DOI: 10.5937/halo19432-70065
UDC: 616.12-008.313-089
614.253.5
616-083

PREGLEDNI RAD

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM

Katarina PAVIĆ[1], Nikola SAVIĆ[2, 3], Slobodanka BOGDANOVIĆ VASIĆ[4], Marija VEŠIĆ[1], Roland ANTONIĆ[1]

[1]Akademija strukovnih studija Šabac, Srbija, [2] Zavod za javno zdravlje Valjevo, Valjevo, Srbija, [3] Univerzitet Singidunum, Beograd, Srbija, [4]Univerzitet „Bijeljina“, Bijeljina, Republika Srpska

Pavić K. et al. Zdravstvena nega pacijenta sa atrijalnom fibrilacijom. Halo 194. 2026; 32(2): 68-74

Rad primljen: 13.08.2026.

Prihvaćen: 09.09.2026.

Korespodencija
Katarina Pavić
Janka Veselinovića 33
Bogatić, Srbija
Tel: 0611582764
e-mail:
katarinapavic994@gmail.com

SAŽETAK

Atrijalna fibrilacija (AF) jeste najčešća dugotrajna srčana aritmija u internističkoj i urgentnoj kliničkoj praksi. Zbog visoke učestalosti, rizika od hemodinamskog kolapsa i sistemske tromboembolije, a posebno akutnog edema pluća i ishemijskog moždanog udara, AF zahteva sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup, brzu kliničku trijažu i intenzivno inicijalno zbrinjavanje. Uloga medicinske sestre u ovom procesu jeste od ključnog značaja, počevši od detekcije aritmije na elektrokardiogramu (EKG), preko protokolarnog praćenja vitalnih parametara i aplikacije kompleksne parenteralne terapije, pa sve do prevencije komplikacija i strukturisane edukacije pacijenata. Ovaj rad detaljno prikazuje savremene prehospitalne i hospitalne protokole zbrinjavanja, samostalne sestrinske dijagnoze, kolaborativne probleme, kao i integrisani model zaštite zasnovan na najnovijim međunarodnim vodičima.

Ključne reči: atrijalna fibrilacija; urgentna medicina; zdravstvena nega; EKG monitoring; antikoagulantna terapija; prevencija moždanog udara.

UVOD

Atrijalna fibrilacija jeste supraventrikularna tahiaritmija koju karakteriše neuredna i haotična električna aktivacija pretkomora, sa frekvencijom od 350 do 600 impulsa u minuti. Na elektrokardiografskom (EKG) zapisu to se manifestuje gubitkom fizioloških P-talasa (koji bivaju zamenjeni fibrilacionim f-talasima) i potpuno nepravilnim komorskim odgovorom, gde su R–R intervali „iregularno iregularni” [1].

Studije pokazuju da atrijalna fibrilacija nosi petostruko veći rizik od nastanka akutnog ishemijskog moždanog udara i trostruko veći rizik od razvoja srčane insuficijencije [2, 3]. U akutnoj fazi, brzi komorski odgovor (često preko 120–150/min) drastično skraćuje trajanje dijastole. To direktno smanjuje dijastolno punjenje komora, redukuje udarni volumen srca za 20–30% (usled gubitka „pretkomorske pumpe”) i kompromituje koronarnu perfuziju, dovodeći do kliničke slike akutnog koronarnog sindroma ili edema pluća [1, 4].

Klinička procena i trijažni protokol u službi hitne medicinske pomoći ili urgentnom centru počinju primarnim pregledom radi razdvajanja hemodinamski stabilnih od hemodinamski nestabilnih pacijenata. Prema savremenim vodičima, prisustvo bilo kog od sledećih kriterijuma zahteva hitnu sinhronizovanu DC kardioverziju:

- **Sinkopa ili poremećaj svesti** nastao usled moždane hipoperfuzije
- **Arterijska hipotenzija** (sistolni krvni pritisak < 90 mmHg) sa znacima tkivne hipoperfuzije
- **Akutna ishemija miokarda** (izražen anginozni bol, depresija ili elevacija ST-segmenta)
- **Akutni edem pluća** ili akutna dekompenzacija leve komore [5, 6].

Cilj rada jeste prikaz protokola hitnog zbrinjavanja i procesa zdravstvene nege kod pacijenata sa akutno nastalom ili egzacerbiranom atrijalnom fibrilacijom.

Zadaci rada jesu:

1. Definisanje ključnih segmenata urgentne procene pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom
2. Prikaz specifičnosti sestrinske nege u sprovođenju terapije atrijalne fibrilacije u akutnoj fazi
3. Prikaz plana zdravstvene nege kod pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom

METODOLOGIJA

Rad je koncipiran kao stručni pregledni rad. Pretraga naučne i stručne literature izvršena je elektronskim putem,

pretraživanjem baza podataka: *PubMed*, *Google Scholar*, *MEDLINE* i *SCIndeks*, kao i pregledom zvaničnih vodiča Evropskog udruženja kardiologa (*European Society of Cardiology* – ESC) i Američkog udruženja za srce (*American Heart Association* – AHA) za zbrinjavanje atrijalne fibrilacije. Korišćene su sledeće ključne reči na srpskom i engleskom jeziku: atrijalna fibrilacija (*atrial fibrillation*), urgentno zbrinjavanje (*emergency management*), zdravstvena nega (*nursing care*) i procena rizika (*risk assessment*). U rad su uključeni radovi i vodiči objavljeni u periodu od 2015. do 2026. godine koji se primarno bave algoritmima hitne procene, farmakoterapijom u vanbolničkim uslovima i dijagnostičko-terapijskim procedurama iz domena zdravstvene nege. Prikupljeni podaci iz literature prikazani su u obliku praktičnog algoritma hitnog zbrinjavanja i plana zdravstvene nege.

Procena tromboembolijskog i hemoragijskog rizika kod pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom

Procena i skorovanje rizika od nastanka akutnog ishemijskog moždanog udara i krvarenja kod pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom sprovode se primenom dva opšteprihvaćena međunarodna skora: CHA_2DS_2-VASc i HAS-BLED. Zbrinjavanje pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom (AF) zahteva kontinuirani i sistematičan balans između prevencije sistemske tromboembolije i minimizacije rizika od jatrogenog krvarenja. Kao član multidisciplinarnog tima, medicinska sestra učestvuje u procesu procene rizika prikupljanjem podataka neophodnih lekaru za izračunavanje stratifikacionih skorova [7,8]. Za CHA_2DS_2-VASc skor, medicinska sestra kroz uvid u medicinsku dokumentaciju, laboratorijske analize i klinički pregled prikuplja sledeće parametre:

C (*Congestive heart failure*): znaci i simptomi akutne ili hronične srčane insuficijencije ili objektivan dokaz umerene do teške disfunkcije leve komore (LVEF ispod 40% – 1 bod)

H (*Hypertension*): dokumentovana perzistentna arterijska hipertenzija ili upotreba antihipertenzivne terapije – 1 bod

A_2 (*Age*): životno doba od 75 i više godina – 2 boda

D (*Diabetes mellitus*): dijagnostikovani dijabetes melitus (tip 1 ili 2) na terapiji oralnim hipoglikemicima ili insulinom – 1 bod

S_2 (*Stroke/TIA/Thromboembolism*): preležani akutni ishemijski moždani udar, tranzitorni ishemijski napad (TIA) ili sistemska arterijska embolija u anamnezi – 2 boda

V (*Vascular disease*): preležani infarkt miokarda, dijagnostikovana periferna arterijska bolest (PAB) ili aterosklerotski aortni plak – 1 bod

A (*Age 65–74*): životno doba između 65 i 74 godine – 1 bod

Sc (*Sex category*): ženski pol – 1 bod (napomena: ženski pol predstavlja modifikator rizika i boduje se ukoliko pacijent ima bar još jedan dodatni faktor rizika) [1, 9].

Pacijenti se svrstavaju u jednu od tri kategorije:

- **Nizak rizik** (0 bodova za muškarce / 1 bod za žene): oralna antikoagulantna terapija (OAC) nije indikovana.
- **Umereni rizik** (1 bod za muškarce / 2 boda za žene): treba razmotriti uvođenje OAC (klasa IIa).
- **Visok rizik** (više od 2 boda za muškarce i više od 3 boda za žene): uvođenje OAC je jasno indikovano (klasa I) [9].

Preporuka za uvođenje oralne antikoagulantne terapije ne može se doneti izolovano, bez procene rizika od velikih krvarenja (posebno intrakranijalnih i gastrointestinalnih). U tu svrhu primenjuje se HAS-BLED skor. Medicinska sestra identifikuje sledeće kliničke i laboratorijske odrednice:

- **H (*Hypertension*):** nekontrolisani sistolni krvni pritisak > 160 mmHg – 1 bod
- **A (*Abnormal renal/liver function*):** poremećaj bubrežne (hronična dijaliza, transplantacija, kreatinin iznad 200 μmol/L) ili jetrene funkcije (ciroza, bilirubin > 2x iznad gornje granice, AST/ALT/AlP > 3x iznad gornje granice) – 1 ili 2 boda (po 1 bod za svaki organ)
- **S (*Stroke*):** anamneza o moždanom udaru (naročito hemoragijskom) – 1 bod
- **B (*Bleeding history or predisposition*):** prethodno značajno krvarenje, anamneza o hemoragijskoj dijatezi, anemija ili predispozicija za krvarenje – 1 bod
- **L (*Labile INR*):** nestabilne vrednosti INR-a kod pacijenata na acenokumarolu ili varfarinu (terapijski prozor TTR < 60%) – 1 bod
- **E (*Elderly*):** starost > 65 godina – 1 bod
- **D (*Drugs/Alcohol*):** upotreba lekova koji povećavaju rizik od krvarenja (antiagregacioni lekovi poput aspirina ili klopidogrela, NSAIL) ili

prekomerna konzumacija alkohola (više od osam pića nedeljno) – 1 ili 2 boda (po 1 bod za lekove i alkohol) [10].

Specifičnosti sestrinske anamneze i fizikalnog pregleda

Kod hemodinamski stabilnih pacijenata, medicinska sestra ima dovoljno vremena da primenom sestrinske anamneze i metoda fizikalnog pregleda prikupi podatke i proceni potrebe za negom. U okviru sestrinske anamneze, ključno je precizno prikupiti i dokumentovati podatak o tačnom vremenu nastanka prvih simptoma ili epizode aritmije, jer je trajanje atrijalne fibrilacije (kraće ili duže od 48 sati) od suštinskog značaja za lekara prilikom planiranja daljeg terapijskog pristupa i bezbedne kardioverzije [7]. Zadatak medicinske sestre je da dobijene podatke pravovremeno zabeleži i prosledi lekarskom timu.

Sestrinski aspekti primene terapije u akutnoj fazi

Nakon što lekar donese odluku o izboru strategije (kontrola komorske frekvencije ili uspostavljanje sinusnog ritma), delokrug rada medicinske sestre fokusiran je na bezbednu aplikaciju ordinirane terapije, pripremu pacijenta i kontinuirani monitoring [11, 12]. Kod hemodinamski stabilnih pacijenata sa brzim komorskim odgovorom, primenjuju se beta-blokatori (npr. metoprolol, esmolol), kalcijumski antagonisti (diltijazem, verapamil) ili digoksin. U situacijama kada se lekarskom odlukom pristupa farmakološkoj kardioverziji (najčešće primenom amiodarona ili flekainida), medicinska sestra je dužna da obezbedi kontinuirani EKG monitoring zbog rizika od proaritmijskog efekta, hipotenzije i sprovodnih blokova, kao i da osigura adekvatan venski put [12, 13].

Kod hemodinamski nestabilnih pacijenata, lekar donosi odluku o hitnoj sinhronizovanoj elektrokardioverziji, a dužnosti medicinske sestre odnose se na:

- **Pripremu pacijenta i opreme:** potrebno je obezbediti dva venska puta velikog promera, postaviti samolepljive elektrode (ili pripremiti pedale) u anterolateralnu ili anteroposteriornu poziciju, pripremiti sistem za kiseonik, kao i pribor za aspiraciju i obezbeđivanje disajnog puta.
- **Asistiranje i monitoring tokom procedure:** tokom analgosedacije i izvođenja kardioverzije od strane lekarskog tima, medicinska sestra kontinuirano nadzire EKG ritam, krvni pritisak i saturaciju kiseonikom.
- **Nadzor nad pacijentom nakon procedure:** nakon primene elektrošoka, medicinska sestra nastavlja intenzivno praćenje pacijenta do potpunog buđenja, stabilizacije vitalnih funkcija i uspostavljanja prohodnosti disajnih puteva [1,12].

Dijagnoze nege i kolaborativni problemi kod pacijenata sa AF

U skladu sa savremenom metodologijom zdravstvene nege (*NANDA-I* i *Carpenito* model), klinički problemi pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom (AF) u urgentnom i internističkom stacionaru podeljeni su na samostalne sestrinske dijagnoze (domen gde medicinska sestra samostalno planira i sprovodi intervencije) i kolaborativne probleme, odnosno potencijalne komplikacije (domen gde medicinska sestra kroz praćenje i primenu lekarskih naloga sprečava ili rano prepoznaje patofiziološka pogoršanja).

Na osnovu sistematizovane sestrinske procene stanja pacijenata i potreba za negom, definišu se sledeće dijagnoze nege:

1. **Smanjeno podnošenje napora** u vezi sa smanjenim minutnim volumenom srca, što se manifestuje izraženim zamaranjem, subjektivnim osećajem slabosti i malaksalošću.
2. **Visok stepen anksioznosti** u vezi sa neprijatnim doživljajem lupanja srca i gušenjem, što se manifestuje uznemirenošću i verbalizacijom straha.
3. **Poremećena razmena gasova** u vezi sa plućnom kongestijom, što se manifestuje akutnom dispnejom, tahipnejom i smanjenom saturacijom kiseonikom ($SpO_2 < 92\%$).
4. **Deficit znanja o antikoagulantnoj terapiji** u vezi sa neinformisanošću, što se manifestuje postavljanjem pitanja, kao i nejasnoćama u vezi sa redovnim kontrolama INR-a i doziranjem leka.
5. **Rizik od pada** u vezi sa ortostatskom hipotenzijom i vrtoglavicom.

Kolaborativni problemi

1. Akutni edem pluća
2. Akutni ishemijski moždani udar
3. Hemodinamski kolaps
4. Krvarenje

Plan zdravstvene nege za pacijente sa atrijalnom fibrilacijom

Nakon formulisanja dijagnoza nege i kolaborativnih problema, medicinska sestra izrađuje individualni plan nege. Primer plana zdravstvene nege za pacijente sa AF prikazan je u Tabeli 1.

Tabela 1. Plan zdravstvene nege za pacijenta sa AF

Dijagnoza nege	**Cilj**	**Sestrinske intervencije**
1. Smanjeno podnošenje napora u vezi sa smanjenim minutnim volumenom, što se manifestuje izraženim zamaranjem, subjektivnim osećajem slabosti i malaksalošću.	Pacijent će postepeno povećavati nivo fizičke aktivnosti bez pojave izražene dispneje, slabosti i malaksalosti.	• Obezbediti odmor u postelji u akutnoj fazi. • Planirati i dozirati dnevne aktivnosti (higijena, hranjenje) uz pauze. • Monitorisati vitalne parametre pre, tokom i nakon svake aktivnosti.
2. Visok stepen anksioznosti u vezi sa neprijatnim doživljajem lupanja srca i gušenjem, što se manifestuje uznemirenošću i verbalizacijom straha.	Pacijent će verbalizovati smanjenje osećaja straha i pokazati sposobnost primene tehnika relaksacije u roku od 2–4 sata.	• Pružiti jasna, kratka i razumljiva objašnjenja o svim procedurama. • Podučiti pacijenta tehnikama dubokog (dijafragmalnog) disanja. • Podsticati pacijenta da otvoreno iskaže svoje strahove i nedoumice.
3. Poremećena razmena gasova u vezi sa plućnom kongestijom što se manifestuje akutnom dispnejom, tahipnejom i smanjenom saturacijom ($SpO2 < 92\%$) kiseonikom.	Dispneja i tahipneja će prestati za 3h, imaće referentne vrednosti saturacije kiseonikom za 12h.	• Kontinuirani monitoring disanja • Inspekcija boje kože. • Kontinuirani monitoring saturacije
4. Deficit znanja o antikoagulantnoj terapiji u vezi sa neinformisanošću, što se manifestuje postavljanjem pitanja, nejasnoćama u vezi redovnih kontrola INR-a i doziranja leka.	Pacijent će tačno opisati pravila uzimanja antikoagulanasa, znake krvarenja i mere opreza do trenutka otpusta.	• Sprovesti strukturisanu edukaciju o vrsti antikoagulansa (NOAC vs. VKA). • Objasniti značaj ujednačenog unosa namirnica bogatih vitaminom K (kod VKA). • Edukovati o prepoznavanju rano uočljivih krvarenja (desni, nos, modrice, melena).
5. Rizik od pada u vezi sa hipotenzijom.	Neće doći do pada do kraja hospitalizacije.	• Obezbediti podignute bočne ograde na krevetu i pozivno zvono na dohvat ruke. • Edukovati pacijenta o sporom ustajanju
Kolaborativni problemi	**Cilj**	**Sestrinske intervencije**
1. Akutni edem pluća	Rano prepoznavanje plućne kongestije i održavanje $SpO2 > 92\%$ i normalnog obrasca disanja.	• Kontinuirano pratiti SpO2, frekvenciju disanja i auskultovati pluća (vlažni šušnjevi). • Postaviti pacijenta u visok Fowlerov položaj sa spuštenim nogama. • Primena kiseonika po nalogu lekara. • Aplikacija venske linije i brza primena diuretika/vazodilatatora po nalogu.
2. Akutni ishemijski moždani udar	Održavanje intaktnog neurološkog statusa i rano prepoznavanje embolijskih incidenata.	• Sprovođenje neurološke procene na 2–4h (FAST test, zenice, snaga stiska šake). • Praćenje perifernih pulseva, boje i temperature ekstremiteta. • Pravovremena i precizna aplikacija propisane antikoagulantne terapije.

3. Hemodinamski kolaps	Pravovremeno uočavanje hemodinamske nestabilnosti.	• Kontinuirani monitoring EKG ritma, TA i pulsa na svakih 15–30 min u akutnoj fazi. • Obezbeđivanje dva periferna venska puta velikog promera. • Priprema opreme za hitnu elektrokonverziju (defibrilator, paste, airway). • Primena inotropa/vasopresora i infuzionih rastvora po nalogu lekara.
4. Krvarenje	Rano uočavanje manifestacija krvarenja.	• Redovan uvid u laboratoriju (KKS, hemoglobin, INR, aPTT, trombociti). • Inspekcija kože, sluznica, usne duplje i mesta uboda venskih kanila na petehije/hematome. • Kontrola urina na makrohematuriju i stolice na melenu.

DISKUSIJA

Atrijalna fibrilacija, kao najzastupljenija održiva srčana aritmija u kliničkoj praksi, predstavlja složen zdravstveni problem koji prevazilazi okvire isključivo kardiološkog lečenja i zahteva sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup [1, 3]. Rezultati pregleda savremene literature i važećih međunarodnih preporuka (poput ESC vodiča) ukazuju na to da je ishod zbrinjavanja pacijenata u akutnoj fazi direktno uslovljen brzinom trijaže, tačnošću procene hemodinamskog statusa i pravovremenim uvođenjem protokola nege . [1, 5]. U tom kontekstu, uloga medicinske sestre evoluirala je od pasivnog izvršioca naloženih medicinskih procedura u aktivnog nosioca procesa procene, monitoringa i edukacije pacijenata [7].

Sprovođenje precizne procene rizika primenom CHA_2DS_2-VASc i HAS-BLED skorova predstavlja ključni bezbednosni korak u savremenom lečenju AF [8,10]. Kako pokazuju studije, najveći izazov u primeni antikoagulantne terapije jeste postizanje optimalnog balansa između efikasne prevencije ishemijskog moždanog udara i minimizacije rizika od jatrogenog krvarenja [2, 9]. Centralna uloga medicinske sestre u ovom segmentu ogleda se u detaljnom prikupljanju anamnestičkih i laboratorijskih parametara, identifikaciji modifikabilnih faktora rizika za krvarenje (poput nekontrolisane hipertenzije ili neopravdane upotrebe NSAIL), kao i u kontinuiranoj kontroli parametara koagulacije [1, 10].

Primena metodologije zdravstvene nege kroz jasnu diferencijaciju samostalnih sestrinskih dijagnoza i kolaborativnih problema, odnosno potencijalnih komplikacija, omogućava strukturisano delovanje celokupnog tima [7]. Dok se kroz samostalne dijagnoze nege uspešno rešavaju odgovori pacijenata na bolest – poput smanjenja anksioznosti, doziranja napora i prevencije padova, dotle se kroz kolaborativne probleme (poput akutnog edema pluća, šoka ili neuroloških ispada) uspostavlja rigorozan monitoring vitalnih funkcija neophodan za rano prepoznavanje po život opasnih stanja. [5, 7].

Poseban akcenat u savremenoj praksi stavlja se na proces strukturisane edukacije pacijenata pre otpusta iz stacionarne zdravstvene ustanove [1, 4]. Nedostatak znanja o prirodi bolesti, nepravilno doziranje oralnih antikoagulanasa, kao i neprepoznavanje ranih znakova krvarenja ili pogoršanja aritmije, vodeći su uzroci učestalih rehospitalizacija i neželjenih ishoda [2, 7, 14]. Integrisani model zaštite, u kojem medicinska sestra edukuje pacijente o samokontroli pulsa, pravilnom režimu ishrane i prepoznavanju alarmantnih simptoma, dokazano unapređuje adherenciju i ukupni kvalitet života pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom [4, 15].

ZAKLJUČAK

Atrijalna fibrilacija zahteva brz, protokolizovan i multidisciplinarni pristup u kojem medicinska sestra ima značajnu ulogu. Od pravovremene trijaže i procene hemodinamske stabilnosti u akutnoj fazi, pa sve do

prikupljanja parametara za stratifikaciju rizika (CHA_2DS_2-VASc i HAS-BLED), pravilno sprovedene sestrinske intervencije doprinose smanjenju rizika od nastanka tromboembolijskih i jatrogenih komplikacija.

Primena savremenog modela zdravstvene nege — kroz jasnu podelu na samostalne dijagnoze i kolaborativne probleme — omogućava efikasan nadzor nad pacijentom i brzo reagovanje na potencijalna pogoršanja. Pored zbrinjavanja u urgentnom stanju, uspeh dugotrajnog lečenja i smanjenje stope rehospitalizacija u velikoj meri zavise od kvalitetne edukacije pacijenta o antikoagulantnoj terapiji i samomonitoringu.

REFERENCE

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Sep 29;45(36):3314-3414. doi: 10.1093/eurheartj/ehae176. Erratum in: Eur Heart J. 2025 Nov 3;46(41):4349. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf306. PMID: 39210723.
2. Lim TW, Camm AJ, Virdone S, Singer DE, Bassand JP, Fonarow GC, et al. GARFIELD-AF and ORBIT-AF Investigators. Predictors of intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation treated with oral anticoagulants: Insights from the GARFIELD-AF and ORBIT-AF registries. Clin Cardiol. 2023 Nov;46(11):1398-1407. doi: 10.1002/clc.24109. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37596725.
3. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, Benjamin EJ, Chyou JY, Cronin EM, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2024;83(1):109-279.
4. Jones J, Stanbury M, Haynes S, Bunting KV, Lobban T, Camm AJ, et al. Importance and Assessment of Quality of Life in Symptomatic Permanent Atrial Fibrillation: Patient Focus Groups from the RATE-AF Trial. Cardiology. 2020;145(10):666-675. doi: 10.1159/000511048. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32862174.
5. Anđelić S. Urgentna medicina. Beograd: Univerzitet Singidunum; 2021.
6. Alenzi HAB, Alshahrani HMD, Al-Malki AHR, Al-Sheikhi HAH, Al-Rashidi SMA, Al-Shahrani AMS, et al. Nursing Care of Patients with Atrial Fibrillation: A Review. J Int Crisis Risk Commun Res. 2024;7(1):1–10.
7. Perry AG, Potter PA, Ostendorf WR, Laplante N, editors. Clinical Nursing Skills and Techniques. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
8. Ibdah R, Obeidat O, Khader Y, Al-Nusair J, Abusurrah O, Obeidat A, et al. Validation of CHA2DS2 VASc Score Predictability of Stroke and Systemic Embolization in a Middle Eastern Population with AF: The Jordan Atrial Fibrillation (JoFib) Study. Vasc Health Risk Manag. 2023 Apr 24;19:255-264. doi: 10.2147/VHRM.S404575. PMID: 37125391.
9. Chan J. CHA_2DS_2-VASc Score for Atrial Fibrillation Stroke Risk [Updated]. MDCalc Journal. 2024;042024(01).
10. Methavigul K. Revised HAS-BLED score for bleeding prediction in atrial fibrillation patients with oral anticoagulants. J Arrhythm. 2022 Apr 5;38(3):380-385. doi: 10.1002/joa3.12709. PMID: 35785373.
11. Machado AM, Leite F, Pereira MG. Integrated Care in Atrial Fibrillation: A Multidisciplinary Approach to Improve Clinical Outcomes and Quality of Life. Healthcare (Basel). 2025 Feb 5;13(3):325. doi: 10.3390/healthcare13030325. PMID: 39942514.
12. Caleffi D, Pingani L, Rovesti S, Cannizzaro D, Ferri P. Nurse-Led Electrical External Cardioversion of Patients with Atrial Arrhythmia: A Systematic Review Update and Meta-Analysis. Nurs Rep. 2025 Jan 23;15(2):32. doi: 10.3390/nursrep15020032. PMID: 39997768.
13. Khan A, Cereda A, Walther C, Aslam A. Multidisciplinary Integrated Care in Atrial Fibrillation (MICAF): A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Med Res. 2022 Dec;20(4):219-230. doi: 10.3121/cmr.2022.1702. PMID: 36581397.
14. Rashedi S, Keykhaei M, Sato A, Steg PG, Piazza G, Eikelboom JW, et al. Anticoagulation and Antiplatelet Therapy for Atrial Fibrillation and Stable Coronary Disease: Meta-Analysis of Randomized Trials. J Am Coll Cardiol. 2025 Mar 25;85(11):1189-1203. doi: 10.1016/j.jacc.2024.12.030. Epub 2025 Jan 17. PMID: 39918465.
15. Gallagher C, Hendriks JM, Nyfort-Hansen K, Sanders P, H Lau D. Integrated care for atrial fibrillation: the heart of the matter. Eur J Prev Cardiol. 2022 Nov 8;29(15):2058-2063. doi: 10.1093/eurjpc/zwaa065. PMID: 33624053

REVIEW ARTICLE

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Katarina PAVIC[1], Nikola SAVIC[2, 3], Slobodanka BOGDANOVIC VASIC[4], Marija VESIC[1], Roland ANTONIC[1]

[1] Academy of Applied Studies Šabac, Serbia, [2] Public Health Institute Valjevo, Valjevo, Serbia, [3]University Singidunum, Belgrade, Serbia, [4]University „Bijeljina“, Bijeljina, Republic of Srpska

ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained cardiac arrhythmia encountered in internal medicine and emergency care. Its high prevalence and the associated risk of haemodynamic collapse and systemic thromboembolism, particularly acute pulmonary oedema and ischaemic stroke, call for a comprehensive multidisciplinary approach, rapid clinical triage, and intensive initial management. Nurses play a key role throughout patient care, from identifying the arrhythmia on an electrocardiogram (ECG) and monitoring vital signs according to established protocols, to administering complex parenteral therapy, preventing complications, and providing structured patient education. This paper provides a detailed overview of current prehospital and in-hospital management protocols, independent nursing diagnoses, collaborative problems, and an integrated care model based on the latest international guidelines.

Keywords: atrial fibrillation; emergency medicine; nursing care; ECG monitoring; anticoagulant therapy; stroke prevention.