

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IMSP CENTRUL NAȚIONAL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ
(IMSP CNAMUP)

Aprobat
prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 415 din 30.07.2026
cu privire la aprobarea PCI Fibrilație atrială la adult

PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL
FIBRILAȚIA ATRIALĂ LA ADULT

PCN-60

Chișinău, 2026

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ.....	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	4
A.1. Diagnosticul.....	4
A.2. Codul bolii (CIM-10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului.....	4
A.6. Data revizuirii următoare.....	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborare	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească.....	6-7
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	8
C.1. Conduita pacientului cu fibrilație atrială la etapa de prespital	8
C.2 Manifestările clinice și clasificarea simptomelor	8
C.3. Anamneza	8
C.4. Investigațiile paraclinice.....	8
C.5. Evaluarea stabilității hemodinamice.....	8
C.6. Criteriile de transportare	9
C.7. Medicamentele antiaritmice p/u controlul frecvenței în FA.....	9
C.8. Complicațiile fibrilației atriale.....	9
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	10
ANEXA 1. Evaluarea rapidă stabil / instabil și conduita	10
BIBLIOGRAFIE	10

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abrevierea	Termenul complet
AMU / AMUP	Asistență medicală urgentă (prespitalicească)
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMS	Asistență medicală spitalicească
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
DCU	Dispeceratul comun de urgență
UPU/CG	Unitatea de primiri urgențe/Camera de gardă
FA	Fibrilație atrială
FIA	Flutter atrial
FCC / FV	Frecvența contracțiilor cardiace / frecvența ventriculară
FEVS	Fracția de ejeție a ventriculului stâng
IC / ICA	Insuficiență cardiacă / insuficiență cardiacă acută
EPA	Edem pulmonar acut
SCA	Sindrom coronarian acut
AVC	Accident vascular cerebral
CI	Cardiopatie ischemică
mEHRA	Scala modificată de clasificare a simptomelor (European Heart Rhythm Association)
WPW	Sindromul Wolff-Parkinson-White (pre-excitație)
ECG	Electrocardiograma (12 derivații)
ABCDE	Airway – Breathing – Circulation – Disability – Exposure
TA / TAS	Tensiune arterială / tensiune arterială sistolică
FR	Frecvența respiratorie
SpO₂	Saturația periferică a oxigenului
i/v	Intravenos
CIM-10	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a
PCN / PCI	Protocol clinic național / protocol clinic instituțional

PREFAȚĂ

Prezentul protocol clinic instituțional a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 „Cu privire la instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea Protoalelor Clinice Instituționale (PCI) în cadrul IMSP CNAMUP”, în conformitate cu Protocolul Clinic Național PCN-60 „Fibrilația atrială la adult” (ediția IV), aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 381 din 13.05.2026, și cu prevederile Ordinului IMSP CNAMUP nr. 101 din 19.02.2026 „Cu privire la implementarea în practică a Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP”.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

- CI.Angină pectorală de efort,clasa funcțională II. Fibrilație atrială paroxistică (data),clasa funcțională EHRA III, IC de gr.II NYHA.
- HTA de gr.III.Fibrilație atrială permanentă ,clasa funcțională EHRA II,.IC de gr.II NYHA.
- Fibrilație atrială persistentă idiopatică,clasa funcțională EHRA I, ritm sinusal restabilit prin cardioversie electrică.
- Fibrilație atrială primar depistată.

A.2. Codul bolii (CIM-10)

- **I 48** Fibrilația și flutterul atrial

A.3. Utilizatorii

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

A.4. Obiectivele protocolului

- Recunoașterea precoce și documentarea electrocardiografică a fibrilației atriale la etapa de prespital.
- Controlul frecvenței ventriculare și ameliorarea simptomelor la pacientul stabil, în limitele competențelor echipei AMU.
- Recunoașterea complicațiilor asociate FA (accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă acută, sindrom coronarian acut).
- Transportarea rapidă și în siguranță a pacientului la unitatea spitalicească adecvată UPU/CG, cu notificare prealabilă.

A.5. Data elaborării protocolului

2026

A.6. Data revizuirii următoare

În conformitate cu următoarea revizuire a Protocolului Clinic Național PCN-60.

A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborare

Nume, prenumele	Funcția deținută
Sergei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPNIC	Șef adjunct CIDMUC și SC
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC
Elena IAZADJI	Medic auditor
Ala RABOVILA	Medic auditor
Eleonora TCACI	Medic auditor

Numele, prenumele	Funcția deținută
Elena ANTON	Medic auditor
Rita NOUR	Medic auditor

Protocolul a fost discutat și aprobat:

Prenume, nume	Funcția
Serghei Suman	Vicedirector medical

A.8. Definițiile folosite în document

Definiții de bază

Fibrilația atrială (FA) – aritmie supraventriculară caracterizată prin activare atrială necoordonată, cu pierderea contracției atriale eficiente; pe ECG – ritm neregulat, fără unde P.

FA paroxistică – se termină spontan în ≤ 7 zile (majoritatea în < 48 de ore).

FA persistentă – durează > 7 zile și necesită cardioversie electrică sau farmacologică.

FA permanentă sau cronică – FA acceptată, la care nu se mai intenționează restabilirea ritmului sinusal.

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

Riscul tromboembolic -complicații tromboembolice în fibrilația atrială;

Instabilitatea hemodinamică – hipotensiune/șoc, insuficiență cardiacă acută/edem pulmonar, ischemie miocardică sau alterarea conștienței, cauzate de aritmie — indicație de cardioversie electrică de urgență.

A.9. Informația epidemiologică

Fibrilația atrială este cea mai frecventă aritmie susținută la nivel mondial, cu o prevalență globală estimată în 2019 de circa 59,7 milioane de persoane. Prevalența este de aproximativ 3% în rândul adulților de peste 20 de ani și crește cu vârsta; riscul de a dezvolta FA pe parcursul vieții este estimat la 1 din 3 pentru persoanele vârstnice.

Fibrilația atrială se asociază cu o dublare a riscului de mortalitate 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 FA. Recunoașterea precoce, evaluarea corectă a stabilității hemodinamice și managementul adecvat la etapa de prespital influențează direct prognosticul, mai ales în formele cu frecvență ventriculară rapidă și instabilitate hemodinamică.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească

Descriere	Motive	Pași
Nivelul DCU	Diagnostic – suspectarea unei fibrilații atriale, în special cu frecvență rapidă / instabilitate	- Dispecerul medical preia fișa de caz medical, prin intermediul SIA 112, în regim de lucru permanent, completată și transmisă de către operatorii 112 și, după caz, preia și legătura de voce cu apelantul. - Dispecerul medical identifică și alocă, în fișa de caz medical, cea mai apropiată (de locul solicitării) și relevantă echipă (conform competențelor) pentru rezolvarea operativă a cazului, utilizând harta interactivă cu resursele IMSP CNAMUP integrate prin sistemul de navigare GPS NAVISAT. - Dispecerul medical alertează imediat echipa AMU conform datelor specifice situației de urgență și transmite echipei AMU informația din SIA 112 care este disponibilă cazului dat: - verbal, prin intermediul SIA formând numărul de telefon GSM al echipei AMU, - obligator transmite notificare prin mesaj text (SMS), - în cazurile excepționale, prin sistemul radio TETRA.
Nivelul AMU – medici de urgență și felceri/asistenți medicali de urgență	Diagnostic – documentarea ECG a FA și evaluarea stabilității hemodinamice	- Evaluare inițială rapidă conform protocolului ABCDE; - Evaluarea semnelor vitale: conștiență, FR, FCC, TA, SpO₂; aprecierea clasei de simptome mEHRA (Caseta 2). - Evaluarea stabilității hemodinamice și identificarea semnelor de instabilitate (caseta 5); - Anamneza și examenul fizic (Caseta 3); - Investigații paraclinice: pulsoximetria; testarea glicemiei; ECG la toți pacienții, care s-au adresat cu suspjecție de tulburări de ritm; Notă:efectuarea de către echipe a examenului ECG pacienților cu disritmii cardiace-minimum 2 trasee,viteza 50 mm/s,cu scop de monitorizare și control după acordarea AMU,cu anexarea obligatorie a traseelor ECG la Fișa de solicitare: fr.110/e. Echipele cu felceri,dotate cu aparate ECG ,care posedă opțiunea transmițerii la distanță a traseului,vor transmite,de la locul solicitării traseele ECG către specialiștii CDECGD pentru suport consultativ. - Recunoașterea complicațiilor: insuficiență cardiacă acută/EPA, sindrom coronarian acut, accident vascular cerebral (Caseta 5).
		Tratamentul
Tratament – asistență medicală de urgență la etapa prespitalicească	Stabilizarea funcțiilor vitale; cardioversie de urgență la	- Asigurarea căilor aeriene; oxigenoterapie dacă SpO₂ < 94%; acces intravenos; monitorizare continuă ECG, SpO₂, TA, FCC Pacient instabil: cardioversie electrică sincronă de urgență (la echipă calificată și dotată); transport imediat. Standard/obligatoriu Controlul frecvenței ventriculare ,în lipsa semnelor clinice de IC și a sindromului WPW: Control rapid (este necesar monitorizarea T/A,FCC,ECG):

Descriere	Motive	Pași
Tratament – asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească	instabilitate, control al frecvenței la pacientul stabil. Stabilizarea funcțiilor vitale; cardioversie de urgență la instabilitate, control al frecvenței la pacientul stabil.	• Sol.Metoprolol 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 divizate); • Controlul frecvenței ventriculare ,în prezența semnelor clinice de IC și lipsa WPW: ■ Control rapid (este necesar monitorizarea T/A,FCC,ECG): • Sol.Digoxinum 0,5 mg i/v .bolus (0,75-1,5 mg în 24 ore divizate) • Sol.Amiodaronum 300 mg i/v.diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil cateter venos) cu controlul TA. <u>Controlul frecvenței ventriculare, la pacienții cu sindrom WPW: este necesar monitorizarea T/A,FCC,ECG)</u> • Sol.Amiodaronum 300 mg i/v.diluate în 250 ml de Glucosum 5% în 30-60 min (preferabil cateter venos) cu controlul TA. În cazul FA cu FCC ventriculară < 50 bătăi/minut: • Excluderea medicamentelor cu efect dromotrop negativ: Se administrează: • Sol. Atropini sulfas 0,5-1 mg i.v. lent Notă: În cazul persistării frecvenței ventriculare joase se impune spitalizare de urgență.
Transportarea în staționar	Continuitatea asistenței și predarea în siguranță a pacientului.	• Evaluarea criteriilor de transportare (Caseta 6). • Transportarea la unitatea adecvată: UPU/CG; spitale de profil. • Notificarea prealabilă a spitalului, în special în FA instabilă cu conținutul minim al notificării: vârsta; FA cu/ fără instabilitate; FV, TA, SpO₂, conștiența; ora estimată de sosire. • Monitorizarea continuă a funcțiilor vitale și a ritmului pe durata transportului (se notează în fișa de solicitare p.31). • Menținerea oxigenoterapiei și a accesului venos; la necesitate pregătirea pentru cardioversie/resuscitare; • Predarea pacientului de către echipa AMU ,către echipa UPU / cardiologie (ECG, statusul clinic, tratamentul administrat, evoluția).

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. Conduita pacientului cu fibrilație atrială la etapa de prespital

Algoritmul general de conduită la etapa de prespital

Evaluare inițială rapidă (ABCDE) → evaluarea semnelor vitale (conștiență, FR, FCC/FV, TA, SpO₂) → documentarea FA prin ECG în 12 derivații → evaluarea stabilității hemodinamice → stabilirea d-cului prezumtiv și inițierea tratamentului → ameliorarea simptomelor și recunoașterea complicațiilor → transportare medicală asistată (evaluarea criteriilor de transportare) la unitatea adecvată, cu notificare prealabilă → Monitorizarea continuă a funcțiilor vitale și a ritmului pe durata transportului.

C.2. Manifestările clinice și clasificarea simptomelor

Caseta 2. Semne, simptome și clasificarea mEHRA

Simptome: palpitații, dispnee, fatigabilitate, durere toracică, amețeli, lipotimie/sincopă; unele episoade pot fi asimptomatice

Este important de menționat că simptomele pot fi legate și de comorbidități asociate, nu doar de componenta aritmică.

Semne clinice: puls neregulat (deficit de puls), frecvență ventriculară frecvent rapidă; pe ECG – ritm neregulat, absența undelor P.

Clasificarea simptomelor mEHRA: prevede doar simptomele care sunt legate nemijlocit de FA.

- mEHRA 1 – fără simptome.
- mEHRA 2a – simptome ușoare; activitatea zilnică nu este afectată de simptomele legate de FA.
- mEHRA 2b – simptome moderate; activitatea zilnică nu este afectată, dar pacientul este deranjat de simptome.
- mEHRA 3 – simptome severe; activitatea zilnică normală este afectată.
- mEHRA 4 – simptome incapacitant; activitatea zilnică normală este întreruptă.

C3. Anamneza

Caseta 3.

- Debutul și durata episodului (< 48 de ore sau necunoscut/> 48 de ore) — relevant pentru riscul tromboembolic la cardioversie.
- FA cunoscută (paroxistică/persistentă/permanentă); episoade anterioare; medicația curentă.
- Tratament anticoagulant oral (ACO) — important pentru riscul hemoragic și decizia de cardioversie.
- Factori precipitanți/comorbidități: infecții, dezechilibre electrolitice, consum de alcool, hipertiroidie, insuficiență cardiacă, boală coronariană; sindrom WPW cunoscut.

C.4. Investigațiile paraclinice

Caseta 4. Investigațiile paraclinice la etapa de prespital

Monitorizarea continuă	Investigațiile paraclinice
Funcțiile vitale: starea de conștiență, TA, FCC/FV, SpO ₂ ; monitorizare ECG continuă	ECG în 12 derivații (obligatoriu), pulsoximetria, glicemia

C.5. Evaluarea stabilității hemodinamice

Caseta 5. Semne de instabilitate hemodinamică (indicație de cardioversie de urgență)

- Hipotensiune arterială / semne de șoc (TAS < 90 mmHg, hipoperfuzie periferică, alterarea conștienței).
- Insuficiență cardiacă acută / edem pulmonar acut (dispnee severă, raluri, desaturare).
- Ischemie miocardică acută (durere toracică anginoasă, modificări ECG de ischemie).

- Sincopă sau alterarea acută a conștienței atribuită aritmiei.

NB! Prezența oricăruia dintre aceste semne, cauzat de aritmie, definește pacientul instabil și impune cardioversie electrică sincronă de urgență.

C.6. Criteriile de transportare

Caseta 6. Criteriile de transportare

- **Fibrilația atrială cu instabilitate hemodinamică, cu insuficiență cardiacă acută/edem pulmonar, cu sindrom coronarian acut sau cu semne de accident vascular cerebral se transportă de urgență, cu prioritate maximă, la cea mai apropiată unitate cu terapie intensivă / cardiologie.**
- Pacientul stabil cu FA (nou diagnosticată sau simptomatică) se transportă pentru evaluare și management la unitatea de profil, sub monitorizare.
- Debut recent al fibrilației atriale, însoțit de simptomatologie semnificativă (palpitații intensive; dispnee, durere toracică, amețeli, sincopă);
- Eșecul tratamentului sau agravarea simptomatologiei sub tratament
- Transportul se efectuează sub monitorizare ECG continuă și oxigenoterapie la necesitate.
- Notificarea prealabilă a spitalului este obligatorie în formele instabile sau cu complicații.

NB! La suspiciunea de AVC asociat FA se aplică conduita specifică de urgență neurologică și transport prioritar la Centrul AVC.

Tabelul 1. Medicamente antiaritmice pentru controlul frecvenței în FA

Preparatul	Administrare intravenoasă	Contraindicat / precauții
Metoprololum	2,5–5 mg bolus i/v în 2 min; până la 15 mg doză cumulată maximă	contraindicat în caz de astm; IC acută, antecedente de bronhospasm sever
Verapamilum	2,5–10 mg i/v bolus timp de 5 min	Se adaptă dozele în insuficiență hepatică și renală
Digoxinum	0,5 mg i/v bolus	Control al frecvenței (util în IC); efect lent; prudență în insuficiența renală
Amiodaronum	150 mg în 10 min sau 300 mg i/v în 30 min diluate în 250 ml de Glucosum 5% (preferabil cateter venos) cu controlul TA.	Doar dacă nu există altă opțiune la pacienții cu hipertiroidism (risc de tireotoxicoză) Reacții adverse potențial grave: pulmonare; oftalmice; hepatice și tireoidene
Cardioversie electrică sincronă	de urgență, la pacientul instabil în instabilitate hemodinamică; sedare/analgezie	la echipă calificată și dotată

C.7 Complicațiile fibrilației atriale

Caseta 7. Complicații relevante la etapa de prespital

Accidentul vascular cerebral / tromboembolismul. FA determină 20–30% dintre AVC ischemice; la semne neurologice acute – conduită de urgență neurologică și transport prioritar la Centrul AVC.

Insuficiența cardiacă acută / edemul pulmonar acut. Frecvența ventriculară rapidă poate precipita decompensarea; se aplică oxigenoterapie, poziționare și tratamentul IC acute.

Sindromul coronarian acut. FA poate fi declanșată de sau poate agrava ischemia; se evaluează ECG și se aplică conduita SCA.

Instabilitatea hemodinamică / șocul. Impune cardioversie electrică de urgență și transport imediat.

RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii AMU	Resurse necesare
Nivel AMU:	Personal • Medic de urgență • Felcer/ asistent medical Dispozitive medicale • Autosanitară de tip B/C dotată conform Anexei nr. 10 la Ordinul MSMPS nr. 430 din 03.04.2019. • Electrocardiograf (12 derivații), monitor-defibrilator cu funcție de cardioversie sincronă, pulsoximetru, tensiometru automat. • Sursă de oxigen, măști/canule; truse de acces vascular și de intubație; pompe/seringi automate de perfuzie; glucometru. Medicamente (conform Anexei nr. 11 la Ordinul MSMPS nr. 430 din 03.04.2019) • Sol. Metoprololum, Sol. Verapamilum,, Sol. Digoxinum. • Sol. Amiodaronum; Sol. Atropin, Sol. Natrii chloridum 0,9%; oxigen medicinal.

ANEXA 1. Evaluarea rapidă stabil / instabil și conduita

Evaluarea rapidă a stabilității hemodinamice orientează conduita de urgență în fibrilația atrială:

Situație	Semne-cheie	Conduită prespitalicească
FA instabilă	Hipotensiune/șoc, edem pulmonar acut, ischemie miocardică, sincopă/alterarea conștienței	Cardioversie electrică sincronă de urgență, oxigen, acces i/v, transport imediat cu pre-alertă
FA stabilă cu frecvență rapidă	Palpitații, FV rapidă, fără semne de instabilitate	Control al frecvenței (Metoprolol/Amiodaronă i/v), monitorizare ECG, transport pentru management
FA cu pre-excitație (WPW)	QRS larg, neregulat, foarte rapid	A NU se administra blocante ale nodului AV; cardioversie electrică sau Amiodaronă; transport urgent
FA cu complicație (AVC / IC acută / SCA)	Deficit neurologic / dispnee severă / durere toracică	Conduita specifică complicației, monitorizare, transport prioritar la unitatea adecvată

Notă: la FA cu durată > 48 de ore la pacientul stabil, fără anticoagulare, se evită cardioversia din cauza riscului tromboembolic; decizia se ia la nivel spitalicesc.

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul Clinic Național PCN-60 „Fibrilația atrială la adult” (ediția IV), aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 381 din 13.05.2026.
2. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 privind instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea Protocoalelor Clinice Instituționale.
3. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 101 din 19.02.2026 privind implementarea Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate.
4. Ordinul MSMPS al Republicii Moldova nr. 430 din 03.04.2019 privind normele minime de dotare a ambulanțelor și lista medicamentelor obligatorii pentru etapa prespitalicească.
5. Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a (CIM-10).