

Cuprins

Cap. 1. Menținerea sănătății la adulți 1

Cap. 2. Cardiologie 5

Patologii cardiace valvulare	5
Fibrilația atrială	7
Insuficiența cardiacă congestivă	13
Hipertensiunea	17
Hiperlipidemia	23
Boala cardiacă ischemică	26
Stimulatoare cardiace și defibrilatoare	30
Pericardita acută	32
Boli vasculare periferice	38
Sincopa	40

Cap. 3. Dermatologie 43

Managementul afecțiunilor pielii	43
Cancerle pielii	48

Cap. 4. Endocrinologie 51

Insuficiența corticosuprarenală	51
Tulburările metabolismului calciului	53
Sindromul Cushing	55
Diabetul zaharat	56
Obezitatea	63
Osteoporoza	66
Tulburările metabolismului potasiului	68
Tulburările metabolismului sodiului	70
Afecțiuni tiroidiene	73
Nodulul tiroidian	77

Cap. 5. Otorinolaringologie 79

Epistaxis	79
Disfagia	80
Otalgia	81
Combinatii de medicamente pentru tuse/ răceală	81
Hipoacuzia la adulți	83
Mase cervicale-tumori cervicale	85
Rinita și rinosinuzita	86
Tinnitus	89

Cap. 6. Gastroenterologie 91

Durerea abdominală acută	91
Durerea în etajul abdominal superior	91
Managementul ascitelor	94
Diareea cronică	96
Cirozele și complicațiile lor	98
Gastroenterita	105
Infecția cu Helicobacter Pylori	107
Hepatitele	108
Boala inflamatorie intestinală (BII)	112
Sindromul de intestin iritabil	115

Cap. 7. Ginecologie 117

Sângerări vaginale anormale	117
Amenoreea	119
Screeningul cancerului de sân	120
Displazia cervicală	122
Metode contraceptive	123
Tablete contraceptive orale	131
Terapia de substituție hormonală	133
Evaluarea cuplului infertil	134
Evaluarea formațiunilor pelvine	136
Afecțiuni vulvovaginale	137

Cap. 8. Hematologie 141

Siclemia/Anemia falciformă	141
Tulburări de coagulare	144
Studiul coagulării pentru diverse diateze hemoragice	144
Tromboza venoasă profundă	145
Stări de hipercoagulabilitate	148
Leucocitoza	149
Neutropenia	151
Embolia pulmonară	153
Trombocitopenie	154
Evenimentele trombotice venoase	156
Screening-ul trombofiliei genetice pentru rudele asimptomatice	157

Cap. 9. Boli infecțioase 160

Pneumonia dobândită în comunitate	160
Boala asociată cu <i>Clostridium difficile</i>	165
Profilaxia endocarditei	167
Îngrijirea primară pentru pacienții HIV+	168
Meningita	174
Tuberculoza	176

Cap. 10. Neurologie 179

Delirul	179
Demența	180
Demența Alzheimer (50-80% din totalul demențelor)	182
Demența vasculară (10-20% din totalul demențelor)	183
Demența asociată bolii Parkinson și demența cu corpi Lewy (5-10% din totalul demențelor)	183
Demența fronto-temporală (12-25% din totalul demențelor)	183
Dermatoame	186
Vertijul	187
Căderile la pacienții vârstnici	188
Boala Parkinson	194
Crizele epileptice	196
Accidentul vascular cerebral	198
Sindromul de deficit motor	202
Rădăcinile nervoase spinale și leziunile nervilor periferici	203

Cap. 11. Obstetrică 207

Îngrijirea antepartum de rutină	207
Supravegherea fetală antepartum	211
Acuze în timpul sarcinii	212
Diabetul zaharat în timpul sarcinii	214
Diagnosticul diabetului gestațional	214
Infecția cu streptococ de grup B în sarcină	216
Hipertensiunea arterială în sarcină	217
Oligohidramnios și polihidramnios	219
Îngrijirea postpartum	220

Cap. 12. Oncologie 222

Chimioterapie	222
Urgențe oncologice	223
Sindroamele paraneoplazice	228
Alte reguli generale de management ale pacientului oncologic	228
Managementul efectelor secundare ale chimioterapiei sau radioterapiei	229

Cap. 13. Oftalmologie 231

Oftalmologie: tabelul Snellen	231
Oftalmologie: evaluarea ochiului roșu	232
Oftalmologie: tulburări de vedere	233

Cap. 14. Ortopedie 235

Managementul durerii de spate	235
Afecțiuni comune ale piciorului	239
Evaluarea durerii de șold	240
Evaluarea durerii de genunchi	242
Durerea de umăr	243

Cap. 15. Managementul durerii: principiile managementului durerii 246

Clasificarea sindroamelor dureroase	246
-------------------------------------	-----

Cap. 16. Îngrijirea paliativă și ante-finem 252

Îngrijirea paliativă	252
Ghiduri de eligibilitate pentru hospice	254

Cap. 17. Pediatrie 255

Medicamente de uz pediatric în ambulator	255
Anemia la sugari și copii	257
Medicina adolescentului	259
ADHD	260
Tulburările din spectrul autismului	263
Colici	264
Constipația la sugari și la copii	265
Enurezisul nocturn	267
Evaluarea febrei la sugarii mari și copiii mici	269

Evaluarea febrei la sugarii mici	270		
Evaluarea anomaliilor de mers	272		
Evaluarea copilului cu șchiopătat	273		
Tulburări de creștere	276		
Gastroenterite la copiii mici	277		
Hiperbilirubinemia la nou-născuți	279		
Vaccinări	281		
Sepsisul neonatal	282		
Resuscitarea nou-născutului	283		
Dermatologia nou-născutului	287		
Probleme frecvente ale nou-născuților	288		
Managementul otitei medii	291		
Examenului fizic în vederea practicării sportului	293		
Principii în medicina preventivă	294		
Infecțiile respiratorii la copii	304		
Scolioza	306		
Convulsiile	307		
Infecțiile tractului urinar	309		
Tulburări de vedere la copii	310		
Cap. 18. Psihiatrie	312		
Analiza comparativă a antidepresivelor	312		
Analiza comparativă a antipsihoticelor	314		
Analiza comparativă a anxioliticelor	315		
Tulburări somatoforme	316		
Diferențierea tulburării somatoforme de ipohondrie	317		
Patologiile simulate și falsificate	317		
Cap. 19. Pneumologie	319		
Astmul	319		
Tusea cronică	323		
Bronhopneumopatia cronică obstructivă	325		
Hemoptizia	329		
Bolile interstițiale pulmonare	329		
Pleureziile	331		
Teste funcționale pulmonare	333		
Evaluarea pulmonară preoperatorie	335		
Cap. 20. Nefrologie	337		
Dezechilibrele acido-bazice	337		
Sindromul nefrotic	338		
Leziune renală acută	340		
Boala renală cronică	343		
Cap. 21. Reumatologie	348		
Artrita monoarticulară acută	348		
Artrita cristalină	350		
Fibromialgia	353		
Polimialgia	355		
Artrita reumatoidă	359		
Lupusul eritematos sistemic	362		
Cap. 22. Patologia somnului	364		
Insomnia și narcolepsia	364		
Apneea obstructivă de somn	365		
Sindromul picioarelor neliniștite (RLS)	367		
Cap. 23. Urologie	368		
Hiperplazia benignă de prostată	368		
Hematuria	370		
Nefrolitiază	371		
Incontinența urinară	373		

Cap. 1. Menținerea sănătății la adulți

Table 1.1 **Schemă de imunizare pentru adulți**

Schemă de imunizare pentru adulți
<i>Tetanus, difterie (Td)</i> : pentru toate vârstele, 1 doză de repel la fiecare 10 ani.
<i>Pertusis</i> : se ia în considerare o singură doză de Pertusis la adulții sub 65 de ani (ca parte din Tdap), la cel puțin 10 ani de la ultima doză de tetanus. Dacă pacientul nu a primit niciodată anterior un rapel pentru Pertusis, utilizați Boostrix dacă între are 10-18 ani, Adacel dacă are între 11-64 de ani.
<i>Gripă</i> : o doză anuală dacă are vârsta ≥ 50 de ani. Dacă are sub 50 de ani, atunci 1 doză anuală dacă este personal medical, gravidă, are boli cronice de fond, locuiește împreună cu persoane cu boli cronice sau cu copii sub 5 ani sau cei care solicită vaccinarea. Vaccinul intranasal este indicat pentru adulții sănătoși sub 50 de ani.
<i>Pneumococic (polizaharide)</i> : 1 doză dacă are ≥ 65 de ani. Dacă are sub 65 de ani, se va lua în considerare imunizarea în cazul celor cu boli cronice de fond, cei din cămine de bătrâni. Revaccinare la 5 ani în cazul riscului înalt sau dacă are ≥ 65 de ani și a primit prima doză înainte de vârsta de 65 de ani. CDC recomandă vaccinul conjugat (Prennar) pentru anumiți adulți cu risc crescut.
<i>Hepatită A</i> : la toate vârstele în cazul celor cu tulburări de coagulare, hepatopatii cronice sau expuși la risc (călătorii în zone endemice, consum de droguri, bărbații homosexuali), 2 doze (6-12 luni).
<i>Hepatită B</i> : la orice vârstă în cazul celor cu indicație medicală (hemodializă, primitorii de factori de coagulare, hepatopatii cronice) datorită comportamentului (consum de droguri, mulți parteneri sexuali, cei ce necesită evaluare sau tratament pentru boli cu transmitere sexuală, bărbați homosexuali) sau altele (partener domestic/partenerii sexuali a celor cu infecție cronică cu HBV sau HIV, clienții/personalul cu tulburări de dezvoltare, călătorii de peste 6 luni în zone cu risc crescut, deținuții din penitenciare), 3 doze (0, 1-2, 4-6 luni). Pacienții hemodializați au nevoie de 4 doze și de doze mai mari (40 μ g). Se ia în considerare vaccinul conjugat la pacienții cu risc înalt.
<i>Rujeolă, oreion, rubeolă (MMR)</i> : născut în sau după 1957 și imunizarea este incertă, vezi www.cdc.gov .
<i>Varicelă</i> : la orice vârstă dacă imunizarea este incertă. Vârsta ≥ 13 ani, 2 doze la interval de 4-8 săptămâni.
<i>Meningococic</i> (vaccinul conjugat este preferat ≤ 55 de ani): la toate vârstele cu indicație medicală (deficit de complement, asplenie anatomică sau funcțională) sau alte indicații (călătoriile în regiuni endemice, rezidenții din internate, recruții militari), se administrează 1 doză. Se ia în considerare revaccinarea peste 3-5 ani în caz de risc crescut.
<i>Virusul papiloma uman</i> : se ia în considerare vaccinarea femeilor între 9-26 de ani la 0, 2 și 6 luni. Poate fi administrat și bărbaților între 9-26 de ani pentru scăderea riscului de veruci genitale.
<i>Herpes Zoster</i> : Se va lua în considerare administrarea unei singure doze de vaccin anti-Herpes Zoster la persoanele ≥ 60 de ani.
<i>Haemophilus influenzae tip b (Hib)</i> : 1 doză la adulții cu risc înalt (siclemie, leucemie, HIV, splenectomie) dacă nu au beneficiat de imunizare anterioară.

Reprodus după schema din 2013 a CDC, ACIP & AAFP, vezi www.cdc.gov/vaccines/schedules.

Tabel 1.2 Menținerea sănătății

Categorie	18-25 ani	26-39 ani	40-49 ani	50-64 ani	> 65 ani
Examinare pentru controlul sănătății (EMS)	La 5 ani	La 2-3 ani	La 1-2 ani	Anual	Anual
Î, G, TA, IMC	La 2-4 ani	La 2-3 ani	La 1-2 ani	La 1-2 ani	La 1-2 ani
Examen clinic mamar (ECM) ¹	-	La 2-3 ani	Anual	Anual	Anual
Examinare rectală digitală (ERD) ²	-	-	-	Se ia în considerare anual	
Examinare pelviană + Papanicolau ³	La 3-5 ani	La 3-5 ani	La 3-5 ani	La 3-5 ani	-
Screening Chlamydia/ Gonorrhea ⁴	Anual	Anual	-	-	-
Mamografie ⁵	-	-	La 1-2 ani	Anual	Anual
Test pentru hemoragie ocultă din fecale ⁶	-	-	-	Anual	Anual
Screening cancer de colon ⁶	-	-	-	La 5-10 ani	La 5-10 ani
Test de osteoporoză ⁷	-	-	-	-	La 2-3 ani
Screening cancer de prostată ⁸				De considerat anual dacă pacientul dorește.	
Screening depresie	Cu EMS	Cu EMS	Cu EMS	Cu EMS	Cu EMS
Nivelul lipoproteinelor ⁹	La 5 ani	La 5 ani	La 5 ani	La 5 ani	La 5 ani
Glicemie à jeun	-	-	La 3 ani (de la 45 ani).	La 3 ani	La 3 ani
Hormonul de stimulare tiroidiană ¹⁰	-	-	-	-	De recomandat la 2-3 ani.
Screening HIV și VDRL ¹¹	La 3-5 ani	La 3-5 ani	La 3-5 ani	0 dată (dacă este primul test).	-
Anevrism aortic abdominal ¹²	-	-	-	-	65-75
Aspirina 81 mg zilnic p.o.	Bărbați ≥ 45 ani, femei ≥ 55 ani sau diabetic ≥ 40 ani cu risc semnificativ BAC la 10 ani ≥ 10%.				
Screening abuz alcool ¹³	Cu EMS	Cu EMS	Cu EMS	Cu EMS	Cu EMS
Test de ridicare (ortostatism) și mers (risc de cădere)	-	-	-	-	Anual

Aport Ca/zi ¹⁴	-	-	-	1 200	1 500
Vitamina D 800 UI/zi femei ¹⁴	-	-	-	Da	Da
Alterarea vederii și auzului				Se ia în considerare screeningul anual după vârsta de 65 ani.	

EMS = examen pentru controlul sănătății; Î = înălțime; IMC = indice de masă corporală; G = greutate; TA = tensiune arterială; ECM = examen clinic mamar; ERD = examinare rectală digitală; CA = cancer; HIV = virusul imunodeficienței umane; BAC = boli arteriale coronariene.

¹ Colegiul American al Chirurșilor (ACS) recomandă examinarea clinică a sânelor la fiecare 2-3 ani între vârstele 20-39 ani respectiv anual începând cu vârsta de 40 ani. **Rețeaua Națională Comprehensivă a Cancerului (NCCN)** recomandă un ECM la fiecare 1-3 ani între vârstele 25-40 ani respectiv anual începând cu vârsta de 40 ani până la 75 ani. **Academia Americană a Medicilor de Familie (AAFP)** recomandă un ECM la fiecare 1-2 ani între vârstele 40-75 ani.

² AAFP și Grupul de Lucru al Serviciilor Preventive SUA (USPSTF) recomandă de rutină screeningul Ca de prostată fie prin ERD fie prin efectuarea antigenului specific de prostată (PSA). ACS recomandă screeningul anual DRE și PSA dacă pacientul are o speranță de viață de peste 10 ani.

³ Screening anual începând cu vârsta de 21 ani cu Papanicolau la 3 ani și sistarea screeningului la 65 de ani sau mai devreme după histerectomie efectuată pentru procese benigne. O alternativă pentru femeile cu vârste între 30-65 ani este screeningul la fiecare 5 ani cu efectuare Papanicolau + testare HPV.

⁴ Screeningul anual al tuturor femeilor active sexual, cu vârsta între 18-25 ani, femei gravide sub 25 ani, respectiv screeningul anual al femeilor active sexual cu vârsta între 25-35 ani în detenție juvenilă sau închisoare și al bărbaților homosexuali activi sexual, anual.

⁵ ACS și NCCN recomandă o mamografie de screening anual începând cu vârsta de 40 ani. AAFP recomandă efectuarea unei mamografii de screening la fiecare 2 ani începând cu vârsta de 50 ani. USPSTF recomandă o mamografie de screening la 1-2 ani începând cu vârsta de 50 ani. Toate organizațiile opresc screeningul la vârsta de 75 ani.

⁶ Variantele includ colonoscopie la fiecare 10 ani sau sigmoidoscopie flexibilă și enema cu dublu contrast (aer-bariu) la 5 ani, sau colonografie la fiecare 5 ani (pentru pacienții care refuză endoscopia inferioară) cu testare anuală pentru hemoragia ocultă din fecale începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 75 ani. Rolul screeningului ADN fecal este incert.

⁷ Screeningul cu absorbtimetrie duală cu raze X pentru evaluarea densității minerale osoase. Se pot examina femeile aflate în postmenopauză peste 65 ani sau mai în vârstă și cele peste 60 de ani sau mai în vârstă cu factori de risc pentru osteoporoză la fiecare 2 ani sau bărbații de 70 ani sau mai în vârstă la fiecare 3 ani.

⁸ USPSTF și Asociația Europeană de Urologie nu recomandă efectuarea de rutină a antigenului specific de prostată sau ERD. ACS și ACP recomandă o discuție informativă cu pacienții despre riscurile/beneficiile screeningului și efectuarea anuală PSA sau ERD dacă pacientul dorește.

⁹ Se începe screeningul tuturor pacienților la vârsta de 35 de ani pentru bărbați și 45 de ani pentru femei, dar se poate iniția screeningul la vârsta de 20 de ani pentru indivizii cu risc crescut pentru boli cardiace coronariene și se poate opri la vârsta de 70 de ani.

¹⁰ Se poate recomanda femeilor vârstnice, însă nu există suficiente dovezi pentru a recomanda screeningul de rutină.

¹¹ Se testează toți indivizii între 15-65 ani și toate femeile care sunt însărcinate cel puțin o singură dată pentru HIV. Se testează oamenii cu factori de risc pentru bolile cu transmitere sexuală, pentru sifilis la intervale menționate în tabel.

¹² O singură examinare ecografică abdominală la bărbații cu vârsta între 65-75 de ani care au fost fumători în antecedente și Societatea Canadiană de Chirurgie vasculară o recomandă pentru femeile de peste 65 ani fumătoare în antecedente și care au boli cerebrovasculare și un istoric familial pozitiv.

¹³ Se pot utiliza testele CAGE sau AUDIT (ambele disponibile la www.niaaa.nih.gov/).

¹⁴ Se ia în considerare la femeile postmenopauză instituționalizate. Doza zilnică de calciu exprimată în miligrame de calciu elementar.

¹⁵ USPSTF și AAFP găsesc ca fiind insuficiente dovezile pentru screeningul de rutină al adulților vârstnici, însă **ICSI** (Institute for Clinical Systems Improvement) recomandă testarea obiectivă a tuturor adulților de 65 ani sau peste această vârstă pentru screeningul tulburărilor de vedere. În completare, toate cele 3 organizații sugerează „chestionarea periodică a adulților vârstnici despre problemele de auz”.

Date din recomandările Academiei Americane a Medicilor de Familie, Societatea Americană de Cancer, Institutul Național de Cancer (www.cancer.gov), USPSTF (www.ahcpr.gov/clinic/uspstfix.htm), Centrele pentru Controlul Îmbolnăvirilor (Centers of Disease Control), Institutul pentru Îmbunătățirea Sistemelor Clinice (www.icsi.org), Societatea Europeană de Urologie (www.uroweb.org), Rețeaua națională Comprehensivă de Cancer (www.nccn.org) și <http://uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/cervical-cancer-screening>.

Discuții de consiliere și examinare pentru fiecare vizită de întreținere a sănătății

- Evaluare nutrițională și consiliere pentru scădere în greutate în cazul pacienților obezi.
- Prevenția rănirii: folosirea centurii de siguranță și a căștilor de protecție, arme de foc în casă, siguranța apei.
- Screening pentru consum de droguri.
- Consiliere pentru renunțarea la fumat.
- Consiliere pentru sex protejat.
- Încurajarea exercițiilor fizice regulate.
- Examenul complet al pielii la fiecare examinare pentru menținerea sănătății.

Cap. 2. Cardiologie

Cardiologie: Patologii cardiace valvulare

Tabel 2.1 Patologii cardiace valvulare ale adultului

Categorii	Stenoză mitrală (SM)	Insuficiență mitrală (IM)	Stenoză aortică (SA)	Insuficiență aortică (IA)	SSHI	Murmur inocent, nesemnificativ
Etiologie	• Reumatismală, • Congenitală.	• Boală reumatismală, • Endocardită, • Prolaps de valvă mitrală, • Disfuncția mușchilor papilar.	• Boală reumatismală, • Valvă aortică bicuspidă, • Stenoză calcificată.	• Reumatismală, • Valvă aortică bicuspidă, • Endocardită, • Disecție de aortă, • Sindrom Marfan/aortită sifilitică.	• Congenitală.	• Valve normale.
♀ sau ♂	♀ > ♂	♂ > ♀	♂ > ♀	♂ > ♀	♂ > ♀	♂ = ♀
Vârsta de diagnosticare	14-28 ani.	30-50 ani.	40-50 ani.	40-50 ani.	15-50 ani.	1-15 ani.
Caracteristici clinice	• Simptome de ICC, • Hemoptizii, • Palpitații (fibrilație atrială).	• Simptome de ICC, • Palpitații (fibrilație atrială), • Latență lungă.	• Angină: supraviețuire 5 ani, • ICC: supraviețuire 2 ani, • Sincopă: supraviețuire 3 ani, • Moarte subită.	• Simptome de ICC, • Angină, • Latență lungă.	• Angină, • Simptome de ICC, • Sincopă, • Moarte subită, • Latență lungă.	• Fără.

Semne clinice	• Z₁ accentuat, • Suflu diastolic apical, • Accentuare presistolă, • Calciment de deschidere (CD) al valvei mitrale.	• Diminuare Z₁, • Prezența galop Z₃, • Suflu sistolic apical de regurgitare → axilă, • Fără accentuare după contracția ventriculară prematură (ESV).	• Z₂ diminuat, • Suflu sistolic aspru în spațiul intercostal 2 (SIC) → carotide, • Accentuat după ESV, • Z₂ dedublata paradoxal, • Semnul Gallavardin.	• Accentuare Z₃ de galop, • Murmur diastolic, • Pulsuri Quincke și Corrigan, • Semnele DeMusset, Duroziez și Traube, • Puls carotidian bifazic.	• Suflu sistolic aspru în SIC 3, • Diminuare în decubit și accentuare în ortostatism, • Prezența Z₄ de galop, • Puls carotidian bifazic.	• Suflu ușor de ejecție sistolică în SIC 2 stâng.
Indicatori ai gravității	• Interval Z₂-CD scurt, • Murmur prelungit.	• Fără.	• Murmur prelungit, • Prezența Z₄ de galop, • PIM prelungit.	• Presiune a pulsului crescută, • Murmur Austin-Flint și Z₃ de galop.	• Puls bifazic.	• Fără.
Terapie medicală	• Fibrilație atrială: β-blocante, digoxină, warfarină, • ICC: furosemid.	• Fără medicamente în cazul IM cronice asimptomatice, • Fibrilație atrială: warfarină, • IECA: IM acută.	• Statinele pot avea efect marginal asupra progresiei SA, • IVA în caz de SA severă (AVA < 1 cm² sau gradient VA > 40 mmHg și • Simptome ca: • FEVS < 0,5, • Impune intervenție pe cord deschis pentru altă indicație.	• IECA sau BCC dihidropiridinice, • Pentru ICC se adaugă digoxină și furosemid.	• β-blocante, • Verapamil, • Disopiramidă.	• Fără.
Terapie chirurgicală dacă:	• ICC clasă ≥ 2 și • AVM ≤ 1,5 cm², • PAP > 50 mmHg, * Valvulotomie cu balon dacă permite morfologia valvei.	• Asimptomatică și • FEVS ≤ 0,6, • DSF ≥ 40 mm. • ICC clasă ≥ 2 și • FEVS < 0,3, • DSF ≤ 55 mm.	• Simptome ca: • FEVS < 0,5, • Impune intervenție pe cord deschis pentru altă indicație.	• ICC clasă ≥ 3 sub tratament, • IA severă asimptomatică și • FEVS ≤ 0,5, • DSF > 55 mm, • Impune intervenție pe cord deschis.	• La debutul simptomelor, • Rezecția septală procedura de elecție.	• Fără.

Z_1 = zgomotul 1 cardiac; Z_2 = zgomotul 2 cardiac; Z_3 = zgomotul 3 cardiac; Z_4 = zgomotul 4 cardiac; IECA = inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei; SSHI = stenoza subaortică hipertrofică idiopatică; PIM = punctul impulsului maxim; DSF = diametru sistolic final; IVA = înlocuirea valvei aortice; AVA = aria valvei aortice; FEVS = fracție de ejeție ventriculară stângă; AVM = aria valvei mitrale; BCC = blocante ale canalelor de calciu; PAP = presiunea arterei pulmonare.

Sursa: Colegiul American de Cardiologie 2014 Ghiduri pentru Managementul Bolilor Cardiace Valvulare (J AM Coll Cardiol 2014; 63(22):e57-e185) și reproduse cu permisiunea Daniel S. Clark (Director of Cardiology, Ventura County Medical Center). * vezi JACC, 2006; 48:e1-148 și NEJM, 2005; 352:2389.

Cardiologie: Fibrilația atrială

Etiologia fibrilației atriale (FA mnemonic se reține cu CPR HEARTS)

- **C:** cardiopatie ischemică (BAC), ICC acută și cronică sau IM acut.
- **P:** pulmonar (BPOC/apnee obstructivă de somn), feocromocitom și pericardită (sau miocardită).
- **R:** boală cardiacă reumatismală (sau cardiomiopatie valvulară).
- **H:** cardiomiopatie hipertensivă sau hipertrofică sau hipoxie severă.
- **E:** embolie (pulmonară).
- **A:** alcool și amiloidoză.
- **R:** afecțiune cardiopulmonară exclusă (dacă nu e prezentă atunci doar fibrilație atrială izolată).
- **T:** intoxicație cu teofilină, tireotoxicoză sau traumatism (estomparea zgomotelor toracice).
- **S:** chirurgie (ex. secundar bypass-ului aortocoronarian cu grefă, CBAG), boala de nod sinusal, sarcoidoză sau intoxicație cu simpatomimetice.

Clasificarea fibrilației atriale

- Paroxistică,
- Persistentă (răspunde la cardioversia electrică/chimică),
- Permanentă (rezistentă la cardioversia electrică/chimică).

Simptomatologie clinică

- Deseori asimptomatică,
- Fatigabilitate (cel mai întâlnit simptom),
- Durere toracică,
- Slăbiciune,
- Dispnee,
- Palpitații (26%),
- Semne: puls neregulat.

Tabel 2.2 CHADS₂ *Scorul pentru determinarea riscului de accident vascular cerebral (AVC) embolic în fibrilația atrială non-valvulară

CHADS ₂	Rata ajustată pentru AVC [#]	Riscul de AVC CHADS ₂
0	1,9	Redus
1	2,8	Redus
2	4,0	Moderat
3	5,9	Moderat
4	8,5	Crescut
5	12,5	Crescut
6	18,2	Crescut

Scorul CHADS₂ = câte un punct pentru exacerbarea ICC în ultimele 100 zile, HTA, vârsta ≥ 75 de ani și DZ; 2 puncte pentru antecedente de AVC/AIT.

[#] Numărul atacurilor la 100 pacienți din registrul Național de Fibrilație Atrială.

Reprodus din ACC/AHA/ESC 2006 Guideline for the Management of Patients with Atrial Fibrillation – Executive Summary: A report of the American of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice.

Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation). Developed in Collaboration With The European Heart Rythm Society Journal of the American College of Cardiology. Volume 48, Issue 4, 16 August 2006, pages 854-906 cu permisiunea Elsevier.

Tabel 2.3 Scorul CHADS₂-VASc* pentru evaluarea riscului de AVC embolic în fibrilația atrială non-valvulară

Scorul CHADS ₂ -VASc*	Frecvența anuală ajustată pentru AVC %	Scorul CHADS ₂
0	0	Redus
1	1,3	Redus
2	2,2	Moderat
3	3,2	Moderat
4	4,0	Moderat
5	6,7	Moderat
6	9,8	Crescut
7	9,6	Crescut
8	6,7	Crescut
9	15,2	Crescut

*Scorul CHADS₂-VASc: 1 punct pentru fiecare: ICC sau FEVS ≤ 0,4, HTA, DZ, boală vasculară, vârstă 65-74 de ani, sex feminin, 2 puncte pentru vârsta de 75 de ani sau peste sau istoric de AVC/AIT/embolie arterială. Date din Eur Heart J, 2010, 31 (19): 2369-429.

Terapia antitrombotică pentru minimalizarea riscului de AVC cardioembolic

- Terapie indicată pentru fibrilația atrială persistentă, permanentă sau paroxistică recurentă.
- Anticoagularea cronică cu warfarină dozată pentru un INR = 2,5 (intervalul INR 2-3) indicată pentru scorul CHADS₂ sau scor CHADS₂-VASc 2 puncte sau mai mult, **sau** fibrilație atrială valvulară **sau** fracția de ejeție ventriculară stângă (FEVS) ≤ 0,35% **sau** proteză valvulară cardiacă **sau** tromb atrial:

- Noile anticoagulante orale reprezintă o alternativă a warfarinei pentru anticoagularea cronică:
 - Apixaban,
 - Dabigatran,
 - Rivaroxaban,
 - Managementul sângerării: compresia mecanică a sursei de sângerare; cărbune activat < 2 ore de la ultima doză orală; se ia în considerare complex Factor IX (20-50 unități/kg) + PPC pentru hemoragiile severe amenințătoare de viață.
- Clopidogrel + Aspirină reprezintă o altă alternativă a warfarinei dacă pacientul este nepotrivit anticoagulării. Beneficiul mic al scăderii riscului de embolie este compensat de riscul mare pentru sângerări.
- Aspirină 81-325 mg/zi p.o. dacă vârsta < 75 de ani, scorul CHADS₂ ≤ 1 și FEVS normală.
- În fibrilația atrială non-valvulară warfarina reduce riscul de AVC la 64% și aspirina la 22%.
- Warfarina crește riscul hemoragiei intracraniene cu 0,2% /an versus Aspirina.
- Contraindicațiile warfarinei: inaderența abuzului activ de droguri, afecțiuni psihiatrice, diateză hemoragică, discrazie sanguină, trombocitopenie severă, intervenții neurochirurgicale recente, chirurgicale oftalmologice sau traumatologice, sângerări active, pericardită, endocardită, antecedente de hemoragie intracraniană, risc înalt de cădere, anestezie locală regională, sau sarcină.
- Scorul HAS-BLED poate fi folosit pentru estimarea sângerării majore.
- Decizia de anticoagulare.
- Trebuie să fie bazată pe riscul relativ de evenimente embolice versus evenimentele de sângerare majoră.

Referințe: *J Am Coll Cardiol*, 2011; 57(2):223-242, *Eur Heart J*, 2012;33:2719-2747, and *Can J Cardiol*, 2011;27(1):74-90.

Tabel 2.4 Scorul de risc HAS-BLED pentru hemoragii sub anticoagularea cu warfarină

Scorul HAS-BLED	Riscul anual de hemoragie majoră
0	0,6%
1	1,0%
2	1,9%
3	3,7%
4	8,7%
5	12,5%

H = hipertensiune; A = funcție hepatică/renală anormală (fiecare 1 punct); S = AVC în antecedente; B = hemoragie în antecedente sau predispoziție; L = INR labil; E = vârstnic (peste 65 de ani) și D = droguri/alcool (fiecare 1 punct); Scorul maxim posibil este 9, cu 1 punct pentru fiecare componentă.

Date din *Chest*, 2010;138:1093-100.

Tabel 2.5 Anticoagularea pentru fibrilația atrială non-valvulară asociată cu alte comorbidități

Afecțiune	Anticoagulant
Insuficiență renală*	Warfarină
Hemoragie GI în antecedente	Warfarină
Gastrită sau GERD	Warfarină
Polipragmazie	AOST
INR stabil pe warfarină	Warfarină
INR instabil pe warfarină	AOST
Risc crescut de sângerare (nu HIC)	Warfarină
Risc de crescut de HIC	AOST

AOST = anticoagulant oral specific țintei. * C/Cr < 30 ml/min.

Controlul frecvenței fibrilației atriale vs. controlul ritmului

- Controlul frecvenței asociat terapiei antitrombotice este preferat în detrimentul controlului ritmului la pacienții vârstnici cu afecțiuni cardiace avansate.
 - Frecvența cardiacă dorită în repaus este de 60-80 și de 90-115 în timpul efortului sau cu test de mers 6 minute (walk test).
- Controlul ritmului este preferat la pacienții mai tineri cu afecțiuni cardiace minime și este o opțiune pentru simptome intolerabile sau rezistență fizică scăzută la cei cu afecțiuni cardiace avansate.
- Cardioversie electrică dacă pacientul este instabil: hipotensiune, angină refractară sau insuficiență cardiacă.

Agenți pentru controlul frecvenței fibrilației atriale

- Amiodaronă dacă pacienții sunt hipotensivi, au ICC, sindrom de preexcitație sau frecvență ventriculară rapidă refractară la medicația standard menționată anterior:
 - Se recomandă consultarea cu un cardiolog.
 - Multiple interacțiuni medicamentoase, în special cu digoxina, warfarina, atorvastatina, simvastatina, β-blocantele, verapamil sau diltiazem (reducerea dozei de warfarină cu 33-50%),
 - Observație pentru bloc AV, toxicitate pulmonară, hepatică, hipotiroidism sau hipertiroidism, tulburări de vedere, fotosensibilitate și neuropatie.
- Digoxină: doza de încărcare 0,25 mg p.o. la fiecare 6 ore până când frecvența ventriculară este sub control (de obicei 4 doze sunt eficiente), apoi 0,125-0,25 mg p.o. zilnic ca doză de întreținere:
 - Reduceți doza de încărcare și de întreținere la pacienții cu funcție renală afectată sau la utilizarea concomitentă de diltiazem, verapamil sau amiodaronă,
 - Controlează doar frecvența ventriculară de repaus.
- Diltiazem 120-360 mg p.o. doze zilnice.
- Metoprolol tartrat 50-400 mg doze zilnice 2x/zi:
 - Metoprolol succinat 50-200 mg p.o. zilnic.
- Verapamil 120-360 mg p.o. doze zilnice:
 - Utilizați aceste substanțe cu precauție dacă FEVS < 0,35 sau ICC decompensată.