). • Recomandări pentru medicul de familie: • Tratamentul de durată. • Necesitatea evaluării ulterioare a unor indici (ex. INR, lipidograma, ureea, creatinina etc). • Necesitatea consulturilor (primare sau repetate) a unor specialiști.
--	--	--

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

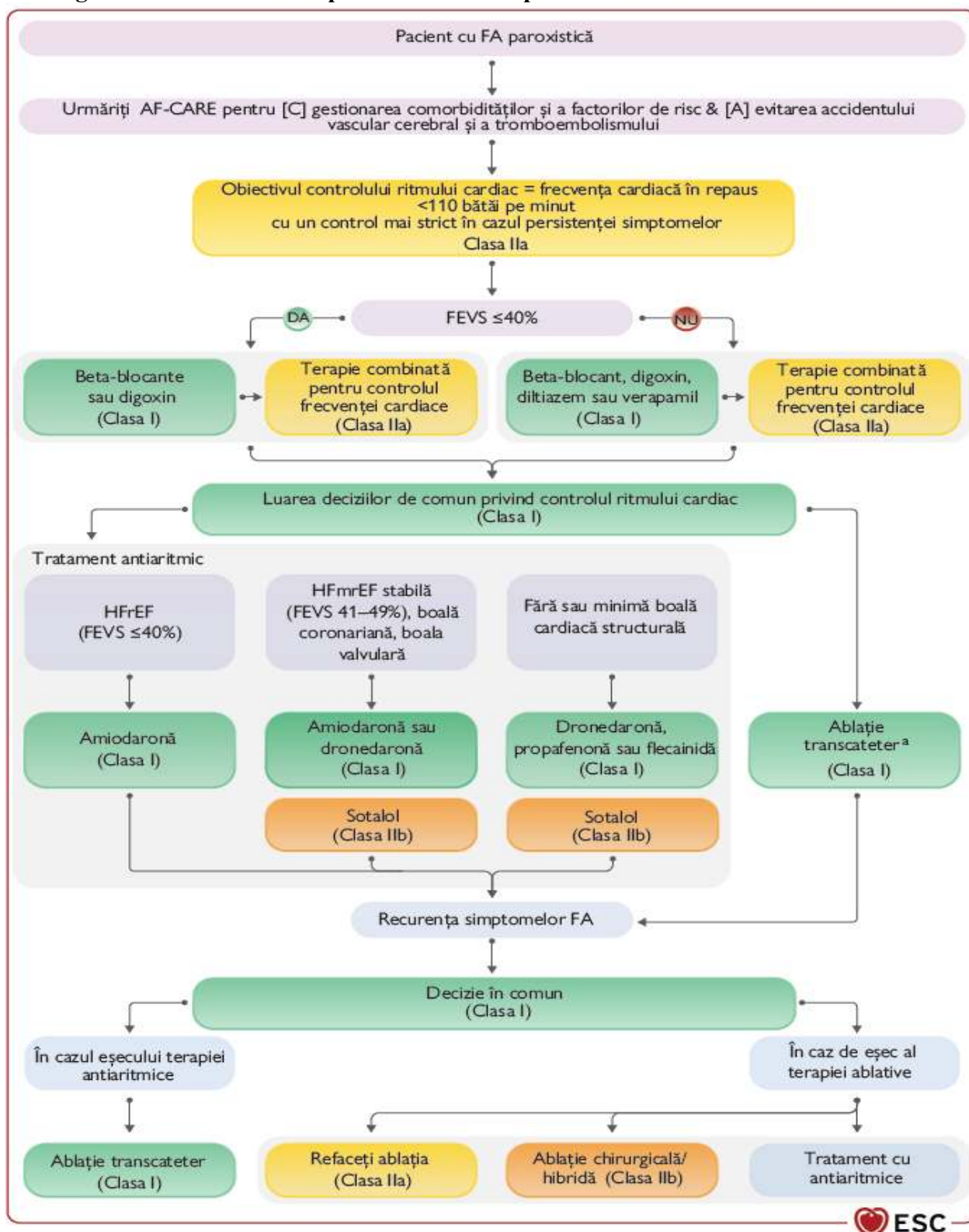
C.1.1. Traseul pacientului în cadrul AF-CARE. Ilustrația centrală



C.1.2. Algoritmul de abordare a pacientului cu FA primar diagnosticată

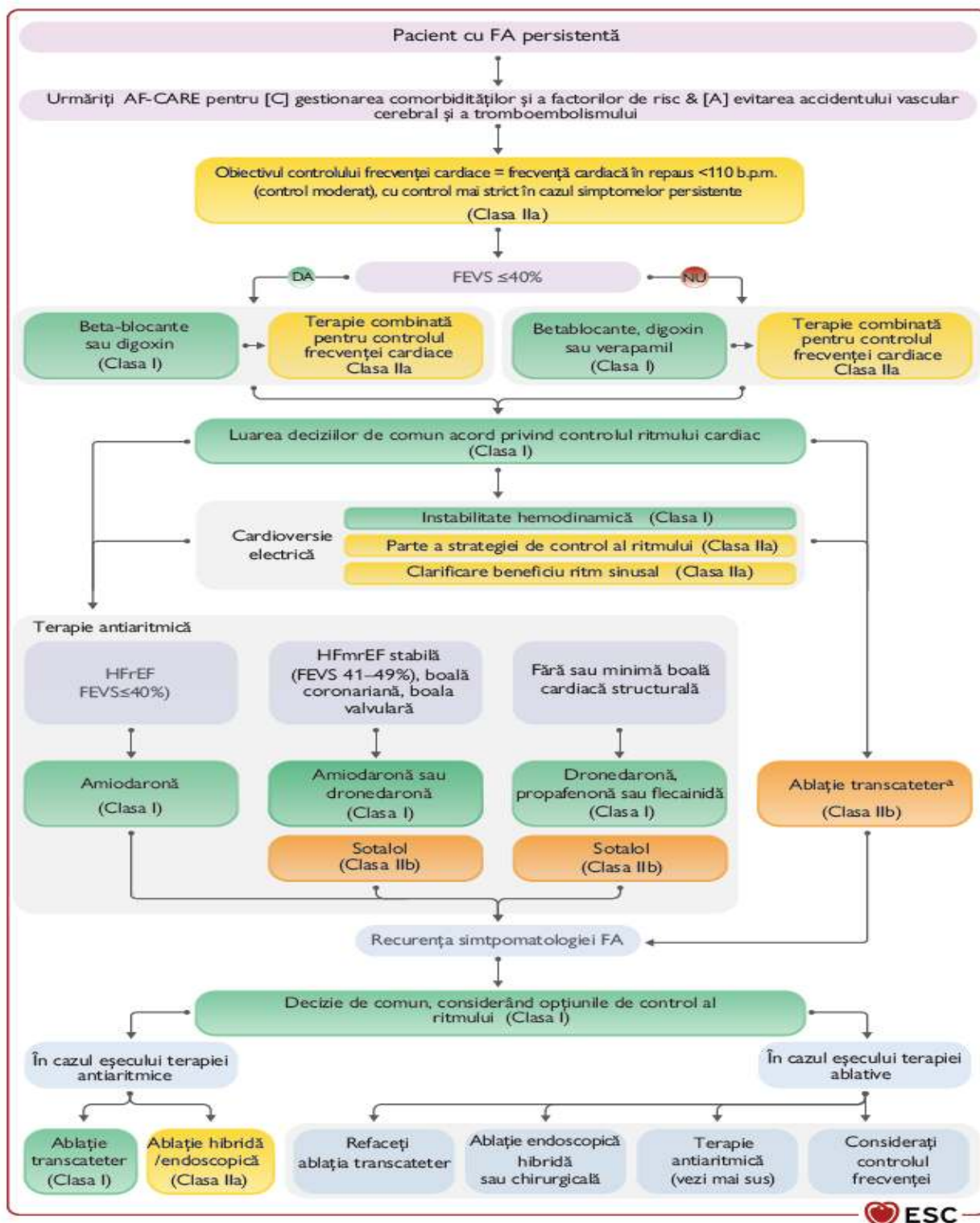


C.1.3. Algoritm de abordare a pacientului cu FA paroxistică



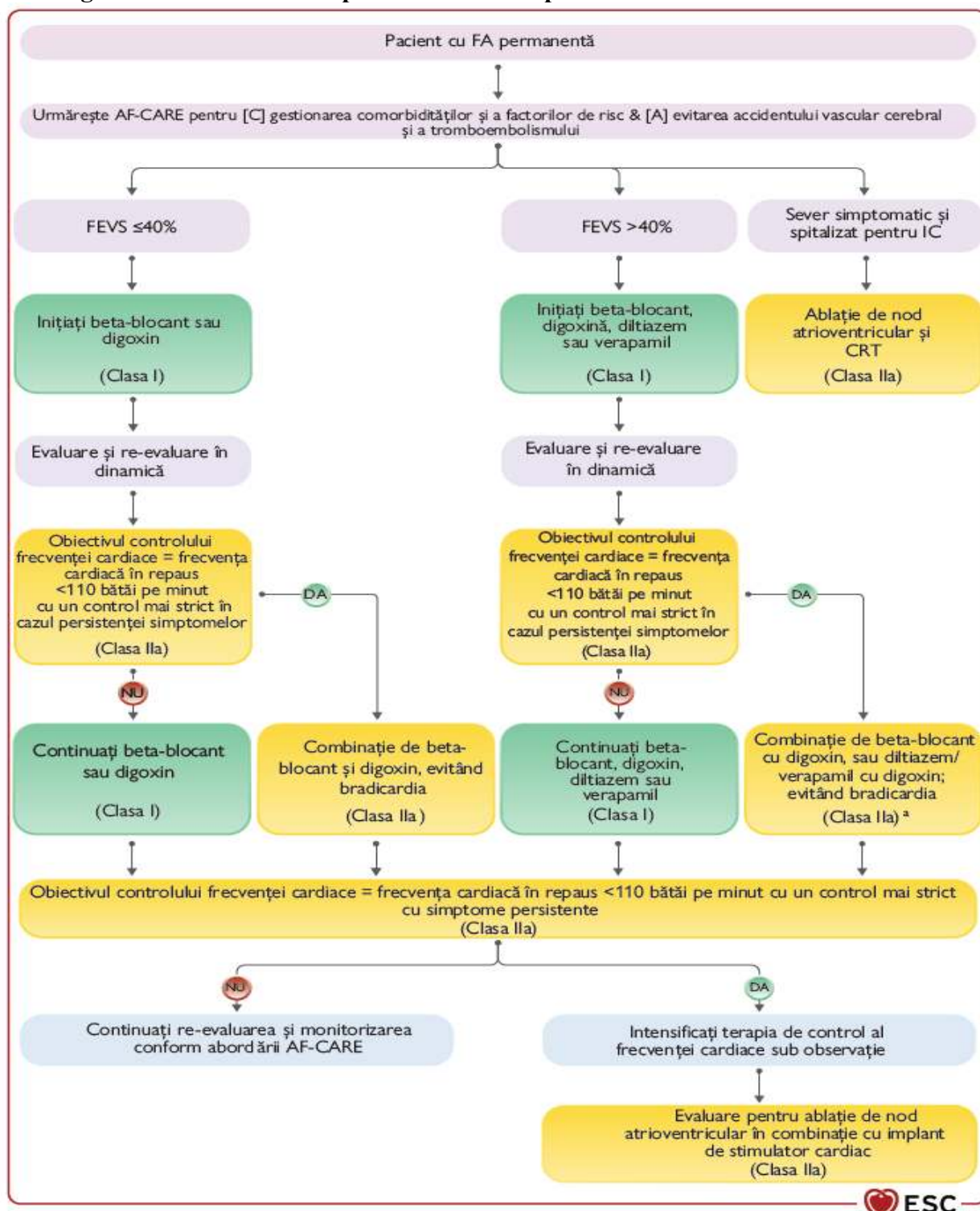
La pacienții cu IC-Fer: Clasa I dacă există o probabilitate mare de cardiomiopatie indusă de tahicardie; și Clasa IIa la pacienți selectați pentru îmbunătățirea prognosticului.

C.1.4. Algoritm de abordare a pacientului cu FA persistentă



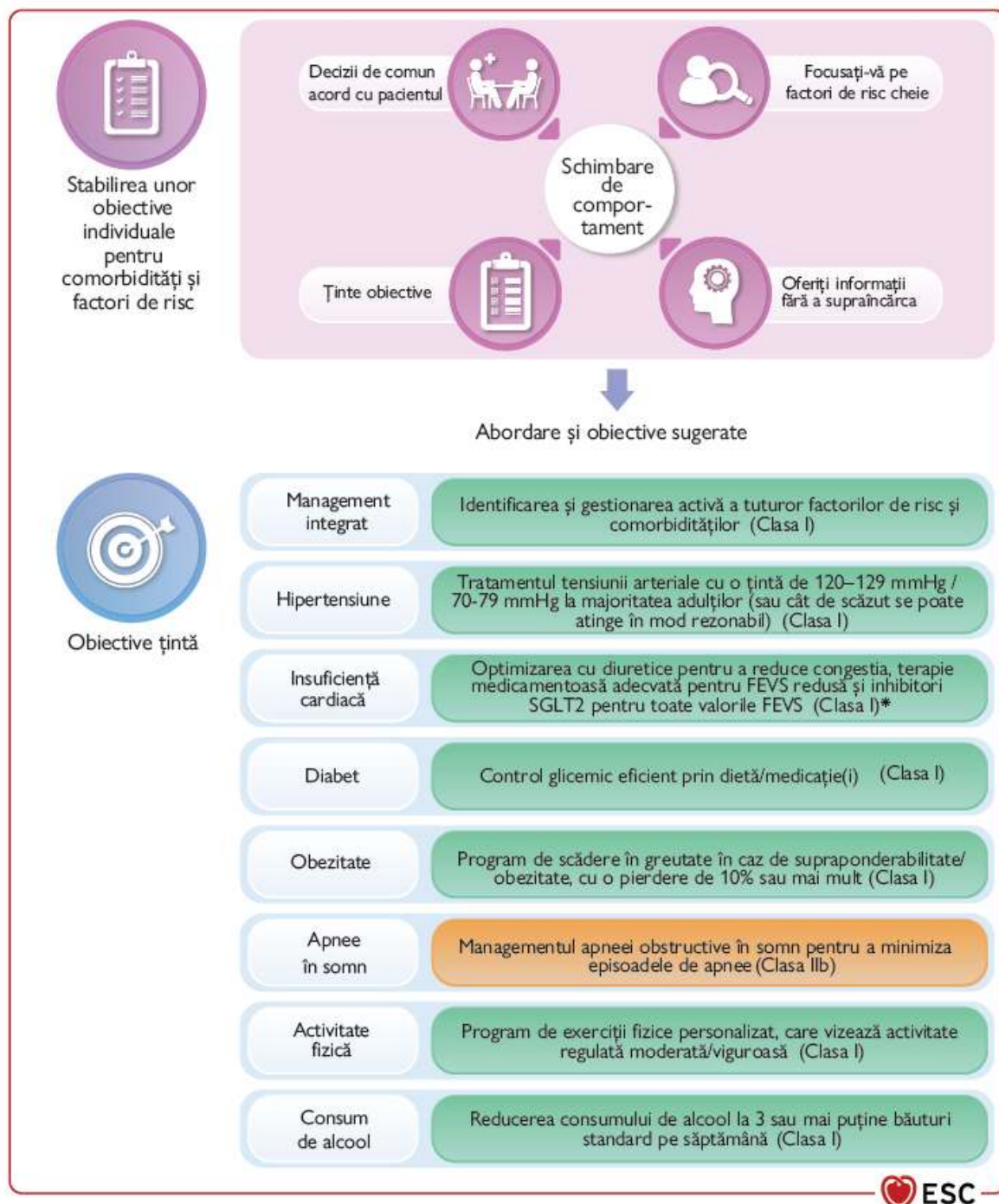
La pacienții cu IC-Fer: Clasa I dacă există o probabilitate mare de cardiomiopatie indusă de tahicardie; și Clasa IIa la pacienți selectați pentru îmbunătățirea prognosticului.

C.1.5. Algoritmul de abordare a pacientului cu FA permanentă



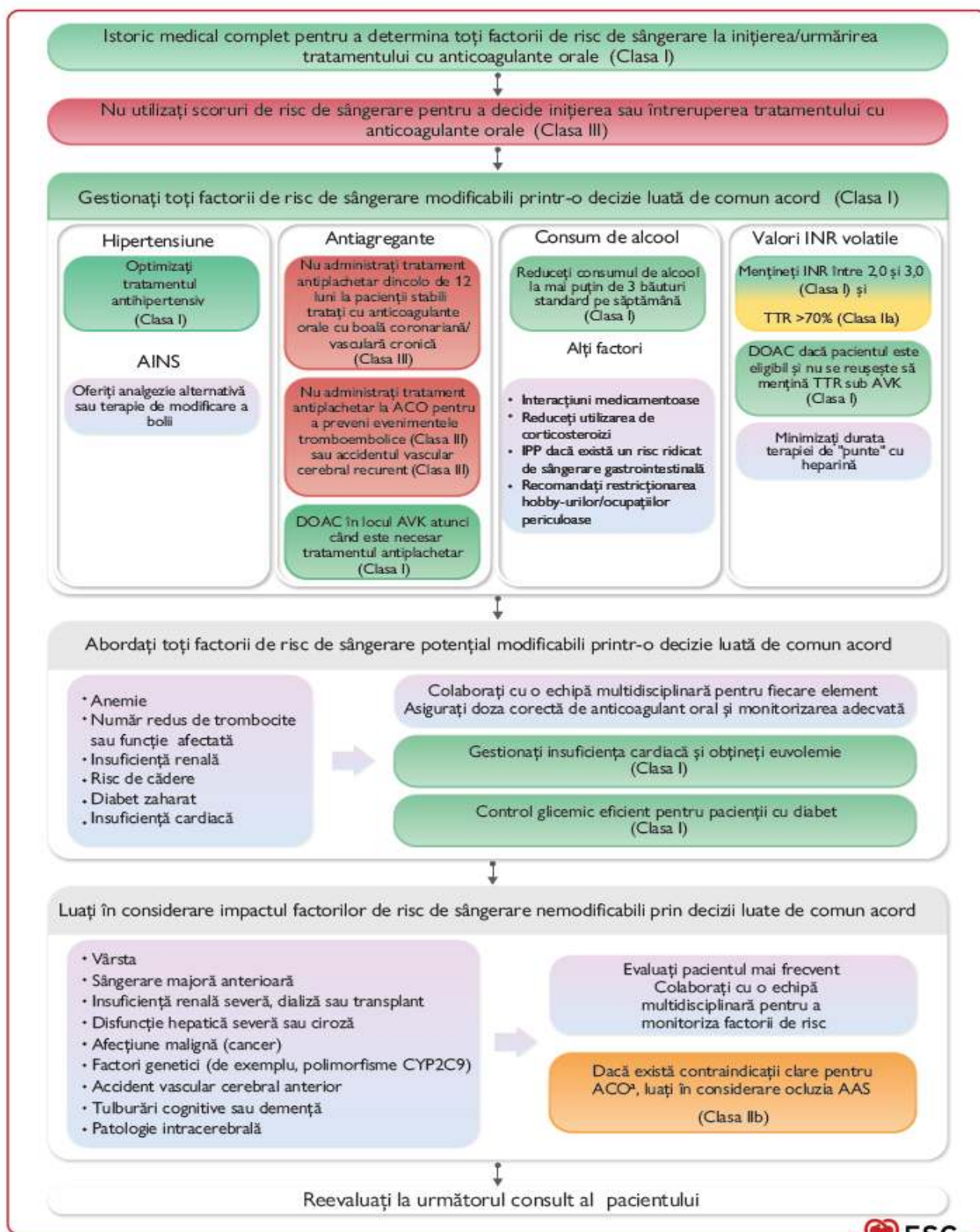
Fibrilația atrială permanentă reprezintă o decizie comună între pacient și medic, prin care se stabilește că nu se mai intenționează nicio altă tentativă de restabilire a ritmului sinusal. Se notează că asocierea dintre beta-blocante și Diltiazemum* sau Verapamilum trebuie utilizată doar la recomandarea unui specialist și monitorizată printr-un ECG ambulator pentru a verifica apariția bradicardiei.

C.1.6. Managementul comorbidităților-cheie pentru reducerea recurenței fibrilației atriale.



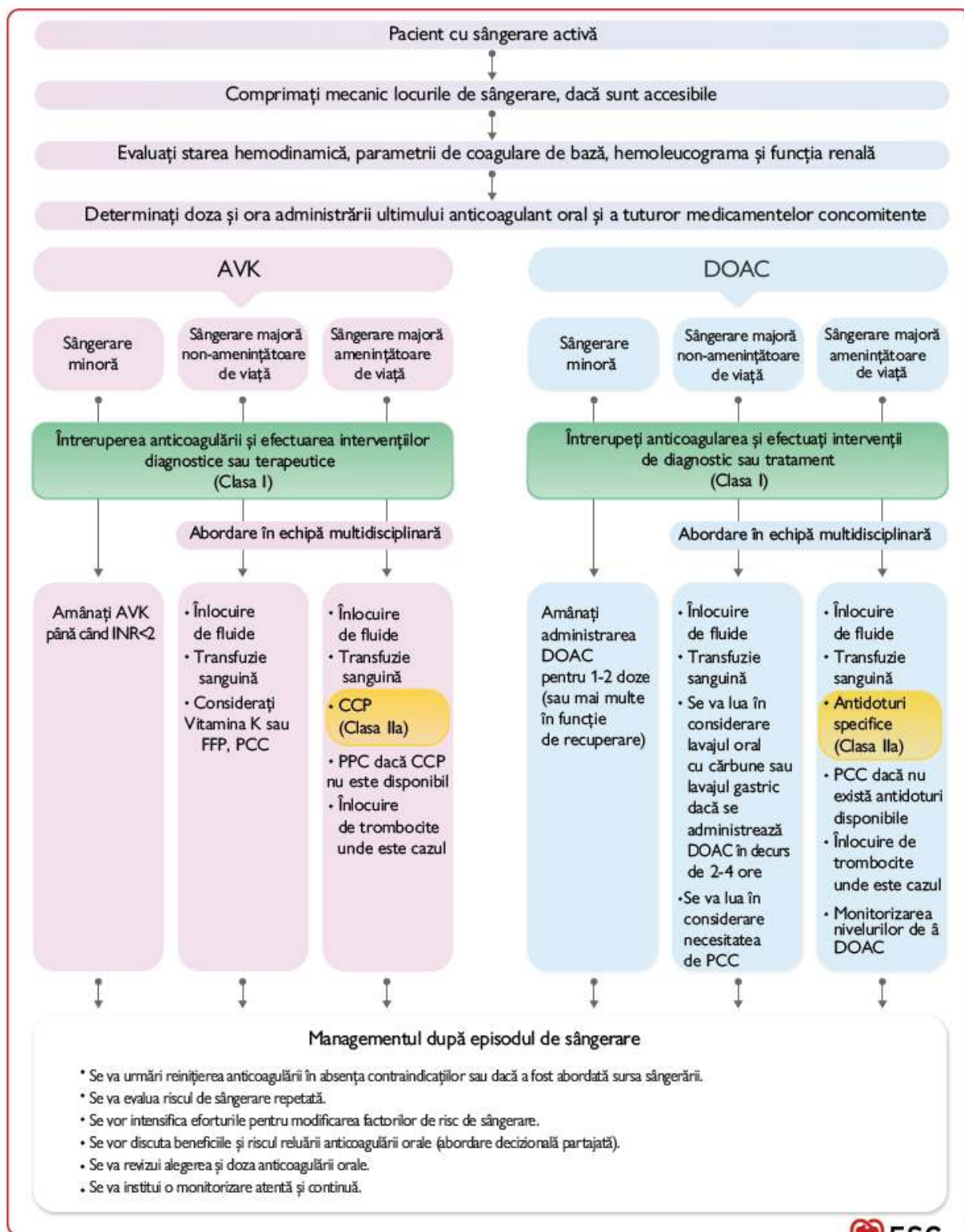
Pe lângă acești factori, trebuie luați în considerare și alți markeri care modifică riscul de accident vascular cerebral și de tromboembolism, inclusiv cancerul, boala cronică de rinichi, etnia (persoane de origine afro-americană, hispanică sau asiatică), biomarkerii (troponina și BNP-ul), iar în grupuri specifice, dilatarea atrială, dislipidemia, fumatul și obezitatea.

C.1.7. Modificarea riscului de sângerare asociat cu ACO

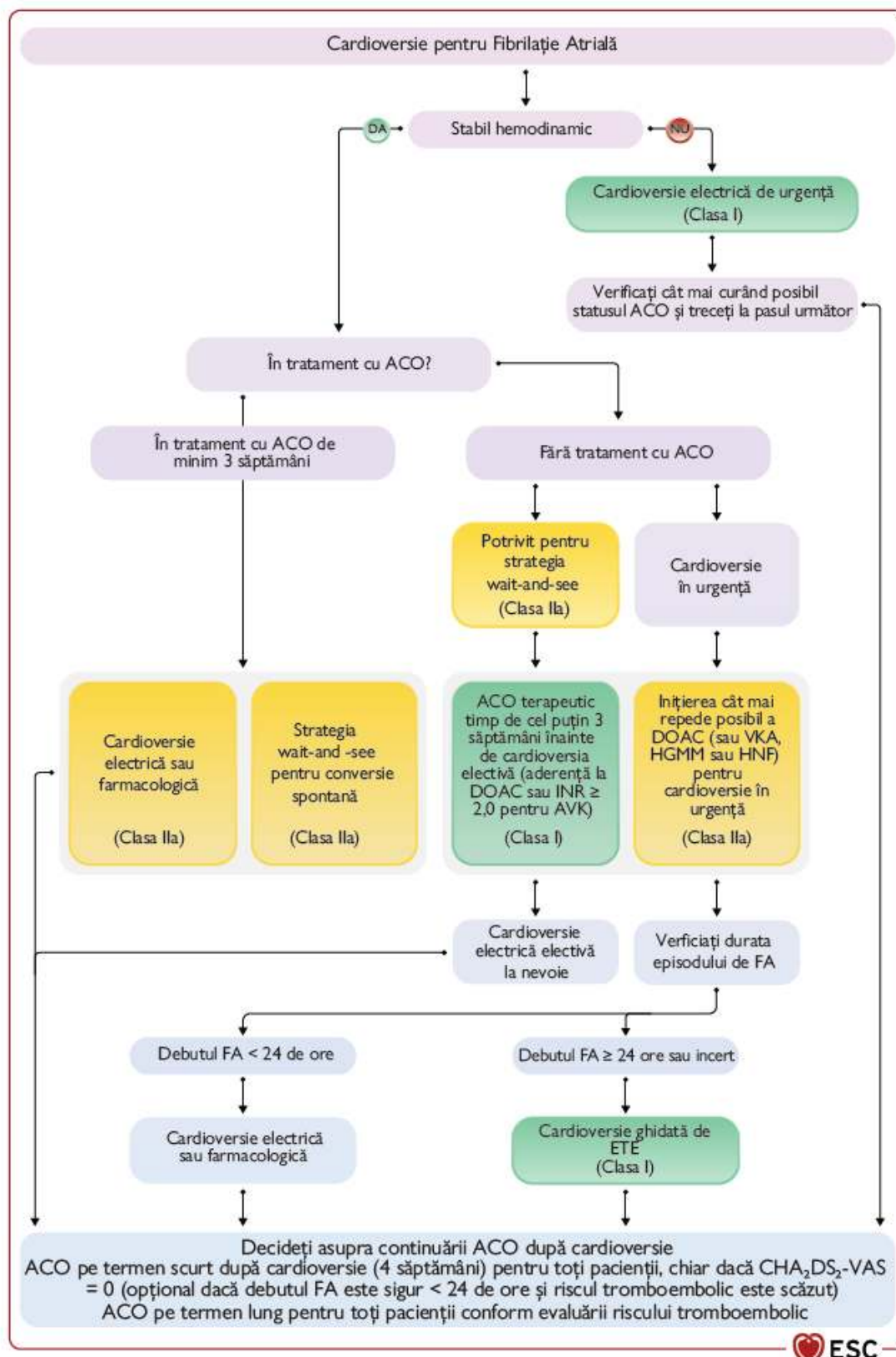


a Contraindicațiile absolute pentru terapia cu ACO sunt rare și includ tumorile intracraniene primare și hemoragiile intracerebrale legate de angiopatia amiloidă. În majoritatea cazurilor, contraindicațiile pot fi relative sau temporare. Ocluzia apendicelui atrial stâng poate fi efectuată printr-o abordare percutană sau endoscopică.

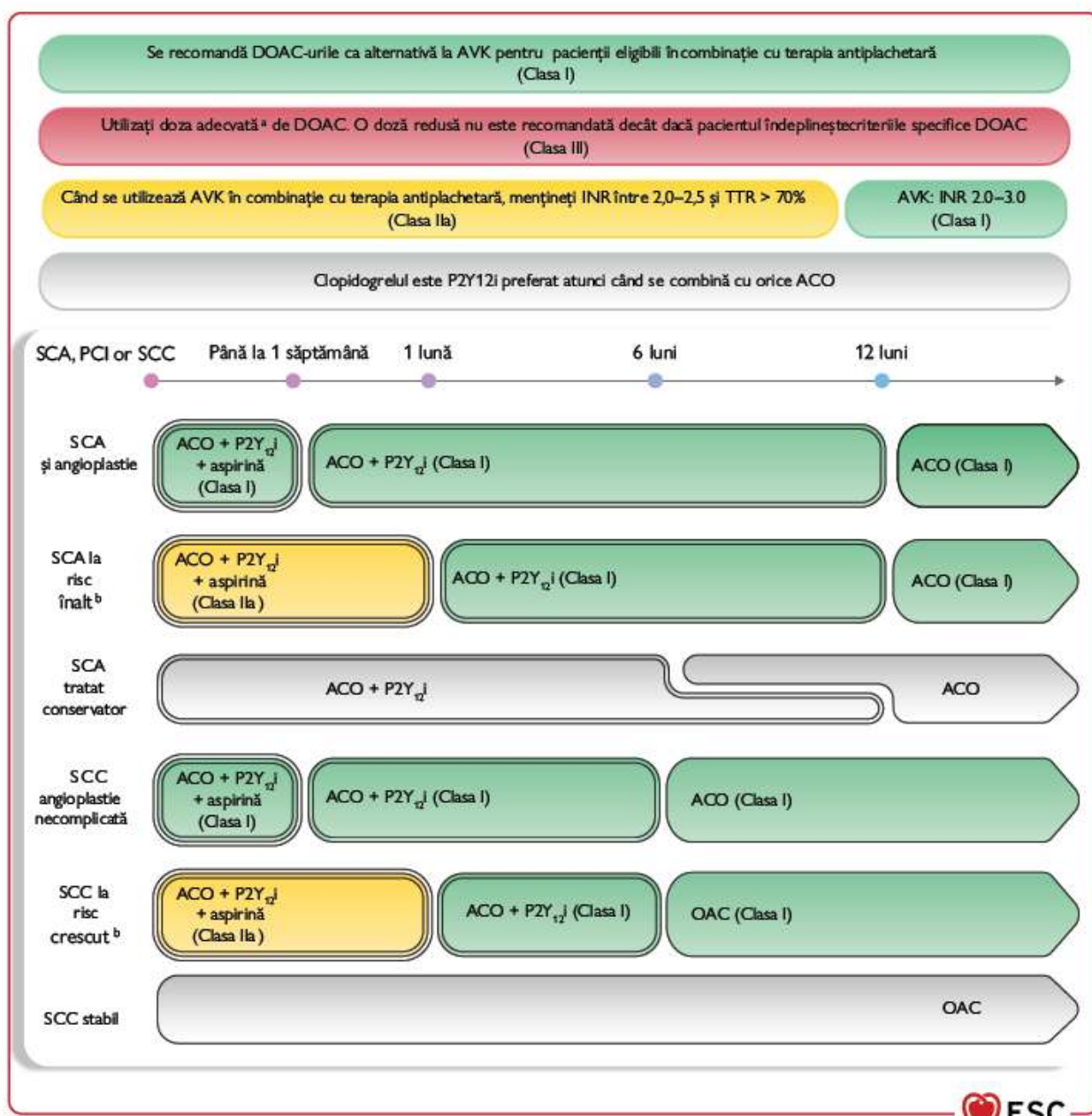
C.1.8. Managementul sângerării asociate cu anticoagulantele orale la pacienții cu FA



C.1.9. Abordări pentru cardioversie la pacienții cu fibrilație atrială

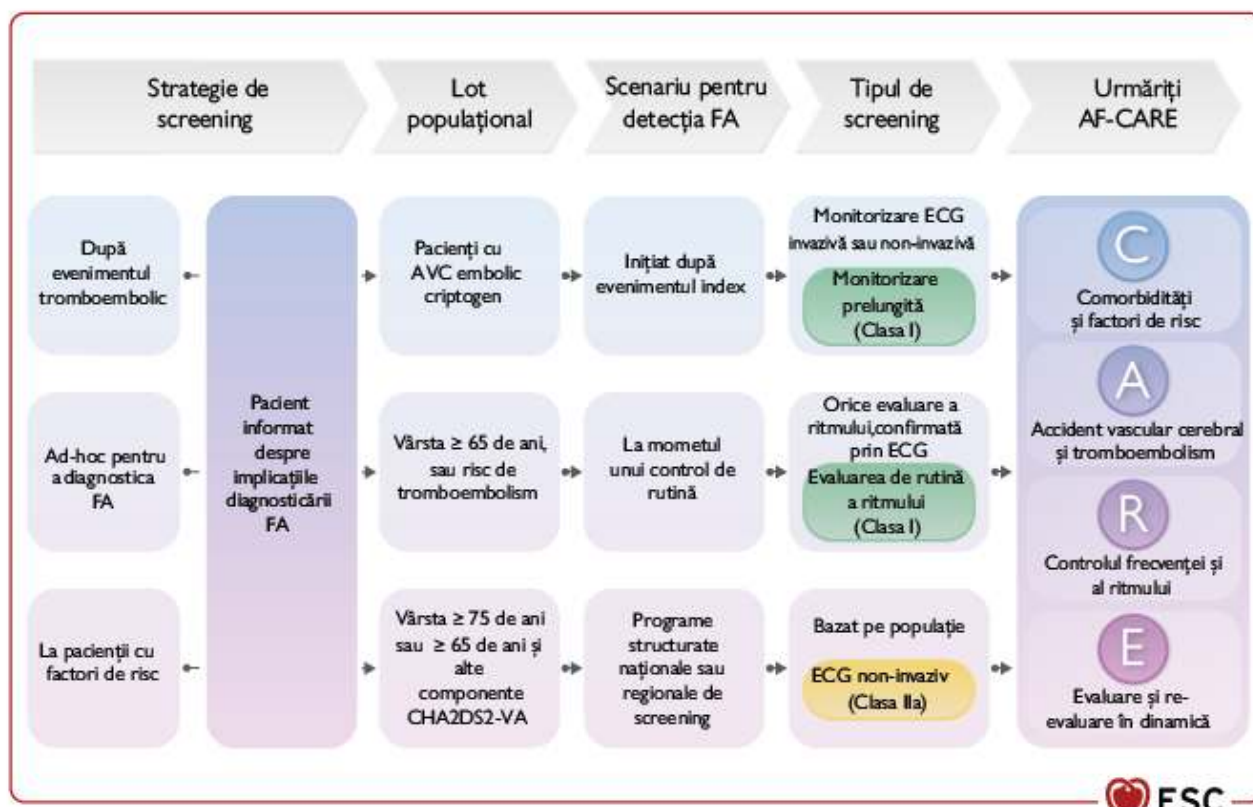


C.1.10. Algoritmul pentru selectarea terapiei antitrombotice la pacienții cu fibrilație atrială și sindroame coronariene acute sau cronice



Acest algoritm se aplică pacienților care au indicație pentru terapie anticoagulantă orală. Se va utiliza doza standard completă de DOAC, cu excepția cazului în care pacientul îndeplinește criterii de reducere a dozei. Când se utilizează Rivaroxabanum sau Dabigatranum* ca DOAC și riscul de sângerare prevalează asupra riscului de tromboză de stent sau accident vascular cerebral ischemic, se poate lua în considerare doza redusă (15 mg și respectiv 110 mg; Clasa IIa). La pacienții cu diabet zaharat supuși implantării de stent coronarian, prelungirea terapiei antitrombotice triple până la 3 luni poate fi benefică dacă riscul trombotic îl depășește pe cel hemoragic.

C.1.11. Abordări pentru screeningul fibrilației atriale



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Conduita pacientului și managementul FA

C.2.1.1. Criterii de diagnostic pentru FA

La mulți pacienți, diagnosticul de FA este ușor de stabilit, de exemplu în prezența simptomelor tipice asociate cu modificări caracteristice pe o electrocardiogramă standard cu 12 derivații, care indică necesitatea inițierii managementului FA. Diagnosticul devine mai dificil în cazul episoadelor asimptomatice sau al FA detectate prin dispozitive de monitorizare pe termen lung, în special cele care nu furnizează o înregistrare ECG (a se vedea Tabelul 10). Pentru a evita diagnosticul incorrect sau nejustificat de FA, se recomandă în continuare ca documentarea prin ECG să fie obligatorie pentru inițierea stratificării riscului și a managementului FA.

C.2.1.2. Recomandări pentru diagnosticul FA

Caseta 1. Recomandare	Clasa ^a	Nivelul ^b
Confirmarea prin electrocardiogramă (cu 12 derivații, cu mai multe derivații sau cu o singură derivație) este recomandată pentru stabilirea diagnosticului de FA clinică și pentru inițierea stratificării riscului și a tratamentului.	I	A

C.2.1.3 Simptome atribuite FA

Simptomele asociate episoadelor de fibrilație atrială sunt variate și larg răspândite, și nu se limitează doar la palpitațiile tipice (a se vedea Figura 1). Pot apărea episoade asimptomatice de FA, deși aproximativ 90% dintre pacienții cu FA descriu simptome, cu grade variabile de severitate. Chiar și la pacienții simptomatici, unele episoade pot rămâne asimptomatice. Prezența sau absența simptomelor nu este corelată cu riscul de accident vascular cerebral, embolism sistemic sau mortalitate. Totuși, simptomele au un impact semnificativ asupra calității vieții pacienților. Evaluarea simptomelor legate de FA ar trebui efectuată inițial, după orice modificare a tratamentului, precum și înainte și după intervenții.

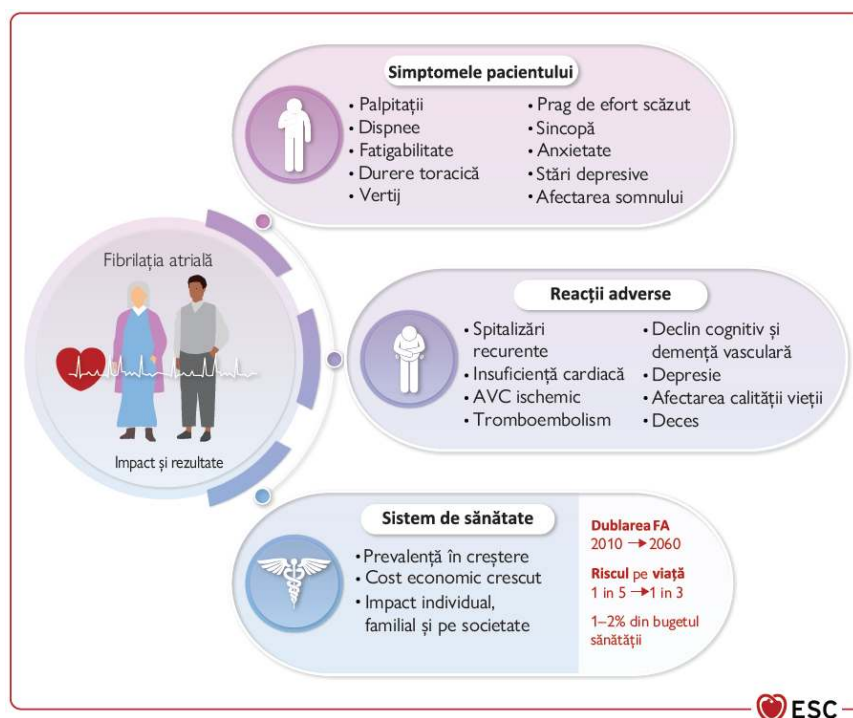


Figura 1. Impactul și consecințele asociate cu fibrilația atrială

C.2.1.4. Evaluarea simptomelor la pacienții cu FA

Caseta 2. Recomandare	Clasa ^a	Nivelul ^b
Se recomandă evaluarea impactului simptomelor asociate FA înainte și după modificări majore în tratament, pentru a sprijini luarea deciziilor partajate și a ghida alegerea terapiei.	I	B

Scala de clasificare a simptomelor mEHRA (modificată a European Heart Rhythm Association) – prezentată în Tabelul 1 – este similară cu clasa funcțională NYHA utilizată pentru insuficiența cardiacă. Este important de menționat că simptomele pot fi legate și de comorbidități asociate, nu doar de componenta aritmică. Scorul EHRA prevede doar simptomele care sunt legate nemijlocit de FA, nu se utilizează în caz de restabilire a ritmului sinus și nu poate fi aplicat în cazul prezenței simptomelor care pot fi legate de alte afecțiuni cardiovasculare asociate, care influențează severitatea tabloului clinic.

Tabelul 1. Scala modificată EHRA (mEHRA) pentru clasificarea simptomelor în fibrilația atrială

Scor	Simptome	Descriere
1	Niciun simptom	AF nu cauzează niciun simptom
2a	Ușoare	Activitatea zilnică normală nu este afectată de simptomele legate de FA
2b	Moderate	Activitatea zilnică normală nu este afectată de simptomele legate de FA, dar pacientul este deranjat de acestea
3	Severe	Activitate zilnică normală afectată de simptomele legate de FA
4	Incapacitant	Activitatea zilnică normală este întreruptă

C.2.1.5. Evaluarea clinică a pacienților cu FA nou identificată

Toți pacienții cu FA ar trebui să beneficieze de o evaluare diagnostică completă și o revizuire detaliată a istoricului medical, în vederea identificării factorilor de risc și/sau comorbidităților care necesită tratament activ. Tabelul 2 prezintă componentele esențiale ale evaluării inițiale pentru un pacient cu FA.

Tabelul 2. Evaluarea diagnostică pentru pacienții cu FA

Toți pacienții	În cazuri speciale
Anamneza pentru a determina tipul FA, istoricul familial relevant, comorbidități și evaluarea factorilor de risc pentru tromboembolism și sângerare	- Monitorizare ECG ambulatorie pentru evaluarea încărcăturii FA și controlul frecvenței ventriculare - Test de efort ECG pentru a evalua controlul frecvenței sau a efectelor medicamentelor antiaritmice din clasa I C
ECG de 12 derivații	Investigații suplimentare de laborator pentru evaluarea bolii cardiovasculare

	și evaluarea riscului de AVC/risc de sângerare (NT proBNP, troponină)
Evaluati simptomele și a limitărilor funcționale	Ecocardiografie transesofagiană pentru detectarea trombozei atriale stânga și evaluarea bolii valvulare
Colectarea de chestionare generice sau specifice FA raportate de pacient	AngioCT coronarian/coronarografie sau teste imagistice pentru ischemie în suspiciunea de boala coronariana (BCI)
Analize de laborator (analiza generală a sângelui completă, probele renale, electroliții serici, probele hepatice, glucoza/HbA1c și hormonii glandei tiroide)	Rezonanță magnetică cardiacă (RMN) pentru evaluarea cardiomiopatiilor atriale și ventriculare și pentru planificarea procedurilor intervenționale
Ecocardiografie transtoracică în cazurile în care aceasta va ghida deciziile de management conform principiilor AF-CARE	Imagistică cerebrală și evaluarea funcției cognitive pentru boală cerebrovasculară și risc de demență

C.2.1.6. Ecocardiografia transtoracică în FA nou diagnosticată

Caseta 3. Recomandare	Clasa ^a	Nivelul ^b
Ecocardiografia transtoracică este recomandată la pacienții cu diagnostic de FA, în cazurile în care aceasta poate ghida deciziile terapeutice.	I	C

C.2.1.7. Flutterul atrial

Factorii de risc pentru FLA și FA sunt similari, iar mai mult de jumătate dintre pacienții cu FLA vor dezvolta ulterior FA. FLA este asociat cu un risc tromboembolic crescut. În comparația directă dintre FLA și FA, unele studii sugerează un risc similar de accident vascular cerebral, iar altele un risc mai scăzut în FLA, posibil datorită diferențelor în povara comorbidităților și influenței factorilor de confuzie, precum ablația FLA/FA și tratamentul anticoagulant (care este oprit mai frecvent în FLA).

C.3 PARCURSUL PACIENTULUI ȘI MANAGEMENTUL FIBRILAȚIEI ATRIALE

C.3.1 Management multidisciplinar, centrat pe pacient, al FA

O abordare integrată și centrată pe pacient în managementul fibrilației atriale presupune utilizarea unui model de îngrijire care respectă experiențele, valorile, nevoile și preferințele pacientului în ceea ce privește planificarea, coordonarea și furnizarea îngrijirii.

În cadrul managementului centrat pe pacient al FA, pacienții nu sunt considerați simpli beneficiari pasivi ai serviciilor medicale, ci participanți activi care colaborează în parteneriat cu cadrele medicale. Managementul centrat pe pacient al FA presupune integrarea tuturor aspectelor legate de această afecțiune (vezi tabelul 3).

Tabelul 3. Componentele managementului FA centrat pe pacient și implementarea acestora.

Componentele managementului FA centrat pe pacient:
• Tratament optim conform modelului AF-CARE, care include:
• [C] Managementul comorbidității și factorilor de risc
• [A] Prevenirea accidentului vascular cerebral și a tromboembolismului sistemic
• [R] Reducerea simptomelor prin controlul frecvenței și al ritmului cardiac
• [E] Evaluare și reevaluare dinamică
• Recomandări privind stilul de viață
• Suport psihosocial
• Educație și informare pentru pacienți, membrii familiei și îngrijitori
• Coordonare eficientă între îngrijirea primară și îngrijirea specializată în FA
Cum se implementează managementul FA centrat pe pacient:
• Luarea deciziilor în comun
• Abordare multidisciplinară în echipă
• Educația pacientului și creșterea autonomiei, cu accent pe autogestionare
• Programe educaționale structurate pentru profesioniștii din domeniul sănătății
• Suport tehnologic (e-Health, m-Health, telemedicină)

C.3.2. Principiile AF-CARE

Abordarea AF-CARE cuprinde și aplică patru piloni esențiali de tratament (Figura 3; ilustrația centrală). Este demn de remarcat faptul că terapiile pentru FA sunt mai eficiente atunci când afecțiunile asociate sunt gestionate corespunzător. Căutarea atentă a acestor comorbidități și factori de risc [C] este esențială și trebuie aplicată tuturor pacienților cu diagnostic de FA. Evitarea accidentului vascular cerebral și a tromboembolismului [A] la pacienții cu factori de risc reprezintă pasul următor, cu accent pe utilizarea adecvată a terapiei anticoagulante. Reducerea simptomelor și morbidității asociate FA prin controlul eficient al frecvenței și ritmului cardiac [R] se aplică apoi, ceea ce, în anumite cazuri, poate reduce spitalizările sau poate îmbunătăți prognosticul. Deoarece FA și comorbiditățile asociate evoluează în timp, sunt necesare evaluări și reevaluări multiple [E], care trebuie să fie dinamice.

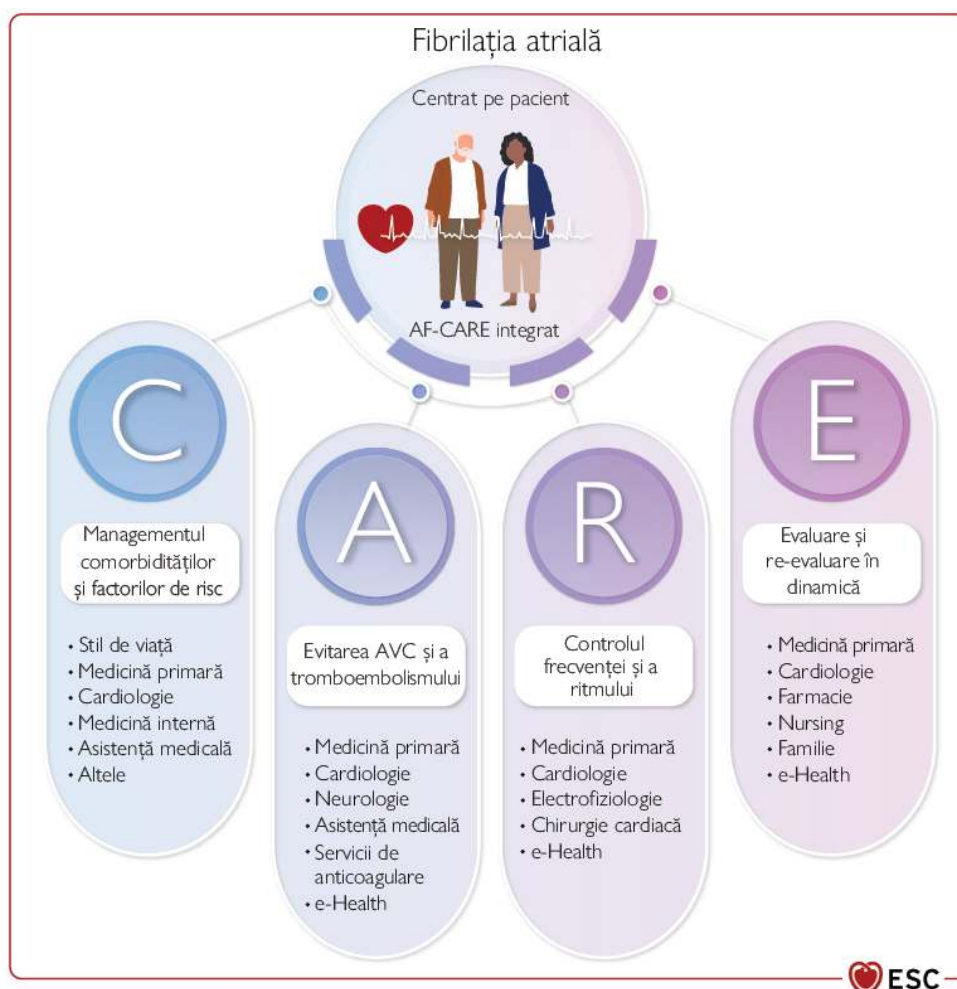


Figura 2. Abordare multidisciplinară a managementului FA.

Principalii furnizori de îngrijire sunt implicați în comunitate și în mediul spitalicesc pentru a oferi îngrijire optimă, centrată pe pacient, pentru persoanele diagnosticate cu FA.

C.3.2.1. Recomandări privind îngrijirea centrată pe pacient și educația

Caseta 4. Recomandări	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Este recomandată educația adresată pacienților, membrilor familiei, îngrijitorilor și profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a optimiza procesul decizional comun, facilitând o discuție deschisă la beneficiile și riscurile asociate fiecărei opțiuni terapeutice	I	C
Este recomandat accesul la un management centrat pe pacient, conform principiilor AF-CARE, pentru toți pacienții cu FA, indiferent de gen, etnie, statut socio-economic, pentru a asigura echitatea în furnizarea serviciilor de sănătate și îmbunătățirea rezultatelor	I	C
Ar trebui avut în vedere un management centrat pe pacient al FA, cu o abordare multidisciplinară, pentru toți pacienții cu FA, în vederea optimizării tratamentului și îmbunătățirii rezultatelor	IIa	B

C.4. [C] MANAGEMENTUL COMORBIDITĂȚILOR ȘI AL FACTORILOR DE RISC

Un spectru larg de comorbidități este asociat cu recurența și progresia fibrilației atriale. Managementul comorbidităților este, de asemenea, esențial pentru succesul celorlalte aspecte ale îngrijirii pacienților cu FA, existând dovezi solide privind hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, diabetul zaharat, obezitatea și apneea de somn, precum și schimbările în stilul de viață care îmbunătățesc activitatea fizică și reduc consumul de alcool. Identificarea și tratamentul acestor comorbidități și a clusterelor de factori de risc reprezintă o componentă importantă a unui management eficient AF-CARE (C.3.2.), dovezile prezentate în continuare evidențiind domeniile în care managementul poate îmbunătăți rezultatele pacienților sau poate preveni recurența FA. Mulți dintre acești factori (și alții) sunt asociați, de asemenea, cu apariția inițială a FA (a se vedea C.8 și Tabelul 9).

C.4.1. Managementul comorbidităților și al factorilor de risc

Caseta 5. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Identificarea și gestionarea factorilor de risc și a comorbidităților este recomandată ca parte integrantă a îngrijirii pacienților cu FA.	I	B
Tratamentul antihipertensiv este recomandat la pacienții cu FA și hipertensiune arterială pentru a reduce recurența și progresia FA și pentru a preveni evenimentele cardiovasculare adverse.	I	B
Diureticele sunt recomandate la pacienții cu FA, insuficiență cardiacă și congestie, pentru ameliorarea simptomatologiei și facilitarea gestionării FA	I	C
Terapia medicală adecvată pentru IC este recomandată la pacienții cu FA și fracție de ejeecție redusă a ventriculului stâng (FEVS) pentru reducerea simptomelor și/sau a spitalizărilor pentru IC și a recurenței FA.	I	B
Inhibitorii de SGLT-2 sunt recomandați pacienților cu IC și FA, indiferent de FEVS, pentru a reduce riscul de spitalizare pentru IC și deces cardiovascular.	I	A
Controlul eficient al glicemiei este recomandat ca parte a managementului cuprinzător al factorilor de risc la pacienții cu diabet zaharat și FA, pentru a reduce recurența și progresia FA.	I	C
Scăderea ponderală este recomandată ca parte a managementului cuprinzător al factorilor de risc la pacienții supraponderali și obezi cu FA, pentru a reduce simptomele și povara FA, cu un obiectiv de reducere a greutateii corporale cu > 10%.	I	B
Un program de exerciții personalizat este recomandat la persoanele cu FA paroxistică sau persistentă pentru a îmbunătăți capacitatea cardiorespiratorie și a reduce recurența FA	I	B
Reducerea consumului de alcool la ≤3 băuturi standard (≤30 grame de alcool) pe săptămână este recomandată ca parte a managementului cuprinzător al factorilor de risc pentru a reduce recurența fibrilației atriale.	I	B
Chirurgia bariatrică poate fi luată în considerare, împreună cu modificări ale stilului de viață și tratament medical, la pacienții cu FA și IMC ≥ 40 kg/m ² (sau ≥ 35 kg/m ² cu complicații), în cazul în care se planifică o strategie de control a ritmului, pentru a reduce recurența și progresia FA	IIb	C

Managementul sindromului de apnee obstructivă în somn poate fi luat în considerare ca parte a unui management cuprinzător al factorilor de risc la pacienții cu FA, pentru a reduce recurența și progresia.	IIb	B
Screeningul pentru apneea obstructivă în somn la pacienții cu FA, folosind exclusiv chestionare bazate pe simptome nu este recomandat.	III	B

TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU FIBRILAȚIE ATRIALĂ

NOTĂ. Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

C.5 [A] PREVENȚIA ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ȘI A TROMBOEMBOLISMULUI

Fibrilația atrială este un factor major de risc pentru tromboembolism, indiferent dacă este paroxistică, persistentă sau permanentă. Netratată, în funcție de alți factori specifici pacientului, FA crește de cinci ori riscul de accident vascular cerebral (AVC) ischemic, iar unul din cinci AVC-uri este asociat cu FA.

C.5.1. Determinarea riscului tromboembolic și hemoragic

Eficacitatea ACO în prevenirea AVC ischemic la pacienții cu FA este bine demonstrată, prin urmare abordarea implicită ar trebui să fie administrarea ACO tuturor pacienților eligibili, cu excepția celor cu risc scăzut de AVC sau tromboembolism. Se va folosi scorul CHA₂DS₂-VA pentru decizia de inițiere a terapiei anticoagulante (fără criteriul de sex), ACO sunt recomandate celor cu scor ≥ 2 , și ar trebui considerate la cei cu scor de 1.

Tabelul 4. Definițiile actualizate pentru scorul CHA₂DS₂-VA

Componenta CHA ₂ DS ₂ - VA		Definiție și comentarii	Puncte acordate ^a
C	Insuficiență cardiacă cronică	Simptome și semne de insuficiență cardiacă (indiferent de FEVS, păstrată, ușor redusă și redusă) sau prezența FEVS asimptomatică $\leq 40\%$	1
H	Hipertensiune arterială	Tensiune arterială în repaus $>140/90$ mmHg în cel puțin două ocazii sau tratament antihipertensiv curent. Ținta optimă a TA asociată cu cel mai scăzut risc de evenimente cardiovasculare majore este $120/70$ mmHg (sau menținerea cât mai scăzută posibil)	1
A	Vârsta de 75 de ani sau mai mult	Vârsta este un factor determinant independent al riscului de accident vascular cerebral ischemic. Riscul legat de vârstă este un continuum, dar din motive practice, se acordă două puncte pentru vârsta ≥ 75 de ani.	2
D	Diabet zaharat	Diabet zaharat (tip 1 sau tip 2), așa cum este definit de criteriile acceptate în prezent sau tratament cu terapie de scădere a glicemiei.	1

S	Accident vascular cerebral anterior, AIT sau tromboembolism arterial	Tromboembolismul anterior este asociat cu un risc foarte ridicat de recidivă și, prin urmare, este ponderat cu 2 puncte.	2
V	Boala vasculară	Boala coronariană, inclusiv infarct miocardic anterior, angină pectorală, antecedente de revascularizare coronariană (chirurgicală sau percutanată) și CI semnificativă confirmată prin angiografie sau imagistică cardiacă SAU boală vasculară periferică (BVP), inclusiv: claudicație intermitentă, revascularizare anterioară pentru BVP, intervenție percutanată sau chirurgicală pe aorta abdominală și placă aortică complexă la imagistică (definită ca caracteristici de mobilitate, ulceratie, pedunculație sau grosime ≥ 4 mm).	1
A	Vârsta 65-74 ani	Se acordă 1 punct pentru vârsta cuprinsă între 65 și 74 de ani.	1

C.5.1.1. Recomandări pentru evaluarea și gestionarea riscului tromboembolic în FA

Caseta 6. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Se recomandă anticoagularea orală la pacienții cu FA clinică cu risc tromboembolic crescut pentru a preveni accidentul vascular cerebral ischemic și tromboembolismul.	I	A
Un scor CHA ₂ DS ₂ -VA egal sau mai mare de 2 este recomandat ca indicator al riscului tromboembolic crescut pentru deciziile privind inițierea anticoagulării orale.	I	C
Anticoagularea orală este recomandată la toți pacienții cu FA și cardiomiopatie hipertrofică sau amiloidoză cardiacă, indiferent de scorul CHA ₂ DS ₂ -VA, pentru a preveni accidentul vascular cerebral ischemic și tromboembolismul.	I	B
Se recomandă reevaluarea individualizată a riscului tromboembolic la intervale periodice la pacienții cu FA pentru a se asigura că anticoagularea este începută la pacienții corespunzători.	I	B
Un scor CHA ₂ DS ₂ -VA de 1 ar trebui considerat un indicator al riscului tromboembolic crescut pentru deciziile privind inițierea anticoagulării orale	IIa	C
Terapia cu DOAC poate fi luată în considerare la pacienții cu FA subclinică asimptomatică detectată de dispozitiv și risc tromboembolic crescut, pentru a preveni accidentul vascular cerebral ischemic și tromboembolismul, excluzând pacienții cu risc crescut de sângerare.	IIb	B
Terapia cu antiagregante nu este recomandată ca alternativă la tratamentul anticoagulant la pacienții cu FA pentru a preveni accidentul vascular cerebral ischemic și tromboembolismul.	III	A
Utilizarea modelului temporal al FA clinică (paroxistică, persistentă sau permanentă) nu este recomandată pentru a determina necesitatea anticoagulării orale.	III	B

C.5.1.2. Recomandări pentru terapia anticoagulantă orală în FA

Caseta 7. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Anticoagulantele orale directe (DOAC) sunt recomandate în preferință față de antagoniștii vitaminei K (AVK) pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului, cu excepția pacienților cu proteze valvulare mecanice sau stenoza mitrală moderat-severă.	I	A
Este recomandat un INR țintă de 2,0-3,0 pentru pacienții cu FA cărora li s-a prescris AVK pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic pentru a asigura siguranța și eficacitatea	I	B
Trecerea la un DOAC este recomandată pacienților eligibili care nu reușesc să se mențină suficient de mult timp în intervalul terapeutic pe AVK (TTR <70%) pentru prevenirea tromboembolismului și a hemoragiei intracraniene.	I	B
Menținerea timpului în intervalul terapeutic >70% trebuie luat în considerare la pacienții care urmează tratament cu AVK, pentru a asigura siguranța și eficacitatea, cu monitorizarea frecventă a INR și consilierea pacientului.	IIa	A
Continuarea tratamentului cu AVK, fără înlocuirea lor cu un DOAC, poate fi luată în considerare la pacienții ≥75 ani aflați în tratament cu AVK stabil clinic, cu polimedicație, pentru a preveni riscul crescut de sângerare.	IIa	B
Dozele reduse de DOAC nu sunt recomandate, decât dacă pacientul îndeplinește criteriile specifice DOAC (tabelul 5), pentru a preveni subdozarea și evenimentele tromboembolice evitabile.	III	B

Tabel 5. Dozele recomandate pentru anticoagulantele orale directe

DOAC	Doza completă standard	Criterii pentru reducerea dozei	Doza redusă dacă sunt îndeplinite criteriile
Apixabanum	5 mg de două ori pe zi	Două din trei sunt necesare pentru reducerea dozei: (1) vârsta ≥80 de ani (2) greutate corporală ≤60kg (3) creatinina serică ≥133mmol/L.	2,5 mg de două ori pe zi
Dabigatranum*	150 mg de două ori pe zi	Se recomandă reducerea dozei dacă este cazul: (1) vârsta ≥80 de ani (2) primirea concomitentă de Verapamilum.	110 mg de două ori pe zi

		Reducerea dozei luate în considerare în mod individual, dacă este cazul: (1) vârsta 75–80 (2) insuficiență renală moderată (clearance-ul creatininei 30–50 ml/min) (3) pacienți cu gastrită, esofagită sau reflux gastroesofagian (4) altele cu risc crescut de sângerare.	
Edoxabanum	60 mg o dată pe zi	Reducerea dozei dacă se aplică: (1) insuficiență renală moderată sau severă (clearance-ul creatininei 15-50 ml/min) (2) greutate corporală ≤ 60kg (2) estimat 15–50 ml/min (3) utilizarea concomitentă de cyclosporinum, Dronedaronum*, Erythromycinum, sau ketoconazolum.	30 mg o dată pe zi
Rivaroxabanum	20 mg o dată pe zi	Clearance-ul creatininei 15-49 ml/min	15 mg o dată pe zi

Antagonist vitamina K anticoagulante orale	Anticoagulante orale directe			
	Apixaban	Dabigatran	Edoxaban	Rivaroxaban
				
Evitați unde este posibil AINS Fluconazol Voriconazol Fluoxetină	Evitați unde este posibil Carbamazepină Fenitoină Fenobarbital Rifampicină Ritonavir Itraconazol Ketoconazol	Evitați unde este posibil Dronedaronă Carbamazepină Fenitoină Rifampicină Ritonavir Itraconazol Ketoconazol Ciclosporină Glicaprevir/pibrentasvir Tacrolimus	Evitați unde este posibil Carbamazepină Fenitoină Fenobarbital Rifampicină Ritonavir	Evitați unde este posibil Dronedaronă Carbamazepină Fenitoină Fenobarbital Itraconazol Ketoconazol Posaconazol Voriconazol Rifampicină Ritonavir
Reducerea dozei de warfarină Amiodaronă Metronidazol Sulfonamide Alopurinol Fluvastatină Gemfibrozil Fluorouracil	Evitați sau reduceți doza de apixaban dacă alte medicamente care interacționează Posaconazol Voriconazol Inhibitori de protează Apalutamidă Enzalutamidă Inhibitori de tirozin kinază	Amânați administrarea medicamentelor și/sau ajustați doza Amiodaronă Ticagrelor Verapamil Chinidină Claritromicină Posaconazol	Evitați sau reduceți doza de edoxaban Dronedaronă Evitați sau reduceți doza de edoxaban dacă există o altă interacțiune medicamentoasă Ciclosporină Itraconazol Ketoconazol Eritromicină	Evitați dacă se administrează un alt medicament care interacționează Inhibitori de protează Inhibitori de tirozin-kinaze Atenție în caz de afecare a funcției renale Verapamil Ciclosporină Claritromicină Eritromicină Fluconazol
Creșterea dozei de warfarină Carbamazepină				
Monitorizați INR Dronedaronă Statine Antibiotice penicilină Antibiotice macrolide Antibiotice chinolone Rifampicină Metotrexat Ritonavir Fenitoină Valproat de sodiu Tamoxifen Chimioterapii				
Limitați consumul Alcool Suc de grapefruit/afin Sunătoare	Limitați consumul Suc de grapefruit Sunătoare	Limitați consumul Suc de grapefruit Sunătoare	Limitați consumul Suc de grapefruit Sunătoare	Limitați consumul Suc de grapefruit Sunătoare

Figura 3. Interacțiuni medicamentoase comune cu anticoagulantele orale.

Această figură prezintă doar interacțiuni comune sau majore și nu este o listă exhaustivă a tuturor interacțiunilor potențiale. Vă rugăm să consultați site-ul web al Agenției Europene a Medicamentului sau formularul dumneavoastră local pentru mai multe informații.

C.5.1.3. Recomandări privitor la asocierea remediilor antiagregante cu remedii anticoagulante pentru prevenția AVC

Caseta 8. Recomandare	Clasa ^a	Nivelul ^b
Adăugarea tratamentului antiagregant plachetar la anticoagularea orală nu este recomandată la pacienții cu FA pentru prevenția accidentului vascular cerebral ischemic sau a tromboembolismului.	III	B

C.5.1.4. Recomandări în cazul dezvoltării unui eveniment tromboembolic, în ciuda utilizării tratamentului anticoagulant

Caseta 9. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Un diagnostic complet ar trebui luat în considerare la pacienții care iau un anticoagulant oral și se prezintă cu accident vascular cerebral ischemic sau tromboembolism, pentru a preveni evenimentele recurente, incluzând evaluarea cauzelor non-cardioembolice, factorilor de risc vascular, dozajului și aderenței.	IIa	B
Adăugarea tratamentului antiagregant la tratamentul anticoagulant nu este recomandată la pacienții cu FA pentru a preveni accidentul vascular cerebral embolic recurent.	III	B
Schimbarea de la un DOAC la altul sau de la un DOAC la un AVK, fără o indicație clară, nu este recomandată la pacienții cu FA pentru prevenirea accidentului vascular cerebral embolic recurent.	III	B

C.5.1.5. Recomandări pentru ocluzia percutană a auriculului atrului stâng

Caseta 10. Recomandare	Clasa ^a	Nivelul ^b
Ocluzia percutană a AAS poate fi luată în considerare la pacienții cu FA și contraindicații pentru tratamentul anticoagulant pe termen lung, pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului.	IIb	C

C.5.1.6. Recomandări pentru închiderea chirurgicală a auriculului atrului stâng

Caseta 11. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Închiderea chirurgicală a apendicelui atrial stâng este recomandată ca tratament adițional la anticoagularea orală la pacienții cu FA care suferă o intervenție chirurgicală cardiacă, pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului.	I	B
Închiderea chirurgicală a auriculului atrial stâng ar trebui luată în considerare ca tratament adițional la anticoagularea orală la pacienții cu FA care suferă o ablație endoscopică sau hibridă pentru FA, pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului.	IIa	C

Închiderea chirurgicală endoscopică de sine stătătoare a apendicelui atrial stâng poate fi luată în considerare la pacienții cu FA și contraindicații pentru tratamentul anticoagulant pe termen lung, pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului.	IIb	C
---	------------	----------

C.5.2. Conduita terapeutică a sângerărilor în timpul terapiei anticoagulante

La inițierea terapiei antitrombotice, factorii de risc modificabili pentru sângerare ar trebui gestionați pentru a îmbunătăți siguranța tratamentului (vezi algoritmul din C.1.7. și figura 4).

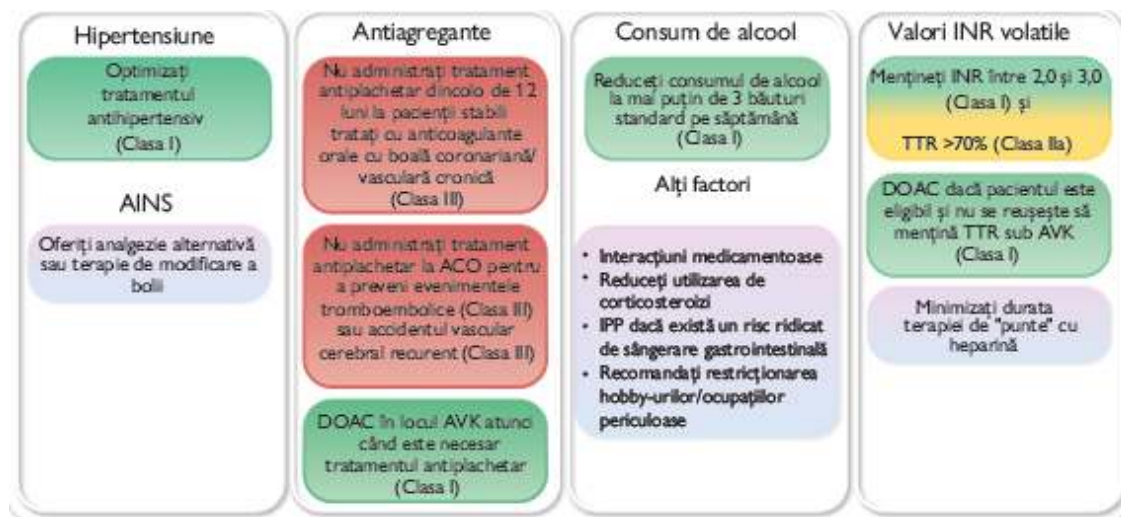


Figura 4. Identificarea și gestionarea factorilor de risc de sângerare modificabili

C.5.2.1. Recomandări pentru evaluarea riscului de sângerare

Caseta 12. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Evaluarea și gestionarea factorilor de risc modificabili de sângerare sunt recomandate la toți pacienții eligibili pentru tratament anticoagulant orală, ca parte a procesului de luare a deciziilor în comun pentru a asigura siguranța și a preveni sângerările.	I	B
Utilizarea scorurilor de risc de sângerare pentru a decide începerea sau întreruperea tratamentului anticoagulant oral nu este recomandată la pacienții cu FA pentru a evita subutilizarea anticoagulantelor.	III	B

Managementul general al sângerărilor la pacienții care primesc anticoagulante orale (ACO) este prezentat în C.1.8. Managementul specific în funcție de cauză depășește scopul acestui protocol și va depinde de circumstanțele individuale ale pacientului.

C.5.2.2. Recomandări privind managementul sângerării la pacienții sub tratament anticoagulant

Caseta 13. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Întreruperea anticoagulării și efectuarea intervențiilor de diagnostic sau tratament este recomandată la pacienții cu FA cu sângerare activă până când cauza sângerării este identificată și rezolvată.	I	C

Concentratele de complex protrombinic ar trebui luate în considerare la pacienții cu FA care sunt pe AVK și dezvoltă o sângerare care pune viața în pericol sau o sângerare într-o zonă critică, pentru a inversa efectul antitrombotic.	IIa	C
Antidoturile specifice ar trebui luate în considerare la pacienții cu FA care sunt pe DOAC și dezvoltă o sângerare care pune viața în pericol sau o sângerare într-o zonă critică, pentru a reversa efectul antitrombotic.	IIa	B

C.5.2.3. Recomandări cu privire la supradozajul de AVK

Caseta 14. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Dacă INR este mai înalt de nivelul terapeutic, dar sub 6,0 și bolnavul nu are semne de sângerare importantă și nu este necesară anularea efectului de anticoagulare pentru o eventuală intervenție chirurgicală, este suficient doar de redus doza sau de omis câteva administrări de Warfarinum până la scăderea INR la nivel terapeutic, cu reluarea în continuare (în doze mai reduse)	IIa	B
Dacă INR este între 5,0 și 9,0 și bolnavul nu are semne de hemoragie sau risc sporit de sângerare, vor fi omise următoarele 1 sau 2 doze de Warfarinum și apoi se va continua administrarea în doze mai mici, până INR va ajunge la limite terapeutice. Ca alternative ar putea fi și administrarea unei doze de Menadioni natrii bisulfis * – 1 – 2,5 mg peroral, suplimentar la suspendarea de Warfarinum – această abordare este cea mai potrivită pentru bolnavii cu risc înalt de sângerare.	IIa	B
În cazul când este necesară anihilarea rapidă a anticoagulării, care este impusă de o intervenție chirurgicală urgentă sau de o extracție dentară, Menadioni natrii bisulfis * poate fi prescrisă în doza de 2,5 mg, anticipându-se reducerea INR în 24 ore de la anularea Warfarinum. Dacă INR rămâne ridicat după 24 ore, suplimentar poate fi administrată încă o doză de 1 sau 2 mg de Menadioni natrii bisulfis *.	IIa	B
Dacă INR este mai mare decât 9, 0 și nu există semne de hemoragie importantă, se va administra Menadioni natrii bisulfis *, în doza de 3-5 mg peroral așteptând o scădere a INR în 24-48 ore. INR trebuie monitorizat fiecare 6 ore și în funcție de valoarea acestuia, Menadioni natrii bisulfis * se va administra la fiecare 12 ore.	IIa	B
Când este necesară anihilarea rapidă a anticoagulării pentru hemoragii importante sau supradozaj important de Warfarinum (ex. INR $\geq$ 20,0), se va administra Menadioni natrii bisulfis lent în perfuzie, adăugător la transfuzii de PPC sau CCP în dependență de situația de urgență, iar INR trebuie monitorizat fiecare 6 ore – în funcție de valoarea obținută, se va decide doza de Menadioni natrii bisulfis, care se va administra la fiecare 12 ore.	IIa	B
În caz de hemoragii cu risc de viață sau supradozaj sever de Warfarinum, este indicată terapia de substituție cu CCP, adăugător la perfuzia intravenoasă lentă cu Menadioni natrii bisulfis în doză de 10 mg, care se va repeta după 12 ore, în funcție de valoarea INR. Dacă Warfarinum va fi reluată după administrarea dozelor mari de Menadioni natrii bisulfis , până la obținerea nivelului anticoagulant țintă, ar putea fi prescrisă Heparini natrium.	IIa	B

Tabelul 6. Caracteristica remediilor medicale utilizate în suprimarea efectului de Warfarinum

	Apariția efectului	Durata efectului	Eficacitatea în suprimarea de Warfarinum	Riscul de tromboză
Menadioni natrii bisulfid * peroral	24 ore	Zile	++++	Nesemnificativ
Menadioni natrii bisulfid intravenos	8-12 ore	Zile	++++	Nesemnificativ
PPC	Imediat	12-24 ore	++	Nesemnificativ
CCP	Imediat	12-24 ore	+++	+
rFVIIa	Imediat	2-6 ore	+	++

C.6. [R] REDUCEREA SIMPTOMELOR PRIN CONTROLUL FRECVENȚEI ȘI AL RITMULUI

Majoritatea pacienților diagnosticați cu FA vor necesita terapii și/sau intervenții pentru a controla frecvența cardiacă, a reveni la ritmul sinusal, sau a menține ritmul sinusal, în scopul limitării simptomelor sau îmbunătățirii prognosticului. Deși conceptul alegerii dintre controlul frecvenței și controlul ritmului este adesea discutat, în realitate, majoritatea pacienților necesită o abordare combinată. Limitarea tahicardiei este o parte esențială a managementului FA.

C.6.1. Managementul frecvenței cardiace la pacienții cu FA

Limitarea tahicardiei este o parte esențială a managementului FA și este adesea suficientă pentru ameliorarea simptomelor asociate FA. Controlul frecvenței este indicat ca terapie inițială în situații acute, în combinație cu terapiile de control al ritmului sau ca strategie unică de tratament pentru controlul frecvenței cardiace și reducerea simptomelor. Abordarea controlului frecvenței cardiace poate fi aplicată tuturor tipurilor de FA, inclusiv FA paroxistică, persistentă și permanentă.

C.6.1.1. Recomandări pentru controlul frecvenței cardiace la pacienții cu FA

Caseta 15. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Terapia de control al frecvenței cardiace este recomandată la pacienții cu FA, ca terapie inițială în context acut, ca tratament adjuvant pentru strategiile de control al ritmului sau ca strategie terapeutică unică pentru controlul frecvenței cardiace și reducerea simptomelor.	I	B
Beta-blocantele, Diltiazemum*, Verapamilum sau Digoxinum sunt recomandate ca medicamente de primă alegere la pacienții cu FA și FEVS >40% pentru controlul frecvenței cardiace și reducerea simptomelor.	I	C
Beta-blocantele și/sau Digoxinum sunt recomandate la pacienții cu FA și FEVS ≤40% pentru controlul frecvenței cardiace și reducerea simptomelor.	I	B
Terapia combinată de control al frecvenței cardiace ar trebui luată în considerare dacă un singur medicament nu controlează simptomele sau frecvența cardiacă la pacienții cu FA, cu condiția evitării bradicardiei, pentru controlul frecvenței cardiace și reducerea simptomelor.	IIa	C
Controlul permisiv al frecvenței, cu o frecvență cardiacă de repaus <110 bătăi/minut, ar trebui luat în considerare ca țintă inițială la pacienții cu FA, iar un control mai strict ar trebui rezervat celor cu simptome persistente asociate FA.	IIa	B
Ablarea nodului atrioventricular în combinație cu implantarea unui stimulator cardiac ar trebui luată în considerare la pacienții care nu răspund sau nu sunt	IIa	B

eligibili pentru terapii intensive de control al frecvenței și ritmului, pentru controlul frecvenței cardiace și reducerea simptomelor.		
Ablarea nodului atrioventricular combinată cu terapia de resincronizare cardiacă ar trebui luată în considerare la pacienții cu FA permanentă, sever simptomatici, care au avut cel puțin o spitalizare pentru IC, pentru reducerea simptomelor, limitărilor fizice, spitalizărilor recurente pentru IC și mortalității.	IIa	B
Amiodaronum, Digoxinum, Esmololum* sau Landiololum* i.v. ar putea fi considerate la pacienți cu FA cu instabilitate hemodinamică sau disfuncție severă sistolică, pentru a obține controlul frecvenței.	IIb	B

Tabelul 7. Medicamente antiaritmice pentru controlul frecvenței în FA

Agentul ^a	Administrare intra-venoasă	Doza orală uzuală pentru menținere	Contraindicat
Beta-blocante ^b			
Metoprololum	2,5-5 mg bolus timp de 2 minute; până la 15 mg doză cumulată maximă	25-100 mg de două ori pe zi	În caz de astm, beta-blocantele ne selective trebuie evitate. Contraindicate în IC acută și antecedente de bronhospasm sever.
Metoprololum	N / A	50-200 mg o dată pe zi	
Bisoprololum	N / A	1,25-20 mg o dată pe zi	
Atenololum*	N / A	25-100 mg o dată pe zi	
Esmololum*	500 ug/kg bolus iv timp de 1 min; urmată de 50–300 μg/kg/min	N / A	
Landiololum*	100 ug/kg bolus iv timp de 1 min; urmată de 10–40 μg/kg/min	N / A	
Nebivololum	N / A	2,5-10 mg o dată pe zi	
Carvedilolum	N / A	3,125–50 mg de două ori pe zi	
Blocate ale canalelor de calciu non-dihidropiridinice			

Verapamilum	2,5–10 mg iv bolus timp de 5 min	40 mg de două ori pe zi până la 480 mg (eliberare prelungită) o dată pe zi	Contraindicat dacă FEVS<40%. Adaptați dozele în insuficiență hepatică și renală.
Diltiazemum*	0,25 mg/kg iv bolus timp de 5 min, apoi 5–15 mg/h	60 mg de trei ori pe zi până la 360 mg (eliberare prelungită) o dată pe zi	
Glicozide cardiace			
Digoxinum	0,5 mg iv bolus (0,75–1,5 mg timp de 24 de ore în doze divizate)	0,0625–0,25 mg o dată pe zi	Niveluri plasmatice ridicate asociate cu evenimente adverse. Verificați funcția renală înainte de a începe tratamentul cu Digoxinum și adaptați doza la pacienții cu BRC.
Digitoxinum*	0,4–0,6 mg	0,05-0,1 mg o dată pe zi	
Alte			
Amiodaronum ^d	150 mg în 10 minute sau 300 mg timp de 30 de minute, urmate de 900–1200 mg iv timp de 24 de ore (maxim 2200 mg/zi). sau 600–1200 mg/zi timp de 8–10 zile	Standard: 600 mg/zi în 2–4 săptămâni Accelerată: 1200 mg/zi în 3 doze timp de 2 săptămâni e (total ≈10 g) Doza de menținere 200 mg/zi (maxim 600 mg/zi) (reduceți alte medicamente pentru controlul frecvenței în funcție de frecvența cardiacă)	Contraindicat în sensibilitatea la iod. Reacții adverse potențiale grave (inclusiv pulmonare, oftalmice, hepatice și tiroidiene). Luați în considerare numeroase interacțiuni medicamentoase.
	Notă: Scopul de a obține doze cumulative de 5-10 g prin încărcare intravenoasă și 10-15 g prin încărcare orală.		

C.6.2. Strategii de control al ritmului la pacienții cu FA

Controlul ritmului se referă la terapii dedicate restabilirii și menținerii ritmului sinusal. Aceste tratamente includ cardioversia, medicamentele antiaritmice (AAD), ablația percutană prin cateter, ablația endoscopică și hibridă, precum și abordările chirurgicale deschise. Controlul ritmului nu este niciodată o strategie de sinestătătoare; el trebuie întotdeauna să facă parte din abordarea AF-CARE.

C.6.2.1. Recomandări generale pentru controlul ritmului

Caseta 16. Recomandări	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Cardioversia electrică este recomandată la pacienții cu fibrilație atrială care prezintă instabilitate hemodinamică acută sau în agravare, pentru a îmbunătăți rezultatele imediate ale pacientului.	I	C
Anticoagulatele orale directe (DOAC) sunt recomandate de preferință față de antagoniștii vitaminei K (AVK) la pacienții eligibili cu FA care urmează să fie supuși cardioversiei, pentru reducerea riscului tromboembolic.	I	A
Anticoagularea orală terapeutică timp de cel puțin 3 săptămâni (aderență la DOAC sau INR $\geq 2,0$ pentru AVK) este recomandată înainte de cardioversia programată a FA sau flutterului atrial, pentru a preveni tromboembolismul asociat procedurii.	I	B
Ecocardiografia transesofagiană este recomandată dacă nu s-au asigurat 3 săptămâni de anticoagulare orală terapeutică, pentru excluderea trombului cardiac și facilitarea cardioversiei precoce.	I	B
Anticoagularea orală este recomandat să fie continuată pentru cel puțin 4 săptămâni la toți pacienții după cardioversie și pe termen lung la pacienții cu factori de risc tromboembolic, indiferent dacă se menține ritmul sinusal, pentru a preveni tromboembolismul.	I	B
Cardioversia FA (electrică sau farmacologică) ar trebui avută în vedere la pacienții simptomatici cu FA persistentă, ca parte a strategiei de control al ritmului.	IIa	B
O abordare de tip “așteaptă și vezi” pentru conversia spontană la ritm sinusal în primele 48 de ore de la debutul FA ar trebui luată în considerare la pacienții fără compromitere hemodinamică, ca alternativă la cardioversia imediată.	IIa	B
Implementarea unei strategii de control al ritmului ar trebui luată în considerare în primele 12 luni de la diagnostic la pacienții selectați cu FA și risc de evenimente tromboembolice, pentru a reduce riscul de deces cardiovascular sau spitalizare.	IIa	B
Inițierea anticoagulării terapeutice ar trebui luată în considerare cât mai curând posibil în cazul cardioversiei neprogramate pentru FA sau flutter atrial, pentru a preveni tromboembolismul asociat procedurii.	IIa	B
Repetarea ecocardiografiei transesofagiene ar trebui avută în vedere înaintea cardioversiei dacă un tromb a fost identificat la imagistica inițială, pentru a confirma rezoluția acestuia și a preveni tromboembolismul peri-procedural.	IIa	C
Cardioversia precoce nu este recomandată fără anticoagulare adecvată sau ecocardiografie transesofagiană dacă durata FA este mai mare de 24 de ore sau există posibilitatea de a aștepta conversia spontană.	III	C

Cardioversia electrică (CVE) poate fi aplicată în siguranță atât în context electiv, cât și în situații acute (vezi algoritmul din C.1.9.), cu sedare realizată prin administrare intravenoasă de midazolam, propofol sau etomidat.

C.6.2.2. Recomandări pentru cardioversia electrică

Caseta 17. Recomandare	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Cardioversia electrică ca instrument diagnostic trebuie luată în considerare la pacienții cu FA persistentă în cazul în care există incertitudine cu privire la valoarea restabilirii ritmului sinusal asupra simptomelor sau pentru a evalua îmbunătățirea funcției ventriculului stâng.	IIa	C

C.6.2.3. Recomandări pentru cardioversia farmacologică a FA

Caseta 18. Recomandări	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Administrarea intravenoasă a Flecainidum* sau a Propafenonum * este recomandată în cazul în care se dorește cardioversia farmacologică, cu excepția pacienților cu hipertrofie ventriculară stângă severă, IC-FER sau boală coronariană.	I	A
Administrarea intravenoasă a Vernakalanum* este recomandată atunci când se dorește cardioversia farmacologică a fibrilației atriale cu debut recent, excluzând pacienții cu sindrom coronarian acut recent, IC-FER sau stenoză aortică severă.	I	A
Administrarea intravenoasă a Amiodaronum este recomandată atunci când se dorește cardioversia farmacologică a fibrilației atriale la pacienții cu hipertrofie ventriculară stângă severă, IC-FER sau boală coronariană, acceptând că poate exista o întârziere în cardioversie.	I	A
Autoadministrarea unei doze orale unice de Flecainidum* sau Propafenonum(abordarea “pastila în buzunar”) ar trebui luată în considerare pentru cardioversia condusă de pacient, la pacienții selectați cu FA paroxistică rară, după evaluarea eficacității și siguranței și excluderea celor cu hipertrofie ventriculară stângă severă, IC-FER sau boala coronariană.	IIa	B
Cardioversia farmacologică nu este recomandată pacienților cu disfuncție de nod sinusal, tulburări de conducere atrioventriculară sau interval QTc prelungit (>500 ms), cu excepția cazului în care au fost luate în considerare riscurile proaritmice și bradicardia.	III	C

Tabel 8. Medicamente antiaritmice pentru restabilirea ritmului sinusal

Medica- ment	Calea de adminis- trare	Dozarea inițială	Doza- rea ul- teri- oară	Rata de suc- ces acută și timpul până la SR	Contraindicații și precauții
Flecaini- dum*	Oral	200-300 mg		50–60% la 3h și 75–85% la 6–8h (3–8 ore)	Nu trebuie utilizat la pacienții cu boală cardiacă structurală sau coronariană severă,

	intravenos	1–2 mg/kg timp de 10 min		52–95% Până la 6h	sindrom Brugada, insuficiență renală severă ($\text{CrCl} < 35 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). - Se recomandă documentarea prealabilă a siguranței și eficacității într-un cadru de spitalizare înainte de utilizarea „pastila în buzunar”. - Trebuie administrat un agent de blocare a AVN pentru a evita conducerea 1:1 în cazul transformării în AFL. - Perfuzia medicamentului trebuie întreruptă în cazul lărgirii QRS $> 25\%$ sau apariției blocului de ramificație. - Este necesară prudență la pacienții cu boală a nodului sinusal și disfuncție AVN (în special pentru Propafenonum). <u>NU utilizați</u> pentru conversia flutterului atrial.
Propafenonum	Oral	450-600 mg		45-55% la 3 ore, 69–78% la 8 ore (3–8 ore)	
	intravenos	1,5–2 mg/kg timp de 10 min		43–89% Până la 6 ore	
Amiodaronum	intravenos	5–7 mg/kg timp de 1–2 ore	50 mg/h (maximum 1,2 g timp de 24 de ore)	44% (8–12 ore până la câteva zile)	- Poate provoca flebită (utilizați o venă periferică mare, evitați administrarea iv > 24 ore și utilizați de preferință o pompă volumetrică). - Poate provoca hipotensiune arterială, bradicardie/bloc atrioventricular, prelungirea intervalului QT. - Doar dacă nu există altă opțiune la pacienții cu hipertiroidism (risc de tireotoxicoză). - Luați în considerare gama largă de interacțiuni medicamentoase.
Ibutildum*	intravenos	1 mg în 10 minute (0,01 mg/kg dacă greutatea	1–g peste 10 minute (10–20 minute după	31-51% (30–90 min) în AF 60–75% în AFL (60 min)	Ar trebui utilizat în cadrul unei unități de îngrijire cardiacă, deoarece poate provoca prelungirea intervalului QT și torsada vârfurilor.

		corporeală <60 kg)	doza inițială)		• Monitorizare ECG timp de cel puțin 4 ore după administrare la • detecta orice efecte proaritmice. • Nu trebuie utilizat la pacienții cu QT prelungit, LVH severă sau LVEF scăzută.
Vernakalant*	intravenos	3 mg/kg timp de 10 min	2 mg/kg timp de 10 minute (10–15 minute după doza inițială)	50% în 10 minute	• Nu trebuie utilizat la pacienții cu hipotensiune arterială (TAS <100 mmHg), SCA recent (în decurs de 1 lună), IC NYHA III sau IV, prelungire a intervalului QT sau stenoză aortică severă. • Poate provoca hipotensiune arterială, prelungire a intervalului QT, lărgire a QRS sau tahicardie ventriculară nesustținută.

Nu este înregistrat în Republica Moldova

C.6.2.4. Recomandări privind medicamentele antiaritmice pentru controlul ritmului pe termen lung

Caseta 19. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Amiodaronum este recomandată la pacienții cu FA și IC-FER care necesită tratament antiaritmice pe termen lung pentru a preveni recurența și progresia FA, cu o monitorizare atentă pentru toxicitatea extracardiacă.	I	A
Dronedaronum* este recomandată la pacienții cu FA care necesită controlul ritmului cardiac pe termen lung, inclusiv cei cu IC-FEmr, IC-FER, boală cardiacă ischemică sau boală valvulară, pentru a preveni recurența și progresia FA.	I	A
Flecainidum* sau Propafenonum sunt recomandate la pacienții cu FA care necesită controlul ritmului cardiac pe termen lung pentru a preveni recidivele și progresia FA, excluzând pe cei cu disfuncție sistolică severă a ventriculului stâng, hipertrofie ventriculară stângă severă sau boală coronariană.	I	A
Utilizarea concomitentă a unui beta-blocant sau blocant al canalelor de calciu non-dihidropiridinic (Diltiazemum* sau Verapamilum) trebuie luată în considerare la pacienții cu FA tratați cu Flecainidum* sau Propafenonum, pentru a preveni conducerea 1:1 dacă FA se transformă în flutter atrial.	IIa	C
Sotalolol poate fi luat în considerare la pacienții cu FA care necesită controlul ritmului cardiac pe termen lung, cu FEVS normală sau cu boală coronariană,	IIb	A

pentru a preveni recurența și progresia FA; totodată este necesară monitorizarea atentă a intervalului QT, a nivelului seric de potasiu, a funcției renale și altor factori de risc proaritmici.		
Terapia medicamentoasă cu antiaritmice nu este recomandată la pacienții cu tulburări majore de conducere, cu excepția cazului în care se asigură pacing antibradicardic.	III	C

C.6.2.5. Recomandări pentru ablația cu cateter a fibrilației atriale

Caseta 20. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Luarea deciziilor în comun		
Decizia privind ablația prin cateter pentru FA se recomandă a fi luată împreună, ținând cont de riscurile procedurale, beneficiile probabile și factorii de risc pentru recidivă.	I	C
Pacienții cu FA rezistentă sau intolerantă la terapia medicamentoasă antiaritmică		
Ablația prin cateter este recomandată pacienților cu FA paroxistică sau persistentă, cu FA rezistentă sau intolerantă la terapia medicamentoasă antiaritmică, pentru a reduce simptomele, recidivele și progresia FA.	I	A
Terapia de primă linie pentru controlul ritmului cardiac		
Ablația prin cateter este recomandată ca opțiune de primă linie în cadrul unei strategii de control al ritmului cardiac, bazată pe luare în comun a deciziilor, la pacienții cu FA paroxistică, pentru a reduce simptomele, recidivele și progresia FA.	I	C
Ablația prin cateter poate fi luată în considerare ca opțiune de primă linie în cadrul unei strategii de control al ritmului cardiac, bazată pe luare în comun a deciziilor, la pacienții selectați cu FA persistentă, pentru a reduce simptomele, recidivele și progresia FA	IIb	C
Pacienți cu insuficiență cardiacă		
Ablația prin cateter a FA este recomandată la pacienții cu FA și IC-FER, cu probabilitate înaltă de cardiomiopatie indusă de tahicardie, pentru a ameliora disfuncția ventriculară stângă.	I	B
Ablația prin cateter a FA ar trebui luată în considerare la pacienții selectați cu FA și IC-FER pentru a reduce spitalizarea pentru insuficiență cardiacă și a prelungi supraviețuirea.	IIa	B
Boala nodului sinusal / sindrom tahicardie-bradicardie		
Ablația FA prin cateter ar trebui luată în considerare la pacienții cu FA care asociază bradicardie sau pauze sinusale la terminarea aritmiei, pentru a ameliora simptomele și a evita implantarea unui stimulator cardiac.	IIa	C
Recidivă după ablația prin cateter		

Ablația repetată pentru FA ar trebui luată în considerare la pacienții cu recidivă după ablația inițială, cu condiția ca simptomele pacientului să se fi ameliorat după prima IVP sau după eșecul IVP inițiale, pentru a reduce simptomele, recidivele și progresia FA.	IIa	B
---	------------	----------

C.6.2.6. Recomandări privind tratamentul anticoagulant la pacienții supuși ablației prin cateter

Caseta 21. Recomandări	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Inițierea tratamentului anticoagulant oral este recomandată cu cel puțin 3 săptămâni înainte de ablația prin cateter la pacienții cu FA și risc crescut de evenimente tromboembolice, pentru a preveni accidentul vascular cerebral ischemic și tromboembolismul periprocedural.	I	C
Continuarea neîntreruptă a tratamentului anticoagulant oral este recomandată la pacienții supuși ablației prin cateter pentru FA, pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului periprocedural.	I	A
Continuarea tratamentului anticoagulant oral este recomandată pentru cel puțin 2 luni după ablația FA la toți pacienții, indiferent de rezultatul în ceea ce privește menținerea ritmului sinusal sau scorul CHA ₂ DS ₂ -VA, pentru reducerea riscului de accident vascular cerebral ischemic și tromboembolism periprocedural.	I	C
Continuarea tratamentului anticoagulant oral după ablația FA este recomandată în funcție de scorul CHA ₂ DS ₂ -VA al pacientului, și nu în funcție de percepția succesului procedurii de ablație, pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului.	I	C
Imagistica cardiacă ar trebui luată în considerare înainte de ablația prin cateter a FA la pacienții cu risc crescut de accident vascular cerebral ischemic și tromboembolism, în ciuda anticoagulării orale, pentru a exclude prezența trombilor.	IIa	B

C.7. [E] Evaluare și reevaluare dinamică

Dezvoltarea și progresia FA rezultă din interacțiuni continue între mecanismele fundamentale (electrice, celulare, neurohormonale și hemodinamice), în combinație cu o gamă largă de factori clinici și comorbidități asociate.

Istoricul medical și rezultatele investigațiilor trebuie reevaluate periodic, pentru a reflecta natura dinamică a comorbidităților și a factorilor de risc. Aceste reevaluări pot influența deciziile terapeutice; de exemplu, reluarea terapiei cu DOAC în doză completă după îmbunătățirea funcției renale a pacientului. Momentul reevaluării în cadrul AF-CARE este specific fiecărui pacient și trebuie adaptat modificărilor statusului clinic. În cele mai multe cazuri, acest grup de lucru recomandă o reevaluare la 6 luni de la prezentarea inițială și apoi cel puțin anual, realizată de un profesionist medical din asistența primară sau secundară (vezi C.1.1. și figura 5).

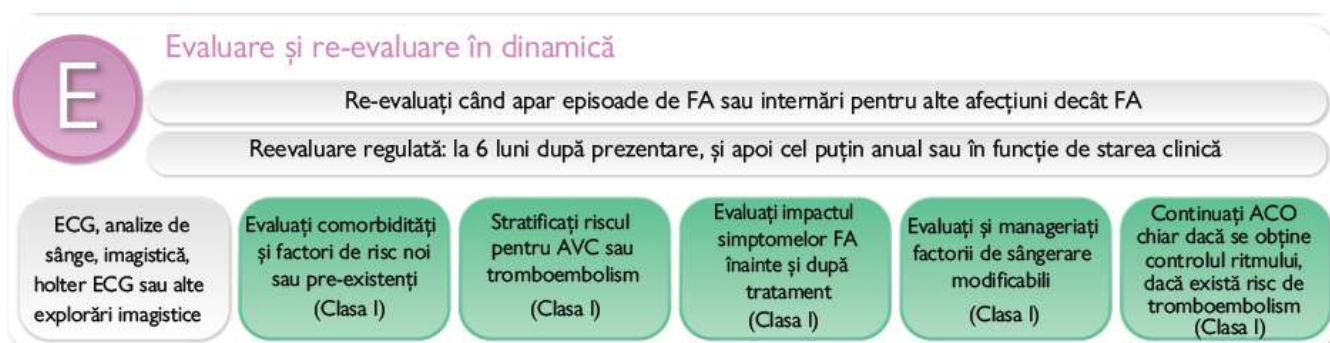


Figura. 5 Evaluare și reevaluare în dinamică.

C.8. CONDUITA PACIENȚILOR CU FA ȘI CONDIȚII CLINICE SPECIFICE

C.8.1. Conduita pacienților instabili cu FA

Pacienții instabili cu fibrilație atrială (FA) includ persoanele care prezintă instabilitate hemodinamică cauzată de aritmie sau de afecțiuni cardiace acute, precum și pacienții grav bolnavi care dezvoltă FA (în context de sepsis, traumatisme, intervenții chirurgicale, în special cele asociate cancerului). Factori precum sepsisul, suprastimularea adrenergică și tulburările electrolitice contribuie la debutul și recurența FA la acești pacienți. Restaurarea spontană a ritmului sinusal a fost raportată în până la 83% din cazuri în primele 48 de ore după tratamentul adecvat al cauzei subiacente.

Cardioversia electrică de urgență este în continuare considerată tratamentul de primă intenție atunci când se consideră că restabilirea ritmului sinusal este benefică. Amiodaronum reprezintă o opțiune de linia a doua, din cauza acțiunii sale întârziate; totuși, poate fi o alternativă adecvată în context acut. Beta-blocantul foarte selectiv și cu durată de acțiune ultra-scurtă, Landiololum*, poate controla în siguranță FA rapidă la pacienții cu fracție de ejeție scăzută și insuficiență cardiacă acut decompensată, având un impact limitat asupra contractilității miocardice și tensiunii arteriale.

C.8.2. Conduita pacienților în sindroame coronariene acute sau cronice și FA

Managementul peri-procedural al pacienților cu SCA sau sindroame coronariene cronice (SCC) este detaliat în Ghidurile ESC 2023 privind managementul sindroamelor coronariene acute și în Ghidurile ESC 2024 privind managementul sindroamelor coronariene cronice. Asocierea FA cu SCA este contextul în care utiliza rea terapiei antitrombotice combinate este cel mai frecvent indicată, constând în agenți antiagreganți plachetari și anticoagulant oral (ACO). Există o tendință generală de reducere a duratei dublei terapii antiagregante (DAPT) pentru a diminua riscul hemoragic; totuși, acest lucru poate crește rata de evenimente ischemice și tromboză de stent (Schema terapiei antitrombotice la pacienții cu FA și SCA sau SCC vezi C.1.10).

C.8.2.1. Recomandări pentru pacienții cu sindrom coronarian acut sau supuși unei intervenții coronariene percutane

Caseta 22. Recomandări	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Recomandări generale pentru pacienții cu FA și indicație pentru terapie concomitentă cu antiagregante		
În combinație cu terapia antiplachetară, se recomandă utilizarea unui DOAC la pacienții eligibili, în locul unui AVK, pentru a reduce riscul de sângerare și a preveni tromboembolismul.	I	A
Rivaroxabanum 15 mg o dată pe zi ar trebui avut în vedere în locul dozei de 20 mg o dată pe zi atunci când este utilizat în combinație cu terapia antiplachetară,	IIa	B

la pacienții la care preocupările legate de riscul de sângerare prevalează asupra celor legate de tromboza de stent sau accidentul vascular cerebral ischemic.		
Dabigatranum* 110 mg de două ori pe zi ar trebui avut în vedere în locul dozei de 150 mg de două ori pe zi atunci când este utilizat în combinație cu terapia antiplachetară, la pacienții la care preocupările privind riscul de sângerare prevalează asupra celor legate de tromboza de stent sau accidentul vascular cerebral ischemic.	IIa	B
Administrarea atent reglată a unui antagonist vitaminei K (AVK), cu un INR țintă între 2,0 și 2,5 și un timp în interval terapeutic (TTR) >70%, ar trebui avută în vedere atunci când este combinată cu terapia antiplachetară la pacienții cu fibrilație atrială, pentru a reduce riscul de sângerare.	IIa	C
Recomandări pentru pacienții cu FA și SCA		
Oprirea precoce a Acidum acetylsalicylicum (în ≤1 săptămână) și continuarea tratamentului cu un anticoagulant oral (preferabil un DOAC), în asociere cu un inhibitor P2Y12 (preferabil Clopidogrelum), pentru o durată de până la 12 luni, este recomandată la pacienții cu fibrilație atrială și sindrom coronarian acut (SCA) supuși unei intervenții coronariene percutane (PCI) necomplicate, pentru a evita sângerările majore, în cazul în care riscul de tromboză este scăzut sau riscul hemoragic este ridicat.	I	A
Terapia triplă cu Acidum acetylsalicylicum, Clopidogrelum și anticoagulant oral pentru o durată mai mare de 1 săptămână după un sindrom coronarian acut (SCA) ar trebui avută în vedere la pacienții cu fibrilație atrială atunci când riscul ischemic depășește riscul de sângerare, iar durata totală a tratamentului (≤1 lună) trebuie stabilită pe baza evaluării acestor riscuri și documentată clar în planul terapeutic la externare.	IIa	C
Recomandări pentru pacienții cu FA cărora li se efectuează PCI		
După o intervenție coronariană percutană (PCI) necomplicată, se recomandă oprirea precoce a Acidum acetylsalicylicum (în ≤1 săptămână) și continuarea tratamentului cu un anticoagulant oral și un inhibitor P2Y12 (preferabil Clopidogrelum) pentru o durată de până la 6 luni, în vederea evitării sângerărilor majore, dacă riscul ischemic este scăzut.	I	A
Terapia triplă cu Acidum acetylsalicylicum, Clopidogrelum și un anticoagulant oral pentru mai mult de 1 săptămână trebuie luată în considerare atunci când riscul de tromboză a stentului depășește riscul de sângerare, durata totală (≤1 lună) stabilită în funcție de evaluarea acestor riscuri și documentată clar în planul terapeutic la externare.	IIa	B

C.8.2.2. Recomandări pentru pacienții cu FA și boală coronariană sau vasculară cronică

Caseta 23. Recomandare	Clasa ^a	Nivelul ^b
Terapia antiagregantă peste 12 luni nu este recomandată la pacienții stabili cu boală coronariană sau vasculară cronică tratați cu anticoagulare orală, din cauza lipsei de eficacitate și pentru evitarea sângerării majore.	III	B

C.8.2.3. Recomandări pentru FA indusă de factori declanșatori

Caseta 24. Recomandare	Clasa ^a	Nivelul ^b
Terapia anticoagulantă orală pe termen lung ar trebui avută în vedere la pacienții eligibili cu FA indusă de factori declanșatori, care prezintă un risc tromboembolic crescut, pentru prevenirea accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului sistemic.	IIa	C

FA indusă de factori declanșatori se referă la FA nou-apărută în asociere imediată cu un factor precipitant și potențial reversibil.

Tabelul 9. Condiții non-cardiace asociate cu declanșarea FA (factori declanșatori)

Condiții acute
Infecții (bacteriene și virale)
Pericardită, miocardită
Situații de urgență (arsuri, traumatisme severe, șoc)
Consum excesiv de alcool
Utilizarea de substanțe ilicite - inclusiv metamfetamine, cocaine, opiacee și cannabis
Intervenții acute, proceduri și intervenții chirurgicale
Tulburări endocrine (tiroidiene, suprarenale, pituitare și altele)
Afecțiuni cronice cu inflamație și substrat favorabil FA
Boli mediate imun (artrită reumatoidă, lupus eritematos sistemic, boli inflamatorii intestinale, boală celiacă, psoriazis, altele)
Obezitate
Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC)
Apnee obstructivă de somn
Cancer
Boala ficatului gras
Stres
Tulburări endocrine

C.8.2.4. Recomandări pentru managementul FA postoperatorie

Caseta 25. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Terapia cu Amiodaronum în perioada perioperatorie este recomandată atunci când se dorește prevenirea FA postoperatorii după chirurgie cardiacă.	I	A
Pericardiotomia posterioară concomitentă ar trebui avută în vedere la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale cardiace, în scopul prevenirii fibrilației atriale postoperatorii.	IIa	B

Terapia anticoagulantă orală pe termen lung ar trebui avută în vedere la pacienții cu fibrilație atrială postoperatorie, după intervenții chirurgicale cardiace sau non-cardiace, care prezintă un risc tromboembolic crescut, în vederea prevenirii accidentului vascular cerebral ischemic și a tromboembolismului.	IIa	B
Utilizarea de rutină a beta-blocantelor nu este recomandată la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale non-cardiace pentru prevenirea fibrilației atriale postoperatorii.	III	B

C.8.2.5. Recomandări pentru pacienții cu AVC embolic de sursă necunoscută (ESUS)

Caseta 26. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Se recomandă monitorizarea prelungită pentru FA la pacienții cu ESUS, pentru a orienta deciziile terapeutice privind FA.	I	B
Inițierea terapiei anticoagulante orale la pacienții cu ESUS fără FA documentată nu este recomandată din cauza lipsei de eficacitate în prevenirea AVC ischemic și a tromboembolismului.	III	A

C.8.2.6. Recomandări pentru pacientele cu FA în timpul sarcinii

Caseta 27. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Cardioversia electrică imediată este recomandată la pacientele cu FA în timpul sarcinii, în caz de instabilitate hemodinamică sau FA în preexcitație, pentru a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.	I	C
Anticoagularea terapeutică cu HGMM sau AVK (cu excepția utilizării AVK în primul trimestru sau după săptămâna 36 de sarcină) este recomandată la gravidele cu FA și risc tromboembolic crescut, în vederea prevenirii AVC ischemic și a tromboembolismului.	I	C
Beta-blocantele selective β_1 sunt recomandate pentru controlul frecvenței cardiace în FA în timpul sarcinii, cu scopul de a reduce simptomele și de a îmbunătăți prognosticul matern și fetal, cu excepția Atenololum*.	I	C
Cardioversia electrică ar trebui avută în vedere în cazul FA persistente la femeile gravide cu CMH, pentru a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.	IIa	C
Digoxinum ar trebui avută în vedere pentru controlul frecvenței cardiace în FA în timpul sarcinii, în cazul în care beta-blocantele sunt ineficiente sau nu sunt tolerate, cu scopul de a reduce simptomele și de a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.	IIa	C
Ibutilidum* sau Flecainidum* administrate intravenos pot fi luate în considerare pentru conversia FA la paciente gravide hemodinamic stabile, cu cord structural normal, în vederea îmbunătățirii prognosticului matern și fetal.	IIb	C
Flecainidum* sau Propafenonum pot fi luate în considerare pentru controlul ritmului pe termen lung în timpul sarcinii, în cazul în care medicamentele pentru controlul frecvenței sunt ineficiente sau nu sunt tolerate, cu scopul de a reduce simptomele și de a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.	IIb	C

C.8.2.7. Recomandări pentru pacienții cu FA și boli cardiace congenitale

Caseta 28. Recomandare	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Tratamentul anticoagulant oral ar trebui luat în considerare la toți pacienții adulți cu boli cardiace congenitale cu FA/AFL și reparații intracardiace, cianoză, paliație Fontan sau ventricul drept sistemic pentru a preveni accidentul vascular cerebral ischemic și tromboembolismul, indiferent de alți factori de risc tromboembolici.	IIa	C

C.8.2.8. Recomandări privind prevenirea tromboembolismului în flutterul atrial

Caseta 29. Recomandare	Clasa ^a	Nive- lul ^b
Tratamentul anticoagulant oral este recomandat la pacienții cu flutter atrial cu risc tromboembolic crescut pentru a preveni accidentul vascular cerebral ischemic și tromboembolismul.	I	B

C.9. SCREENINGUL ȘI PREVENȚIA FA

În ultimii ani, a apărut o abundență de dispozitive noi pentru monitorizarea ritmului cardiac, inclusiv brățări fitness și ceasuri inteligente. Deși dovezile privind eficacitatea clinică a acestor dispozitive digitale sunt limitate, ele pot fi utile în detectarea FA. Dispozitivele pentru detectarea FA pot fi împărțite, în linii mari, în două categorii: cele care oferă ECG și cele care utilizează metode non-ECG, precum fotopletismografia (Tabelul 10).

Tabelul 10. Instrumente pentru screening-ul FA

Instrumente pentru screening FA
1. Palparea pulsului
2. Utilizarea algoritmilor inteligenței artificiale pentru identificarea pacienților cu risc
3. Evidențe bazate pe ECG
a. Dispozitive ECG convenționale
i. ECG Clasic cu 12 derivații (30 de secunde)
ii. Monitorizare Holter (de la 24 ore până la o săptămână sau mai mult)
iii. Telemetrie cardiacă mobilă (în timpul spitalizării)
iv. Dispozitive portabile
v. Patch-uri purtabile (până la 14 zile)
vi. Biotextile (până la 30 de zile)
vii. Dispozitive inteligente (30 de secunde)
b. Loop recorder implantabil (ILR) (3–5 ani)
4. Dispozitive care nu sunt bazate pe ECG

- a. Fotopletismografia (PPG) și algoritmi automatizati: contact (vârful degetului, dispozitiv inteligent, benzi) și contactless (video)
- b. Oscilometrie (monitoare de tensiune arterială care determină algoritmic regularitatea ritmului cardiac)
- c. Mecanocardiografie (accelerometre și giroscopuri pentru a sesiza activitatea mecanică a inimii)
- d. Pletismografie video fără contact (prin monitorizare video)
- e. Boxe inteligente (prin identificarea patternurilor anormale ale frecvenței cardiace)

C.9.1.1. Recomandări privind screening-ul pentru FA

Caseta 30. Recomandări	Clasa ^a	Nivelul ^b
Evaluarea unui ECG (12 derivații, derivații unice sau multiple) de către un cadru medical este recomandată pentru a oferi un diagnostic definitiv al FA și a iniția un management necesar	I	B
Evaluarea periodică a ritmului cardiac în timpul consulturilor periodice este recomandată la toate persoanele peste 65 de ani pentru detecția timpurie a FA	I	C
Screening-ul populației pentru FA folosind o abordare bazată pe ECG non-invasiv de lungă durată, ar trebui luată în considerare la persoanele cu vârsta peste 75 de ani, sau peste 65 de ani cu factori de risc adiționali din cadrul CHA ₂ DS ₂ -VA pentru a asigura o detecție timpurie a FA	IIa	B

Strategiile de screening pentru FA - metoda optimă de screening va varia în funcție de populația studiată (vezi algoritmul C.1.11)

D. Resurse umane și materiale necesare pentru respectarea prevederilor protocolului

D.1. Secția consultativă SCR „T. Moșneaga”	Personal: • Medic cardiolog • Medic funcționalist • Asistente medicale • Medic de laborator Aparataj, utilaj: • Fonendoscop • Tonometru • Defibrilator • Electrocardiograf • Ecocardiograf • Cabinet de diagnostic funcțional dotat cu utilaj pentru ergometrie • Cabinet radiologic • Laborator clinic standard pentru determinarea de: analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei, glicemie, INR • Poligraf cardiorespirator Medicamente: • Glicozide cardiace (Digoxinum) • Beta-blocante (Atenololum*, Betaxololum, Bisoprololum, Carvedilolum, Metoprololum) • Blocante ale canalelor de calciu (Diltiazemum*, Verapamilum) • Antiaritmice din clasa I, III (Quinidinum*, Propafenonum, Amiodaronum, Sotalolum) • Acidum acetylsalicylicum • Heparină nefracționată • ACO (Warfarinum, Acenocoumarolum), Rivaroxabanum, Dabigatranum*, Apixabanum, Edoxabanum Menadioni natrii bisulfis
D.2. UPU SCR „T. Moșneaga”	Personal: • Medic de urgență • Medic terapeut (cardiolog) • Medic funcționalist • Asistente medicale • Medic de laborator Aparataj, utilaj: • Fonendoscop • Tonometru • Defibrilator • Electrocardiograf • Laborator clinic standard pentru determinarea de: analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei, glicemie, probelor hepatice (ALT, AST) și renale (ureea, creatinina), INR. Medicamente: • Glicozide cardiace (Digoxinum) • Beta-blocante (Atenololum*, Betaxololum, Bisoprololum, Carvedilolum, Metoprololum)

	• Blocante ale canalelor de calciu (Diltiazemum*, Verapamilum) • Antiaritmice din clasa I, III (Quinidinum*, Propafenonum, Amiodaronum, Sotalolum) • Acidum acetylsalicylicum • Heparină nefracționată, heparine cu masă moleculară mică • ACO (Warfarinum, Acenocoumarolum), Rivaroxabanum, Dabigatranum*, Apixabanum, Edoxabanum.
D.3. IMSP Spitalul Clinic Republican: secțiile Departamentului Terapie	Personal: • Medic terapeut • Medic anesteziolog • Medic funcționalist • Asistente medicale • Medic de laborator • Acces la consultații: neurolog, endocrinolog Aparataj, utilaj: • Fonendoscop • Tonometru • Electrocardiograf • Ecocardiograf • Poligraf cardiorespirator • Defibrilator/cardioverter • Cabinet de diagnostic funcțional dotat cu utilaj pentru ergometrie • Cabinet radiologic • Laborator clinic standard pentru determinarea de: analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei, glicemie, probelor hepatice și renale, INR Medicamente: • Glicozide cardiace (Digoxinum) • Beta-blocante (Atenololum*, Betaxololum, Bisoprololum, Carvedilolum, Metoprololum) • Blocante ale canalelor de calciu (Diltiazemum*, Verapamilum) • Antiaritmice din clasa I, III (Quinidinum*, Propafenonum, Amiodaronum, Sotalolum) • Acidum acetylsalicylicum • Heparină nefracționată, heparine cu masă moleculară mică • ACO (Warfarinum, Acenocoumarolum), Rivaroxabanum, Dabigatranum*, Apixabanum, Edoxabanum • Menadioni natrii bisulfis • CCP • PPC

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	Sporirea numărului de pacienți cu fibrilație atrială, la care a fost determinat riscul tromboembolic, sub tratament	1.1 Ponderea pacienților cu FA și risc tromboembolic înalt care administrează ACO (în %)	Numărul de pacienți cu FA și risc tromboembolic înalt care administrează ACO x 100	Numărul total de pacienți cu FA și risc tromboembolic înalt
2	Reducerea ratei de AVC ischemice la pacienții cu FA supravegheați	2.1 Ponderea pacienților cu FA supravegheați care au dezvoltat AVC pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu FA supravegheați care au dezvoltat AVC pe parcursul unui an X100	Numărul total de pacienți cu FA supravegheați de medicul de familie pe parcursul ultimului an X 100
3	Creșterea numărului de pacienți cu FA primar depistată	Ponderea pacienților cu FA primari depistați (în %)	Numărul de pacienți cu FA primar depistați pe parcursul unui an X 100	Numărul total de pacienți cu FA supravegheați de medicul de familie pe parcursul ultimului an X 100

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Tratamentul pacienților cu fibrilație atrială (FA) în cadrul IMSP SCR „T. Moșneaga” se desfășoară în secțiile din departamentul Terapie, precum și în secțiile de profil chirurgical, în cazul pacienților la care FA survine pe parcursul spitalizării în aceste secții. În situația apariției unor urgențe majore, pacienții sunt transferați în departamentul ATI.

Pacienții cu FA care nu întrunesc criteriile de spitalizare sunt consultați de medicul specialist internist/cardiolog în cadrul Secției consultative sau de medicii interniști din cadrul Unității de Primiri Urgențe a IMSP SCR „T. Moșneaga”, fiind recomandate investigațiile necesare și tratamentul în regim ambulatoriu, în conformitate cu prevederile PCN.

F.1. Adresarea pacientului

Pacienții cu FA se pot prezenta la IMSP SCR „T. Moșneaga” prin una dintre următoarele modalități:

- Trimitere din Secția consultativă a IMSP SCR „T. Moșneaga”;
- Autoadresare.

F.2. Internarea pacientului

Internarea pacienților în SCR „T. Moșneaga” cu diagnosticul de FA se efectuează în conformitate cu procedura operațională standard POS AEP-01 privind internarea pacientului, cu respectarea prevederilor privind identificarea pacientului (POS SP-03), precum și a procedurii de informare și obținere a acordului informat (POS DP-02).

De asemenea, este obligatorie consemnarea în documentația medicală a datelor de contact (nume, telefon) ale rudelor, pacientului sau însoțitorului, în vederea informării la necesitate sau pentru obținerea informațiilor relevante procesului terapeutic.

F.3. Evaluare paraclinică (investigații) și conduita terapeutică

Investigațiile de laborator prevăzute în PCI „Fibrilația atrială la adult”:

- investigații de laborator pentru evaluarea bolii cardiovasculare:
 - analiza generală a sângelui (inclusiv numărul trombocitelor);
 - CKMB, Troponine, NT proBNP
- evaluarea riscului de AVC/risc de sângerare:
 - coagulograma (Protrombina, INR, Fibrinogen, D-dimeri, TTPA);
 - electroliții serici (Na, K, Cl);
 - probele hepatice și renale (ALT, AST, GGT, bilirubina și fracțiile ei, ureea, creatinina, RFG);
 - glucoza/HbA1c;
 - hormonii glandei tiroide (FT3, FT4, TSH)

se efectuează în cadrul Departamentului de investigații de laborator al SCR „T. Moșneaga”, respectiv în laboratorul planic sau în cel de urgență al instituției, după caz.

Examinările instrumentale:

- ECG de 12 derivații;
- Monitorizarea ECG 24 de ore tip Holter;
- Spirografie pulmonară;
- Ecocardiografie transtoracică;

- AngioCT coronarian/coronarografie;
- Rezonanță magnetică cardiacă (RMN);
- Imagistică cerebrală

se realizează în cadrul Departamentului de imagistică medicală al SCR „T. Moșneaga”.

- Ecocardiografia transesofagiană

se va efectua de către prestatorii de servicii medicale, în baza contractelor de colaborare încheiate cu IMSP SCR „T. Moșneaga”.

Conduita terapeutică este individualizată și adaptată în funcție de diagnosticul stabilit, severitatea afecțiunii și complicațiile asociate.

F.4. Procedura de transfer a pacientului:

Transferul intra-, extra- sau interspitalicesc al pacientului se realizează în conformitate cu procedura operațională standard POS SP-07 privind transferul pacientului. Datele aferente transferului sunt introduse în SIA AMS cu monitorizarea înscripțiilor corespunzătoare în FMBS conform POS: MCI-01 privind menținerea și controlul Fișei medicale a bolnavului de staționar.

F.5. Externarea pacientului

Externarea pacientului din staționar se realizează conform procedurii operaționale standard POS: AEP-02 privind externarea bolnavului de staționar. Informația necesară privitor la boală, regim, tratament, necesitatea evidenței și vizetelor repetate – este prezentată pacientului. Este absolut necesar de explicat și verificat modalitatea de transportare a pacientului din staționar la o altă instituție sau la domiciliu. În caz de transfer al pacientului din staționar la o instituție medicală inferioară (Spital Raional, Secții de îngrijiri paliative, etc) se fixează în extras tipul și necesitatea transferului, precum și datele de contact ale persoanei responsabile de acordul la transfer din instituția respectivă.

Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale:

Funcția	Nr. telefon intern	Telefon de contact
Vicedirector medical		(022) 403694
Șef UPU	210/ 541	(022) 728369
Șef Departament ATI		(022) 403657
Șef Departament chirurgie		(022) 403534
Șef Departament terapie		(022) 403514
Secția consultativă	511	
Șef departament de bioinginerie		(022) 403601
Endoscopie	386	
Secția diagnostic funcțional		(022) 403636
Serviciul de prevenire al infecțiilor asociate asistenței medicale	522	(022) 403687
Laborator	562	(022) 403672
Departament imagistica medicală		2-54 / 2-52

Telefoanele de urgență:

Secția	Nr de telefon	Telefon intern
UPU	(022) 728314	5-41
Perfectarea fișelor	067100184	
Paza		5-15
Serviciul tehnic		7-77
Laborator de urgență		4-86
Investigații imagistice de urgență	079966185	
ECG		2-10

ANEXE

Anexa 1. GHIDUL PACIENTULUI CU FIBRILAȚIE ATRIALĂ

Ce trebuie să știi? Acest ghid este destinat pacienților diagnosticați cu fibrilație atrială, familiilor și îngrijitorilor lor. Scopul lui este să îți răspundă la întrebări importante și să te ajute să discuți în mod informat cu echipa ta medicală despre tratament și prevenirea complicațiilor. Implicarea ta activă în propria sănătate este esențială.

Ce este fibrilația atrială și cum te afectează?

Fibrilația atrială este o tulburare a ritmului inimii. Semnalele electrice din camerele superioare ale inimii (atriile) devin neregulate, iar bătăile inimii devin haotice și inegale.

Este o afecțiune frecventă, dar poate afecta în mod diferit fiecare pacient:

- unii pacienți au simptome minime
- alții, simt disconfort major sau limitarea activităților.

Simptome frecvente

- Palpitații
- Amețeli
- Durere în piept
- Oboseală, scăderea capacității la efort
- Tulburări de somn
- Anxietate, îngrijorare
- Dificultăți de respirație

Posibile complicații:

- Formarea de cheaguri de sânge → accident vascular cerebral sau afectarea altor organe
- Insuficiență cardiacă (inima pompează mai slab)
- Spitalizări repetate și risc crescut de demență
- Creșterea mortalității cardiovasculare

Poți trăi o viață normală cu FA?

Da. Cu tratamentul potrivit, majoritatea pacienților pot duce o viață activă și normală.

Totuși, fiind o boală cronică, sunt necesare unele schimbări ale stilului de viață și monitorizarea regulată a stării de sănătate, iar comunicarea deschisă cu medicul și sprijinul familiei ajută foarte mult.

Cum poți controla boala? Măsurile de mai jos reduc riscul recurenței FA și cresc succesul tratamentelor:

- Activitate fizică regulată – 30 min de mers rapid/zi + 2–3 ședințe mai intense/săptămână
- Menține o greutate sănătoasă; dacă ești supraponderal, slăbirea ajută semnificativ
- Urmărește colesterolul și glicemia, tratează dacă este necesar
- Limitează consumul de alcool
- Evită complet fumatul și drogurile recreaționale
- Ai grijă de somn și reduce stresul
- Ia medicamentele exact cum au fost prescrise
- Informează-te din surse de încredere și participă la programe educaționale

Prevenirea cheagurilor și Accidentului Vascular Cerebral

În FA, sângele poate stagna în inimă → se formează cheaguri → risc de AVC.

Tratamentul anticoagulant reduce acest risc.

Medicamentele recomandate cel mai frecvent sunt:

- Apixabanum
- Dabigatranum*
- Edoxabanum
- Rivaroxabanum

Acestea necesită doar analize periodice (de obicei la 6 luni).

Warfarinum și medicamente similare sunt rezervate unor situații speciale (valve mecanice, sarcină, boală renală severă) și necesită monitorizare cu INR.

Chiar dacă ritmul cardiac revine temporar la normal, în caz că există factori de risc pentru AVC, tratamentul anticoagulant se continuă.

Cum recunoști un accident vascular cerebral?

Regula FAST:

- F – Față: zâmbetul este asimetric?
- A – Brațe: poate ridica ambele brațe?
- S – Vorbire: vorbește neclar?
- T – Timp: sună imediat la urgență!

Intervenția rapidă salvează viața și limitează urmările.

Controlul ritmului și frecvenței inimii

Tratamentul urmărește două obiective:

1. Controlul frecvenței - păstrarea bătăilor inimii într-un interval sigur:

- Beta-blocante (ex. Metoprololum, Bisoprololum)
- Digoxinum
- Diltiazemum* / Verapamilum (nu se folosesc dacă inima pompează slab)

Dacă frecvența devine prea scăzută - poate fi necesar un pacemaker.

2. Controlul ritmului - revenirea la ritm normal (sinusal)

- Medicamente antiaritmice
- Cardioversie electrică
- Ablajie (procedură minim invazivă)
- Intervenții minim-invazive/chirurgicale și, uneori, pacemaker

Înainte de cardioversie se administrează anticoagulant minim 3 săptămâni. Uneori se verifică existența cheagurilor cu ECO-transesofagian.

Ablația este o opțiune eficientă și se folosește atunci când FA deseori revine sau tratamentul medicamentos nu ajută suficient.

Ce presupune?

- catetere introduse prin venele inghinale până la inimă
- se izolează zonele cu semnale electrice anormale din jurul venelor pulmonare
- spitalizare 1–2 zile
- uneori este necesară repetarea procedurii

Beneficii:

- reduce simptomele
- îmbunătățește calitatea vieții
- poate restabili ritmul normal

Anticoagulantele se continuă conform recomandării medicului.

Monitorizare periodică este o parte esențială a tratamentului. Pe parcursul vieții, FA se poate modifica. De aceea sunt necesare:

- ECG-uri periodice
- Monitorizare Holter (24–72 h)
- Analize de sânge (rinichi, ficat, tiroidă)
- Ecografie cardiacă
- Reevaluarea periodică a riscului de AVC și sângerare

Orice schimbare a stării tale poate duce la ajustarea tratamentului.

Auto-îngrijire și sprijin

- Consultă regulat medicul de familie și cardiologul
- Ia tratamentul exact cum a fost prescris
- Monitorizează-ți pulsul (manual sau cu dispozitive digitale)
- Informează-te din surse sigure:

[www.afibmatters.org](<http://www.afibmatters.org>)

[www.afa-international.org](<http://www.afa-international.org>)

Solicită ajutor medical imediat dacă apar simptome noi sau se agravează cele existente.

Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru fibrilație atrială

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU FIBRILAȚIE ATRIALĂ – ambulator			Caz
DOMENIUL PROMPT			
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumirea oficială	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact	
3	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9	
4	Sexul pacientului/ei	masculin = 1; feminin = 2	
5	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2 ; necunoscut = 9	
6	Numele medicului curant	nume, prenume, telefon de contact	
EVIDENȚA DISPENSARICĂ			
7	Data stabilirii diagnozei	data (ZZ-LL-AAAA); necunoscut = 9	
8	Data luării la evidența dispensarică	data (ZZ-LL-AAAA); necunoscut = 9	
9	Fibrilație atrială	primar depistată = 2; paroxistică = 3; persistentă = 4; persistentă de lungă durată = 6; permanentă sau cronică = 7; izolată sau idiopatică = 8; controlul ritmului sinusal = 10; controlul frecvenței ventriculare = 11; riscul tromboembolic (complicații tromboembolice) = 12	
10	Anamneza și factorii de risc	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 Ereditate agravată = 2; boli cardiace = 3; obezitate = 4; boli pulmonare = 6; DZ = 7; boli renale = 8; fumatul = 10; consumul de alcool = 11; HTA = 12	
11	Estimarea Scorului CHA2DS ₂ -VA	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; Risc mic = 2; risc moderat = 3; risc înalt = 4; risc foarte înalt = 6	
12	Supravegherea pacientului	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 Anual = 2; de două ori pe an = 3; de patru ori pe an = 4; mai frecvent de patru ori pe an = 6	
DIAGNOSTICUL			
13	Investigații obligatorii	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 Analize biochimice = 2; IP/INR = 3; Rx cutiei toracice = 4; hemoleucograma și sumar de urină = 6; ECG = 7	
14	Investigații obligatorii (după posibilitate)	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9 Eco-cord = 2; hormonii tiroidieni = 3; Holter-monitoring ECG = 4	
15	Referire la specialiști	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
16	Investigații paraclinice indicate de specialiști	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR			
17	Modul în care a fost diagnosticat pacientul/a	AMP = 2; AMU = 3; secția consultativă = 4; spital = 6; instituție medicală privată = 7; alte instituții = 8; necunoscut = 9	
18	Complicații	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
19	Maladii concomitente	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
20	Grupul de risc	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
TRATAMENTUL			

21	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 2; AMU = 3; secția consultativă = 4; spital = 6; instituție medicală privată = 7; alte instituții = 8; necunoscut = 9	
22	Când a fost inițiat tratamentul	Data (ZZ-LL-AAAA); necunoscut = 9; pacientul/a a refuzat tratamentul = 2	
23	Terapie recomandată	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 Amiodaron = 1; BB = 2; Ca-bloc = 3; ARA/IEC = 4; diuretice = 6; Digoxin = 7; alte antiaritmice = 8	
24	Câte grupe de medicamente	Monoterapie = 2; două preparate = 3; trei preparate = 4; mai mult de trei preparate = 6; necunoscut = 9	
25	Tratamentul factorilor de risc	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9; anticoagulante = 2; antiplachetare = 3; statine = 4; alte hipertensive = 6	
26	Pacientul/a beneficiat de tratament compensat	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
27	Tratamentul maladiilor concomitente	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
28	Monitorizarea tratamentului înregistrată	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
29	Efecte adverse înregistrate	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
30	Complicațiile înregistrate la tratament	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
31	Tratamentul administrat în condiții de staționar	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9 Frecvența ventriculară incorectabilă în condiții de ambulator = 2; Varianta paroxistică = 3; dezvoltarea complicațiilor = 4; boli concomitente severe/avansate = 6; altele = 7	
32	Plan de intervenție pentru pacient pe termen scurt (1-3) luni	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
33	Plan de intervenție pentru pacient pe termen lung	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
34	Consilierea pacientului/ei documentată	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 Necesitatea medicației = 2; regim alimentar = 3; renunțare la fumat = 4; activitate fizică = 6; slăbire ponderală = 7; limitarea consumului de alcool = 8	
35	Rezultatele tratamentului	Test mers 6 min = 1; ameliorarea/restabilirea ritmului = 2; fără schimbări/fibrilație persistentă = 3; AVC = 4; controlul frecvenței cardiace = 6; insuficiență cardiacă = 7; terapie antitrombotică = 8; alte complicații = 10; necunoscut = 9	
36	Data scoaterii de la evidență dispanserică sau decesului	Data scoaterii de la evidență dispanserică(ZZ-LL-AAAA); necunoscut = 9	
		Data decesului (ZZ-LL-AAAA); necunoscut = 9	

	FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU FIBRILAȚIE ATRIALĂ – staționar		Caz
DOMENIUL PROMPT			
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	Denumirea oficială	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact	
3	Numărul fișei medicale		
4	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9	
5	Sexul pacientului/ei	Masculin = 1; feminin = 2	
6	Mediul de reședință	Urban = 1; rural = 2	
7	Numele medicului curant	Nume, prenume, telefon de contact	
INTERNAREA			
8	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP = 1; AMU = 2; secția consultativă = 3; spital = 4; instituție medicală privată = 6; alte instituții = 7; necunoscut = 9	
9	Data adresării primare după ajutor	Data (ZZ-LL-AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9	
10	Data și ora internării în spital	Data (ZZ-LL-AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9	
11	Data și ora internării în Terapie Intensivă	Data (ZZ-LL-AAAA); ora (00:00); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
12	Durata internării în Terapie Intensivă (zile)	Număr de ore/zile Nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
13	Durata internării în spital (zile)	Număr de zile; necunoscut = 9	
14	Transferul în altă secție	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
15	Respectarea criteriilor de spitalizare	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; FA paroxistică incorijabilă în condiții de ambulator = 6; FA persistentă pentru examinare aprofundată = 4; dezvoltarea complicațiilor = 7; alte criterii = 8	
DIAGNOSTICUL			
16	Tipul de FA	Primar depistat = 1; paroxistică = 2; persistentă = 3; persistentă de lungă durată = 4; permanentă sau cronică = 5; izolată sau idiopatică = 6; controlul ritmului sinusal = 7; controlul frecvenței ventriculare = 8; riscul tromboembolic (complicații tromboembolice) = 9	
17	Investigații paraclinice obligatorii	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; Analize biochimice = 2; IP/INR = 3; ECG = 4; Eco-cord = 6; Rx cutiei toracice = 7; troponina = 8; hormonii tiroidieni = 3;	
18	Investigații obligatorii (după posibilitate)	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; LDL-colesterol seric = 3; hormonii tiroidieni = 4; potasiul seric înainte de indicarea IECA sau ARA II = 6; Monitor Holter ECG = 7	
19	Consultat de alți specialiști	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9 Cardiolog = 2; oftalmolog = 3; endocrinolog = 4; nefrolog = 6; neurolog = 7; alți specialiști = 8;	
20	Investigații paraclinice indicate de către alți specialiști	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	

21	Estimarea Scorului CHA ₂ DS ₂ -VA	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 Risc mic = 2; risc moderat = 3; risc înalt = 4; risc foarte înalt = 6	
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR			
22	Pacientul/a internat în mod programat	nu=0; da=1; necunoscut=9	
23	Pacientul/a internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9	
24	Complicații înregistrate	nu=0; da=1; necunoscut=9	
25	Starea pacientului/ei la internare (gravitatea)	ușoară=2; medie=3; severa=4; necunoscut=9	
26	Evidența dispanserică	data (ZZ-LL-AAAA) nu=0; da=1; necunoscut=9	
27	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscut=9	
28	Factori de risc	nu=0; da=1; necunoscut=9 ereditate agravată=2; boli cardiace=3; obezitate=4; DZ=6; boli renale=7; fumatul=8; consum de alcool=11	
TRATAMENTUL			
29	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP=1; AMU=2; secția consultativă=3; spital=4; instituție medicală privată=6; alte instituții=7; necunoscut=9	
30	Tratamentul aplicat	nu=0; da=1; necunoscut=9 Amiodarona=2; IECA/ARA=6; Ca-blocante=7; diuretice=8; ACC=10; anticoagulante=11; Digoxin=12	
31	Câte grupe de medicamente	monoterapie=2; doua preparate=3; trei preparate=4; mai mult de trei preparate=6; necunoscut=9	
32	Alte grupe de medicamente	nu=0; da=1; nu a fost necesar=5; statine=3; nitrati=4; antidiabetice=6; altele=7	
33	Efecte adverse înregistrate	nu=0; da=1; necunoscut=9	
34	Complicațiile înregistrate la tratamentul antiaritmie	nu=0; da=1; necunoscut=9	
35	Rezultatele tratamentului	test mers 6 min=2; ameliorare/restabilirea ritmului=3; fără schimbări/fibrilație atrială persistentă=4; frecvență necontrolată=6; complicații=7; necunoscut=9	
36	Respectarea criteriilor de externare documentate	nu=0; da=1; necunoscut=9; diagnosticul precizat desfășurat=2; rezultatele investigațiilor efectuate=3; recomandările explicite pentru pacient/ă=4; recomandări pentru medicul de familie=6; consilierea pacientului=7; externat cu precizarea tratamentului=8	
37	Data externării sau decesului	data externării (ZZ-LL-AAAA); necunoscut = 9	
		data decesului (ZZ-LL-AAAA); necunoscut = 9	