



3° CONVEGNO DI
ANTICOAGULAZIONE.it

“ ANTICOAGULAZIONE

Attualità cliniche e di laboratorio.
Aspetti sociali

”

BOLOGNA 25-26 GENNAIO 2018

PRESCRIVERE UN ANTICOAGULANTE ORALE DIRETTO (NAO) A UN ANZIANO CON FIBRILLAZIONE ATRIALE

Dott.ssa Luisa Salomone

U.O. ANGIOLOGIA E MALATTIE DELLA COAGULAZIONE
POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI

Le mie premesse...

- Frequentemente i pazienti vengono indirizzati al Centro TAO/NAO dopo aver ricevuto poche informazioni sulla patologia
- Ampia variabilità di interesse e possibilità di approfondimento dell'argomento
- Eterogeneità di contesto (paziente, familiare, caregiver)

3° CONVEGNO DI ANTICOAGULAZIONE.it

“ ANTICOAGULAZIONE | Attualità cliniche e di laboratorio. Aspetti sociali ”

BOLOGNA 25-26 GENNAIO 2018 Savoia Hotel Regency - Via del Pilastro 2, 40127 Bologna

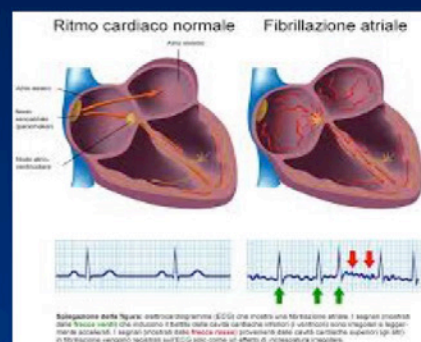
Le mie premesse...

- Concetti essenziali su:
 - patologia di base
 - possibili complicanze
 - caratteristiche del farmaco prescritto

presupposto fondamentale per :

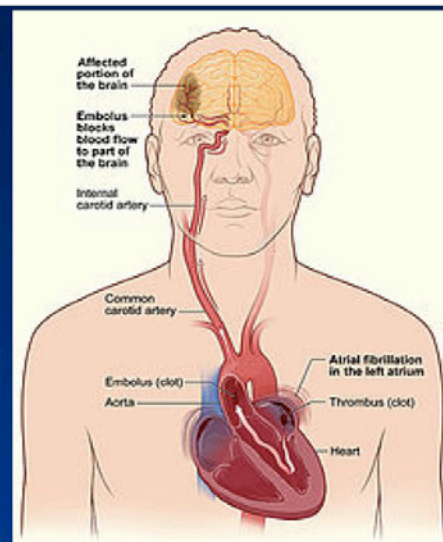
- **ADERENZA** quotidiana alla terapia anticoagulante
- **PERSISTENZA** nella sua assunzione a lungo termine

La fibrillazione atriale è...



- Una alterazione del regolare ritmo del cuore
- Molto comune soprattutto dopo la 7-8a decade di vita (fino a 1 su 10 dopo 80 anni)

La fibrillazione atriale ...



- Predisporre alla formazione di trombi all'interno delle cavità cardiache
- Pericolosa → rischio di ICTUS/TIA-EMBOLIA SISTEMICA

Il concetto di “Rischio”

- E' variabile nella percezione individuale
- Concretizzarlo è più semplice in chi ha già avuto un evento ischemico
- Quantificarlo è possibile attraverso alcune caratteristiche cliniche (età, ipertensione, diabete, progresso ictus/tia.....)

CHA₂DS₂-VASc-Score

Fattore di rischio CHA ₂ DS ₂ -VASc	Punteggio
Scompenso cardiaco congestizio Segni/sintomi di scompenso cardiaco o reperto obiettivo di ridotta frazione di eiezione ventricolare sinistra	+1
Ipertensione arteriosa Pressione arteriosa a riposo >140/90 mmHg in almeno due rilevazioni o terapia antipertensiva in atto	+1
Età ≥75 anni	+2
Diabete mellito Glicemia a digiuno >125 mg/dl (7 mmol/l) o trattamento con ipoglicemizzanti orali e/o insulina	+1
Pregresso ictus, attacco ischemico transitorio o tromboembolia	+2
Malattia vascolare Pregresso infarto miocardico, arteriopatia periferica o placche aortiche	+1
Età 65-74 anni	+1
Sesso (femminile)	+1

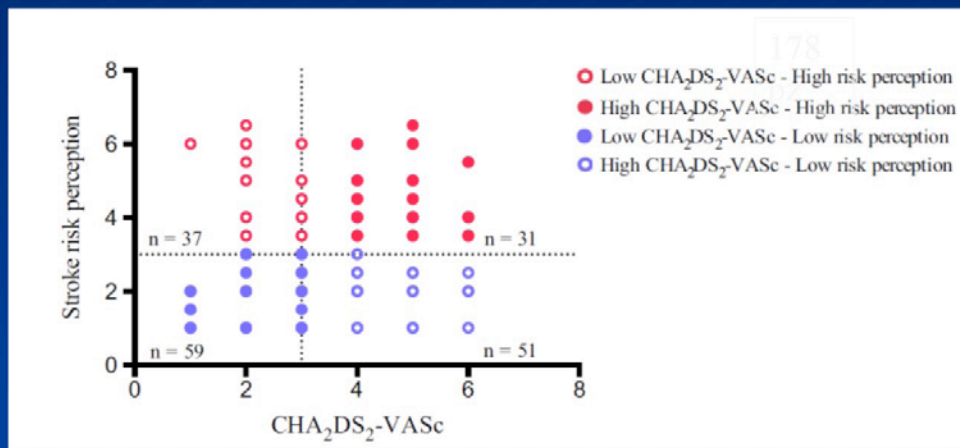
→
somma dei punti

CHA ₂ DS ₂ -VASc	Rischio di ictus %/anno
9	23.64
8	22.38
7	21.50
6	19.74
5	15.26
4	9.27
3	5.92
2	3.71
1	2.01
0	0.78

➤ Presupposto per l'indicazione alla terapia anticoagulante orale

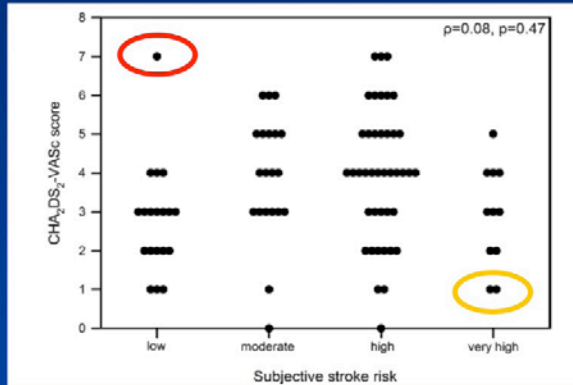
Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, Vol. 24, No. 11 (November), 2015: pp 2527-2532
Stroke Risk Perception in Atrial Fibrillation Patients is not Associated with Clinical Stroke Risk

Patients' perception of stroke risk compared with clinical stroke risk calculated through the CHA₂DS₂-VASc

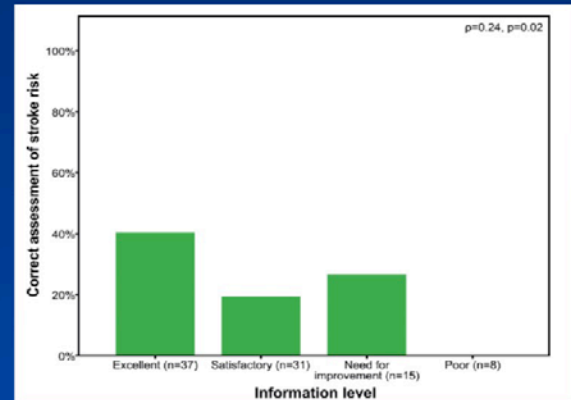


BMJ Open Association between subjective risk perception and objective risk estimation in patients with atrial fibrillation: a cross-sectional study

Correlation of CHA₂DS₂-VASc score and subjective assessed stroke risk.



Patients information level



Zweifel D.

2017;7:e014242

Prescrivere un Anticoagulante orale diretto (NAO)

- Posologia fissa:
 - monosomministrazione giornaliera (Xarelto, Lixiana) 1 cp ogni 24 ore
 - doppia somministrazione giornaliera (Eliquis, Pradaxa) 1 cp ogni 12 ore
- Dosaggio :
 - pieno o ridotto: stabilito al momento della prescrizione in funzione di alcune caratteristiche (età, peso, funzione renale)

Prescrivere un Anticoagulante orale diretto (NAO)

- Orario/i di assunzione del farmaco:
 - da stabilire in funzione delle abitudini quotidiane (al pasto, in concomitanza con altra terapia , in presenza di caregiver o familiare)
- Assunzione con il cibo:
 - Xarelto necessaria per ottimizzare assorbimento del farmaco
 - Pradaxa preferibile (con abbondante acqua) per limitare comparsa di effetti collaterali (epigastralgia)

Prescrivere un Anticoagulante orale diretto (NAO)

- Comparsa rapida dell'effetto: picco di attività entro 3 ore dall'assunzione (da ricordare ed evitare prima di manovre invasive)
- Durata dell'effetto anticoagulante: mediamente scompare in 24 ore se si sospende l'assunzione del farmaco!

Terapia anticoagulante : Eventi avversi

Ictus ischemico
TIA
Embolia



Rischio
emorragico
indotto

Aspetti pratici

- Informazione sugli analgesici da preferire (paracetamolo)
 - FANS solo in caso di stretta necessità e previo consulto medico
- Foglio informativo per MMG con le associazioni farmacologiche da evitare

Cosa fare se....

- Si dimentica una dose: assumere dose entro 6 ore per farmaci in doppia somministrazione, entro 12 ore per farmaci in monosomministrazione
- Incertezza nella assunzione: nessuna dose aggiuntiva se farmaco in doppia somministrazione, assumere dose aggiuntiva per monosomministrazione
- Assunta doppia dose: si salta la dose successiva per farmaci in doppia somministrazione, nessuna modifica se monosomministrazione

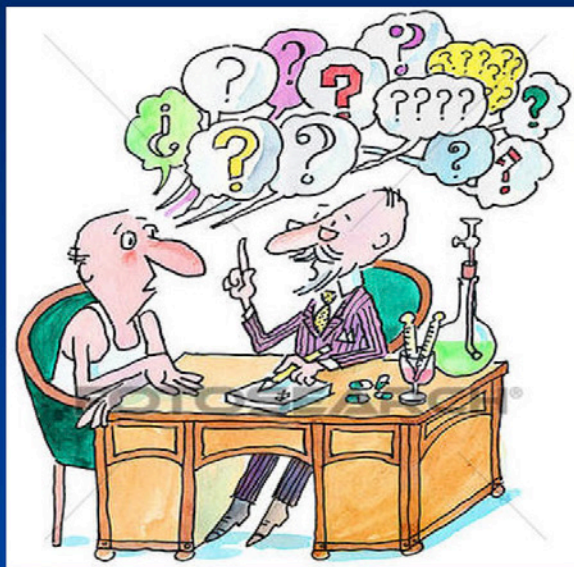
Aspetti burocratici

- Consegna del piano terapeutico per erogazione del farmaco da parte del SSN:
- da 1 a 12 mesi a seconda del quadro clinico e dei programmi gestionali utilizzati nei singoli centri TAO (generalmente ogni 6 mesi)

Follow up-controlli

- Dopo 1 mese circa ed a ogni rinnovo PT:
 - esami ematici di controllo (creatinina, emocromo, transaminasi)
 - aggiornamento del peso corporeo per eventuale adeguamento del dosaggio del farmaco
 - Registrazione eventi avversi (complicanze emorragiche/ictus, ecc)
 - Ricoveri ospedalieri
 - Variazioni della terapia in corso

Sperando che il risultato non sia questo....



Grazie per l'attenzione