

CURSUL 5

SEMNE CLINICE IN TERAPIE INTENSIVA

Partea I

Semne și simptome specifice

Determinate de hipoxie și hipercapnee

- *dispnee* = respirație dificilă sau cu efort; 8-10 r/min. Peste 12-16 r/min = polipnee, sub 8-10 r/min = bradipnee.
- *apnee* = oprirea respirației.
- *cianoza* = perinazală, a buzelor, a extremităților, a vârfului urechilor. Apare atunci când concentrația de Hb neoxigenată este peste 50 gr/l.
- *stridorul* = o formă de respirație șuierată, determinată de o obstrucție la nivelul glotei sau laringelui (în inspir) sau traheei (în expir), prin edem, corpi străini, secreții vâscoase, și aderente, procese patologice.
- *tirajul* = depresia spațiilor supra și subclaviculare și a spațiilor intercostale, în cursul inspirului, pentru compensarea unei respirații ineficiente.

Semne ce însoțesc disfuncția respiratorie: agitația psihomotorie, mișcări sacadate ale membrelor, clonii la nivelul buzelor și pleoapelor, obnubilare până la comă, semne cardio-vasculare: tahicardie, HTA, bradicardie și colaps.

- *hipotensiune* = tensiune arterială anormal de scăzută
- *bătăile aripilor nazale* = un reflex arhaic ce traduce hipoxemia.

Dispneea reprezintă o dificultate respiratorie caracterizată din punct de vedere obiectiv prin modificări privind frecvența, amplitudinea, ritmul și durata mișcărilor respiratorii, cu participarea activă a mușchilor respiratorii accesorii, iar subiectiv prin senzația de efort respirator, de sete de aer, de respirație dificilă. Cele două laturi care alcatuiesc cadrul clinic al dispneei pot exista uneori separate, în unele nevroze (când dispneea poate fi intens acuzată, foarte colorat descrisă component subiectivă, fără ca aceasta să fie însoțită de manifestări clinice obiective) și în stadiile incipiente ale starilor de acidoză (când este prezentă obiectiv o discretă tahipnee, fără ca aceasta să fie resimțită subiectiv).

Apariția dispneei este condiționată de nevoile crescute de oxigen ale organismului în condiții fiziologice (altitudine; tineri în perioada de creștere; sarcină) și în condiții patologice (febră, hipertiroidie, anxietate sau suprafața corporală mai mare la obezi) ori de imposibilitatea de a satisface aceste nevoi crescute:

- Bolile aparatului respirator prin alternarea functiilor pulmonare (ventilatia alveolara si difuziunea gazelor prin membrane alveolo-capilara) sau contaminarea venoasa a sangelui arterial systemic
- Bolile aparatului cardio-vascular (valvulopatiile, cardiopatia ischemica, cardiopatiile congenitale; cardiomiopatiile primitive si secundare)
- Modificarile cantitative si calitative ale sangelui circulant (anemiile hemoglobinopatiile)
- Actiunea unor substante toxice endogene (acidoza diabetic, uremia) sau exogene (substante chimice industrial sau medicamentoase)
- Lezarea anatomica (inflamatiile; hemoragiile; tumorile) sau functionala (emotiile; nevroza astenica; isteria) a centrilor respiratorii superiori.

Exista doua categorii mari de dispnee:

1. Dispnee de origine respiratorie, dischematozica, produse la randul lor prin doua mecanisme mari:
 - Prin insuficienta sau deficiena functiei hematozice a aparatului respirator (procese traheobronsice, pulmonare, pleurale diverse, perturband ventilatia si scgimburile gazoase pulmonare);
 - Prin insuficienta sau deficiena functiei de transport a gazelor, la tesuturi si invers (insuficienta cardiocirculatorie sau tulburari sanguine privind hemoglobina);
2. Dispnee nerrespiratorie sau extrarespiratie (nelegata de vreo tulburare a functiei respiratorii, a metabolismului gazos) care pot fi produse si ele prin doua mekansime:
 - Prin perturbarea armoniei centrilor respiratorii, a mecanismului de comanda a miscarilor respiratorii (produsa fie direct, in caz de procese cerebrale, fie pe cale sanguine in caz de modificari toxice, acidobazice etc., fie pe cale refleza, nervoasa, in caz de emotii, dureri etc.)
 - Prin perturbarea directa a mecaniceii respiratorii periferice, a aparatului efector al miscarilor respiratorii (care poate fi produsa prin procese ale coastelor, muschilor toracici, diafragmului).

Forme de dispnee cu anumite particularitati ale lor care au o valoare diagnostic:

Dispneea rara, cu accentual pe inspiratie (bradipneea inspiratorie) indica o obstructive incomplete a cailor respiratorii: mai ales cand este constienta si active si se insoteste de tiraj (depresiunea gropilor supraclaviculare si a spatilor

intercostale, in inspiratie) si de cornaj (un zgomot inspirator laringian); mai putin intensa aceasta forma de dispnee apare si in paralizii ale muschilor respiratiei (in mielite polinevrite) .

Dispneea rara, cu accent pe expiratie (bradipneea expiratorie) este caracteristica pentru astmul bronic in acces (in cazul in care respiratia este un plus, activa si zgomotoasa - suieratoare); mai putin pronuntata, poate sa apara si in emfizemul pulmonar cu bronșita-bronșiolita cronică.

Dispneea accelerata (polipneea) este forma cea mai comuna, banala a dispneei. Se intalneste in mai toate afectiunile respiratorii (pneumopatii acute si cornice), circulatorii cu rasnet respirator (insuficiente cardiace, arterite pulmonare, infarcte pulmonare), procese toracodiafragmatice influentand dinamica respiratorie (nevralgii, meteorism, ascite, inflamatii parietale), in anemii, toxiinfectii. De aceea nu are o valoare semiologica speciala.

Dispneea dezordonata, neregulata, anarhica este mai totdeauna de origine extrarrespiratorie si poate fi produsa fie de procese cerebrale (vasculare, encefalite, neoplazice) de procese patologice cu rasnet sanguine toxic (intoxicatie cu alcool, CO, uremie, insuficienta hepatica, toxine microbiene in infectii), de actiuni reflexe sau psihice, (dureri vii colici, emotii violente, stari de soc, insolatie, incorsari nervoase, stari nevrotice); In fine, de procese toracodiafragmatice (mai rar).

Dispneea Cheyne-Stokes consta in ciclul respiratorii in care respiratia se accelereaza, atinge un maxim, se intrerupe scurt, apoi descreste treptat pana la apnee, care dureaza 10-15 secunde dupa care ciclul reincepe. Apare in afectiuni ale sistemului nervos central care se repercuteaza asupra centrilor respiratori (tumori, hemoragii, encefalite) si in intoxicatia acestor centruri (uremie, insuficienta hepatica toxice exogene si efectii grave depressoare, staza cerebrala prin insuficienta cardiaca). Poate sa apara si la batrani (datorita aterosclerozei in centruri) si la personae foarte obosite in timpului somnului profund, la munte (aer rarefiat).

Dispneea Kussmaul consta in o respiratie in patru timpi egali: inspiratia ampla energica, profunda, zgomotoasa, destinzand toracele la maximum, apoi pauza dupa care urmeaza o expiratie sacadata, gemand, apoi iar pauza si ciclul se reia. Exista asadar, pauza nu numai intre expir si inspirul urmator, dar si intre inspir si expir (care normal sunt grupate fara pauza). Dispneea aceasta apare in stari de acidoza si cu deosebirea in diabetul acidozic; uneori, rar, in uremie, apoi intoxicatia cu alcool metilic.

Dispneea Biot consta in inspiratii ample si zgomotoase, fie simple, izolate (mai des) grupate dar neregulat, despartite de pause mari si inegale. Apare uneori in meningite, se produc obisnuit, in stari comaptoase profunde, de orice cauza, indicand un prognostic precvent, semnaland agonia.

Stopul respirator (apneea) reprezintă absența mișcărilor respiratorii. Inițial, pentru 5-10 min, pulsul (bătăile cordului) sunt prezente.

Hipotensiunea arteriala

Definiție

• Hipotensiunea arterială (hTA) reprezintă scăderea valorii TAS sau TAD sub valorile normale minime:

✓ **TAS < 100 mmHg** sau

✓ **TAD < 60 mmHg**

Hipotensiunea ortostatică (hipotensiune posturală)

• Reprezintă o scădere a TA sub valorile normale la trecerea din clinostatism în ortostatism

• În mod normal, la trecerea din clinostatism în ortostatism, apare o scădere a presiunii la nivelul sinusului carotidian, ceea ce declanșează pe cale reflexă o stimulare a sintezei și eliberării de catecolamine care determină o vasoconstricție în teritoriile care dispun de receptori catecolaminergici

• Hipotensiunea ortostatică este tranzitorie și denotă o incapacitate funcțională a sistemului de autoreglare

• Este demonstrată prin proba de ortostatism: la trecerea din clinostatism în ortostatism, în caz de hipotensiune ortostatică, TAS scade cu cel puțin 20 mmHg și TAD cu cel puțin 10 mmHg față de valorile tensionale din clinostatism.

Etiopatogenie

- Disfuncții ale centrilor vasomotori și ale căilor de conducere
 - ✓ traumatisme cranio-cerebrale
 - ✓ accidente vasculare cerebrale ischemice sau hemoragice
 - ✓ encefalite, meningoencefalite
 - ✓ tumori cerebrale
 - ✓ intoxicații – alcool, monoxid de carbon, nicotină etc.
 - ✓ simpatecomie dorso-lombară
- Scăderea forței de contracție a inimii
 - ✓ Insuficiență cardiacă
 - ✓ Hipotiroidie

- ✓ Sindrom anemic
- ✓ Administrare de simpaticolitice, parasimpatomimetice
- Scăderea rezistenței vasculare periferice:
 - ✓ Hipotonie arterială cu hipovolemie relativă
 - diselectolitemii (hiponatremie, hiperfosfatemie, hipermagnezemie, hiperpotasemie): vărsături, diaree, insuficiență corticosuprarenală, disfuncții renale
 - administrare de medicamente vasorelaxante
 - ❖ simpatolitice
 - ❖ parasimpatomimetice
 - ❖ blocante ale enzimei de conversie
 - ❖ blocante ale porților de calciu
 - ❖ vasodilatatoare directe
 - ✓ Hipovolemia absolută
 - hemoragii
 - plasmoragii (jupuituri, arsuri)
 - deshidratare:
 - ❖ prin pierderi digestive: vărsături, diaree
 - ❖ prin pierderi renale: administrare excesivă de diuretice
 - ❖ prin expunere la temperaturi ridicate - transpirații abundente
 - ❖ insuficiență corticosuprarenală - transpirații abundente
 - ❖ în stări febrile
 - Stări de șoc
 - ✓ șoc hipovolemic
 - ✓ șoc septic
 - ✓ șoc anafilactic
 - ✓ șoc endocrin
 - ✓ șoc cardiogen

Complicațiile hTA

- **Sincopa:** sindrom clinic caracterizat prin pierderea bruscă, de scurtă durată, a conștenței și a funcțiilor vitale, datorită opririi trecătoare și reversibile a circulației cerebrale.
- **Lipotimia** (colaps, lesinul): manifestare hemodinamică cu scăderea TA, de obicei tranzitorie o pierdere a conștenței ușoară, incompletă, care apare la persoane emotive, cu labilitate psihică, după emoții puternice
- **Șocul:** manifestare hemodinamică și metabolică caracterizată printr-o insuficiență circulatorie acută, având ca expresie clinică prăbușirea tensiunii arteriale

Hipertensiunea arteriala

Definiție

- Hipertensiunea arterială (HTA) reprezintă creșterea valorii TAS sau TAD peste valorile normale maxime:

✓ **TAS > 140 mmHg** sau

✓ **TAD > 90 mmHg**

Stadiile HTA:

- I: TAS 140-160 mmHg
TAD 90-100 mmHg
- II: TAS 160-180 mmHg
TAD 100-110 mmHg
- III: TAS >180 mmHg
TAD >110 mmHg și modificări organice

Clasificarea HTA:

- După componenta modificată:
 - ✓ HTA sistolică
 - ✓ HTA diastolică
 - ✓ HTA divergentă – TAS normală sau crescută, TAD scăzută: în tireotxicoză
- După stabilitate: HTA permanentă sau oscilatorie
- După manifestare: HTA paroxistică sau cronică

Etiopatogenie

- Creșterea volumului bătaie
 - ✓ Sindrom cardiac hiperkinetic
 - ✓ Hipertiroidism
- Creșterea rezistenței vasculare periferice:
 - ✓ Scăderea distensibilității vasculare - ateroscleroza
 - ✓ Creșterea secreției de endoteline
 - ✓ Hipervolemie
 - ingestie crescută de lichide (polidipsie)
 - diabet zaharat
 - hiperaldosteronism
 - afecțiuni renale cu retenție hidrosalină
 - creșterea presiunii coloidosmotice (hiperproteinemie, hiperglicemie, hipernatremie)
 - ✓ Creșterea vâscozității sângelui
 - poliglobulie
 - hiperproteinemie
 - dislipdemie
 - hiperglicemie
 - ✓ Tulburări hidroelectrolitice
 - creșterea nivelului seric de Na - ingestie exagerată de Na, hiperaldosteronism, insuficiență renală - (hipertensiune în puseu după hipotensiune inițială)

- **sindrom calcipriv** - hipercalcemii (hipertensiune în puseu după hipotensiune inițială)
- **hipofosfatemii** - ingestie redusă de alimente care conțin fosfați, disfuncții renale, pierderi de apă și electroliți (vărsături, diaree, transpirații profuze) (hipertensiune în puseu după hipotensiune inițială)
- **hipomagnezemii** - ingestie redusă de alimente care conțin magneziu, disfuncții renale, pierderi de apă și electroliți (vărsături, diaree, transpirații profuze) (hipertensiune în puseu după hipotensiune inițială)
- **hipopotasemii** - ingestie redusă de alimente care conțin potasiu, disfuncții renale, pierderi de apă și electroliți (vărsături, diaree, transpirații profuze) (hipertensiune în puseu după hipotensiune inițială)
- ✓ **Hipertensiunea determinată de catecolamine**
 - emoții puternice (pozitive sau negative)
 - stări anxioase sau anxios-fobice
 - tumori secretante de catecolamine (feocromocitom)
- ✓ **Hipertensiunea determinată de creșteri ale reninei**
 - tumori secretante de renină
 - afecțiuni reno-parenchimotoase
 - stenoza arterei renale
- ✓ **Hipertensiunea determinată de creșterea nivelului angiotensinei**
 - tumori secretante de angiotensină
 - afecțiuni reno-parenchimotoase
 - stenoza arterei renale
 - afecțiuni pulmonare cronice
 - hipoxie cerebrală
 - exces de estrogeni (contraceptive orale)

- **Administrarea unor medicamente cu efect hipertensiv**
 - ✓ **Tratament de lungă durată cu corticosteroizi**
 - ✓ **Utilizarea contraceptivelor orale**
 - ✓ **Administrare de simpatomimetice (efedrină, epinefrină)**

●

Psihogenă

HTA cu puls frecvent:

- prin hipersimpaticotonie – datorită creșterii secreției de catecolamine (emoții, stress, atacuri de panică, feocromocitom, administrare de efedrină, de epinefrină)

HTA cu puls normal – HTA de încărcare:

- secreție crescută de renină sau angiotensină II
- hipervolemie
- creșterea vâscozității sângelui

HTA cu puls rar:

- secreție crescută de renină sau angiotensină II
- hipervolemie
- creșterea vâscozității sângelui
- tulburări de ritm cardiac (ex. blocuri atrio ventriculare)

Complicațiile HTA

- Creier - hipertensiune intracraniană cu encefalopatie hipertensivă, ateroscleroză, accidente vasculare cerebrale (ischemice sau hemoragice);
- Retină - stenoze ale vaselor retiniene, edem papilar, hemoragii;
- Cord - hipertrofia ventricolului stâng (HVS), infarct miocardic, insuficiență cardiacă hipertensivă;
- Vase periferice - arteriopatie obliterantă
- Rinichi - nefroangioscleroză, disfuncția tubilor renali, insuficiență renală

Bradycardia

Generalitati

Frecvența cardiacă mai mică de 60 de batai pe minut este numită bradicardie. Frecvența cardiacă medie, în repaus, are valori cuprinse între 60 și 100 batai pe minut.

Uneori bradicardia este normală. De exemplu, adulții tineri și sănătoși și atleții bine antrenati au frecvența cardiacă în repaus cu valori sub 60 de batai pe minut. Bradycardia sinusala aritmică, numită și bradiaritmie are o alură a batailor cardiace anormal de scăzută datorată anumitor afecțiuni. În formele severe de bradicardie inima bate atât de încet încât nu pompează sânge suficient pentru a acoperi nevoile organismului, ceea ce poate fi fatal.

În bradicardie, semnalele electrice care mențin bataile cardiace la o frecvență normală, regulată, sunt întrerupte rezultând o frecvență cardiacă joasă.

Cauze

Bradycardia poate fi dată de:

Boli care afectează sistemul electric al inimii și întrerup impulsurile electrice regulate care păstrează frecvența cardiacă în limite normale. Acestea sunt:

- procesul de îmbătrânire. Ca urmare a modificărilor legate de vârstă, poate apărea o rată scăzută a frecvenței cardiace.
- bolile arterelor coronare și infarctul miocardic
- operațiile pe cord
- miocardita
- endocardita
- sarcoidoza
- boala Lyme

Boli sau medicamente care incetinesc trecerea impulsurilor electrice prin inima, dar nu sunt rezultatul unor boli cardiace. Exemple:

- hipotiroidism (tiroida hipoactiva)
- dezechilibre electrolitice ca de exemplu, nivelul crescut de potasiu (hiperpotasemie)
- la unele persoane, circumstante ca ortostatismul pentru un timp prelungit, durerea, tusea si voma stimuleaza sistemul nervos si incetinesc alura cardiaca; frecventa cardiaca joasa este temporara
- medicamentele administrate in boli cardiace, ca betablocantele, blocantele de canale de calciu, antiaritmicile si digoxinul.

Factori de risc

Riscul de a avea bradicardie este crescut daca:

- sunt prezente boli cardiace
- daca se folosesc unele tratamente
- varsta de 65 de ani sau mai mult
- operatii recente pe cord

Simptome

Simptomele bradicardiei apar atunci cand inima nu pompeaza suficient sange pentru a acoperi nevoile organismului. Aceasta situatie este obisnuita atunci cand frecventa cardiaca este foarte joasa sau ramane joasa pentru o perioada mai lunga de timp. Simptomele sunt:

- vertij (ameteli)
- sincopa (lesin) sau presincopa
- oboseala
- dispnee (respiratie dificila)
- palpitatii
- angina (dureri pectorale)
- cresterea oboselii la efort
- confuzie sau dificultati de concentrare

Unii oameni cu bradicardie nu prezinta simptome.

Fibrilatia atriala

Generalitati

Fibrilatia atriala este o aritmie frecventa ce apare in special la persoane invarsta. In mod normal bataile inimii sunt ritmice. In fibrilatia atriala semnale electrice anormale determina camerele superioare ale inimii, numite atri, sa tremure sau sa fibrileze. O inima aflata in fibrilatie nu poate pompa tot atat de mult sange ca una normala. Fibrilatia atriala creste riscul pentru accidentul vascular cerebral (AVC). Inima in fibrilatie face ca sangele sa se acumuleze la nivelul atriilor. Aceasta acumulare poate duce frecvent la formarea de cheaguri in atri. Daca inima pompeaza acest cheag in circulatie, acesta poate ajunge la nivelul creierului. Cheagul poate obstrua fluxul sangelui catre creier, determinand producerea unui accident vascular cerebral. De aceea, medicii specialisti recomanda ca marea majoritate a persoanelor cu fibrilatie atriala sa fie tratate cu warfarina sau aspirina. Aceste medicamente impiedica formarea de cheaguri.

Cauze

Fibrilatia atriala este determinata de disfunctii ale activitatii electrice ale inimii. Boli care afecteaza miocardul (muschiul inimii) sau suprasolicita inima, frecvent determina aparitia fibrilatiei atriale.

Aceste boli sunt:

- **hipertensiunea arteriala**, o afectiune in care sangele exercita o presiune crescuta asupra peretilor arterelor; valorile normale ale tensiunii arteriale sunt: 119 mmHg tensiunea arteriala sistolica si 79 cea diastolica

- **afectiunile coronarelor si infarctul miocardic acut**: bolile arterelor coronare sunt cauzate de formarea placilor de ateroscleroza (depozite de lipide in peretele vaselor) in interiorul lor; aceste vase alimenteaza miocardul cu sange bogat in oxigen

- **insuficienta cardiaca** apare atunci cand inima nu mai poate pompa eficient sangele in circulatie

- **afectiuni ale valvelor inimii (valvulopatii)**: cel mai frecvent este interesata valva mitrala (valva situata intre atriul si ventriculul stang); aceste afectiuni apar cand valva e deteriorata sau ingustata si nu mai poate controla eficient fluxul de sange prin sau la iesirea din inima

- **cardiomiopatiile**: afectiuni in care muschiul inimii este afectat si astfel scade cantitatea de sange care poate fi pompata de inima

- **miocarditele**: afectiuni inflamatorii ale miocardului si pot apare dupa infectii virale, fungice sau alte infectii ca difteria, reumatismul articular acut sau tuberculoza

- **boala reumatismala cardiaca:** afectiune a inimii in care sunt distruse miocardul si valvele, in cadrul bolii numite reumatism articular acut
- **boli congenitale ale inimii:** modificari ale structurii inimii prezente de la nastere
- **pericarditele** (afectiuni inflamatorii a invelisului extern al inimii) si endocarditele (afectiuni inflamatorii ale portiunii interne a peretelui cardiac): in evolutia acestor boli pot apare leziuni ale miocardului si/sau valvelor
- **sindromul Wolff-Parkinson-White:** determina ritmuri rapide si neregulate (aritmii) ale inimii.

Chirurgia cardiaca, ca de exemplu by-pass-ul coronarian sau chirurgia valvelor, pot determina aparitia fibrilatiei atriale. Pentru persoanele peste 65 ani, orice interventie chirurgicala poate declansa fibrilatia atriala si creste riscul de aparitie a accidentelor vasculare cerebrale. In aceste conditii fibrilatia atriala poate fi de scurta durata, iar tratamentul restabileste de obicei ritmul normal intr-un interval de aproximativ 2 luni.

Alte afectiuni ce pot cauza fibrilatie atriala sunt:

- bronhopneumopatia obstructiva cronica (BPOC): grup de afectiuni in care respiratia este dificila, pentru ca aerul este eliminat cu dificultate din plamani
- pneumonia: inflamatie a tesutului pulmonar cauzata de infectii bacteriene sau virale
- embolismul pulmonar: intreruperea brusca a fluxului de sange la nivelul unei artere de la nivelul plamanilor
- hipertiroidism: boala in care glanda tiroida produce hormoni specifici in exces
- consumul excesiv de alcool pentru o perioada lunga de timp poate fi o cauza de fibrilatie atriala; un studiu recent a demonstrat ca marii consumatori de bauturi alcoolice dezvolta mai frecvent aritmii decat cei care nu consuma alcool sau cei care il consuma ocazional; de asemenea, consumul unei cantitati mari de alcool intr-un timp scurt determina episoade de fibrilatie atriala
- consumul de stimulante ale activitatii cardiace (medicamente: teofilina, amfetamine, decongestionante ce contin pseudo-efedrina; droguri: cocaina, metamfetaminele; excesul de nicotina si cafeina).

Fibrilatia atriala determinata de afectiuni tratabile, ca de exemplu pneumonia sau hipertiroidismul, se remite de obicei, odata cu vindecarea bolii de baza.

Fibrilatia atriala apare uneori la persoane sanatoase, aceasta fiind denumita fibrilatie atriala izolata si reprezinta mai putin de 10% din cazurile de fibrilatie atriala.

Simptome

Simptomele fibrilatiei atriale sunt:

- palpitatii (senzatie de bataie a inimii mult mai repede si mai neregulat decat de obicei)
- puls neregulat
- dispnee (respiratie dificila, lipsa de aer) care apare mai ales in timpul efortului fizic sau a emotiilor puternice
- fatigabilitate (oboseala)
- ameteli, stare de confuzie
- senzatie de cap usor sau lesin
- dureri toracice (angina).

Fibrilatia atriala este frecvent diagnosticata in timpul unor consultatii medicale de rutina pentru ca majoritatea acestor pacienti sunt asimptomatici (nu au nici un simptom care sa sugereze fibrilatia atriala). Alti pacienti pot prezenta doar un puls neregulat. Fibrilatia atriala poate debuta cu simptome usoare, care se pot agrava rapid sau in cursul zilelor urmatoare. De aceea este important ca diagnosticul si tratamentul acestei afectiuni sa se faca cat mai rapid. Complicatii importante, ca accidentele vasculare cerebrale, insuficienta cardiaca si infarctul miocardic, pot apare inaintea diagnosticarii fibrilatiei atriale.

Factori de risc

Factorii de risc incriminati sunt:

- varsta peste 60 ani
- rasa alba
- sexul masculin
- insuficienta cardiaca
- valvulopatii
- hipertensiunea arteriala
- bolile coronarelor si infarctul miocardic acut
- chirurgia cardiaca
- istoric de reumatism articular acut
- infectii ca pneumoniile sau endocarditele
- boli pulmonare ca astmul sau bronhopneumopatia obstructiva cronica

- afectiuni metabolice ca hipertirodismul, diabetul zaharat
- consumul de alcool
- consumul de stimulante ale activitatii cardiace
- bolile cardiace congenitale si chirurgia reparatorie a acestora.