

**Azienda Ospedaliera “OSPEDALE di CIRCOLO di BUSTO ARSIZIO”  
Presidio di TRADATE  
Unità operativa di CARDIOLOGIA  
Centro per il TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE ORALE**

Tradate 24/5/2005

**INCONTRO TAO CARDIOLOGIA  
MINICORSO per OPERATORI SANITARI SCOAGULANTI**

**1) TUTTO QUELLO CHE PENSI E NON HAI MAI AVUTO IL CORAGGIO DI DIRE  
(sputa il rospo)**

**2) POCHE IDEE, MA INDISPENSABILI**

**3) QUELLO CHE I PAZIENTI CHIEDONO (ovvero le famigerate FAQ)**

**4) CARTA dei DIRITTI del PAZIENTE SCOAGULATO E INFORMAZIONI GENERALI  
SULLA TAO**

**5) METODI per LA RIDUZIONE degli ERRORI**

**6**

**) il nostro SITO (non ti scordar di me)  
<http://digilander.libero.it/taotradate>**

# 1) TUTTO QUELLO CHE PENSI E NON HAI MAI AVUTO IL CORAGGIO DI DIRE

**Ma perché fare una cosa così impegnativa?**

## **OBIETTIVI del TRATTAMENTO**

Ricerca la massima protezione dalle tromboembolie arteriose e venose con il minimo rischio emorragico.

## **CASISTICA- Ma perché il TAO lo fa la Cardiologia?**

Ai centri TAO afferiscono pazienti inviati dai medici extraospedalieri ed ospedalieri di diverse discipline (medicina interna, cardiologia, chirurgia, neurologia, cardiocirurgia, ematologia).

Le indicazioni al trattamento (Italia 2002) sono:

45% fibrillazione atriale

35% tromboembolie

15% protesi cardiache

5% altro

- Dalla letteratura si rileva che i cardiologi hanno una probabilità di 4 volte superiore alle altre specialità di applicare correttamente le linee guida riguardanti il TAO.

Infatti il 30-50% dei pazienti con indicazione al trattamento non vengono scoagulati per problemi organizzativi.

Inoltre le indicazioni sono prevalentemente cardiologiche.

I pz cardiologici sono trattati con farmaci come le statine e l'amiodarone che determinano importanti interferenze con l'anticoagulante orale.

## **Il trattamento è urgente?**

Vi sono alcune indicazioni come le TROMBOSI VENOSE PROFONDE nelle quali è importante iniziare immediatamente un trattamento anticoagulante oltre all'eparina a basso peso molecolare che viene sospesa quando il paziente è nel range terapeutico da almeno 2 giorni. Ritardare la coagulazione del paziente può favorire un peggioramento della trombosi che può complicarsi con una embolia polmonare.

## **CHI GESTISCE i CENTRI di MONITORAGGIO?**

### **Non potrebbe il medico della mutua gestirsela lui?**

In Italia vi è una certa variabilità (Laboratorio Analisi, Ematologia, Servizi Trasfusionali, Cardiologia, Angiologia, Centri per la Trombosi, Medicina).

Da alcuni anni in Italia si sono costituiti dei Centri dedicati al monitoraggio centralizzato del trattamento anticoagulante che sono associati in una associazione che si chiama FCSA.

### **VANTAGGI dei CENTRI TAO**

- medici e paramedici esperti in TAO
- determinazione INR standardizzata
- software di archiviazione dati e algoritmi di prescrizione

- controlli di qualità di laboratorio
- controlli di qualità del trattamento
- minori complicanze emorragiche del trattamento (1% vs 4,7%)
- minori complicanze tromboemboliche (0,6% vs 6,6%)
- maggiore stabilità INR nel range terapeutico

Il nostro Centro per il Monitoraggio del Trattamento Anticoagulante Orale (TAO), operativo nel Presidio di Tradate dal 1997, ha completato l'iter per il riconoscimento da parte della FCSA (Federazione Centri Sorveglianza Anticoagulanti) e la richiesta di affiliazione è stata approvata.

### **Perché un sacco di pazienti continua a chiamare?**

Perché le problematiche legate all'attività di monitoraggio sono molteplici.

### **ATTIVITA' SVOLTE dal nostro Centro TAO dell'H di Tradate**

- 1) **VERIFICA dell'INDICAZIONE al TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE ORALE**, tramite una valutazione clinica completa del paziente per verificare i profili di rischio emorragico e trombotico del paziente allo scopo di quantizzare il rapporto rischio/beneficio del TAO.
- 2) **AVVIO del TRATTAMENTO** con applicazione linee guida, range ottimale e verifica di eventuali problematiche individuali
- 3) **EDUCAZIONE SANITARIA del PAZIENTE** per una partecipazione attiva ed una comprensione delle finalità e delle modalità della terapia e dei potenziali rischi.
- 4) **Ricerca delle cause di instabilità dell'INR** (interazioni farmacologiche, cliniche, alimentari etc)
- 5) Periodica rivalutazione del **rapporto rischio/beneficio del trattamento**
- 6) Consulenza per **sospensione temporanea** del trattamento per interventi chirurgici o odontoiatrici
- 7) Aggiornamento bibliografico mensile
- 8) Aggiornamento delle linee guida

### **Perché questa terapia richiede così tante cure?**

- 1) perché ogni paziente risponde in modo diverso al farmaco.
- 2) Perché anche una volta trovata la dose giusta malattie intercorrenti, variazioni della dieta e della attività fisica, variazioni farmacologiche, assunzione di integratori, vitamine, erbe possono modificare la dose. (es amiodarone)
- 3) Perché è una terapia che non ama la globalizzazione. Livelli di rischio tromboembolico maggiore richiedono livelli di coagulazione differenti. A questo scopo vi sono le linee guida ma qualche volta si deve personalizzare il range.
- 4) Perché il paziente deve collaborare attivamente alla corretta assunzione del farmaco e deve essere ben informato.

### **Perché è importante rimanere nel RANGE TERAPEUTICO?**

Perché un livello di coagulazione  $< 2$  non protegge il paziente dal rischio tromboembolico ed un valore  $> 3$  comporta un aumento del rischio emorragico tanto più alto quanto più alto è l'INR. A questo scopo si cerca di porsi come obiettivo il concetto di **TARGET TERAPEUTICO** che è la media dei valori del range.

## POCHE IDEE, MA INDISPENSABILI

- 1) Prima di iniziare il trattamento deve essere effettuata una **VISITA di ARRUOLAMENTO** per verificare i profili di rischio tromboembolico e di rischio emorragico del paziente per verificare il rapporto rischio /beneficio del trattamento.
- 2) IL TAO è un **trattamento che deve essere personalizzato**, perché ogni paziente risponde in modo diverso.
- 3) **I pazienti più anziani** hanno un rischio emorragico maggiore , ma anche un rischio tromboembolico maggiore
- 4) Una volta trovata **la dose ottimale per il singolo paziente questa può variare nel tempo** a causa di:
  - variazioni della dieta
  - variazioni dell'attività fisica
  - interazioni con farmaci (soprattutto antinfiammatori, antibiotici, analgesici, amiodarone, statine)
  - malattie sistemiche intercorrenti
  - aderenza del paziente alla terapia
  - diversa suscettibilità genetica con rischio di emorragie nonostante un range ottimale
- 5) **esistono livelli diversi di rischio TROMBOEMBOLICO.**  
I pazienti con un **rischio basso o moderato** vengono mantenuti in un range tra 2 e 3.  
I pazienti con un **rischio elevato** (protesi valvolari meccaniche+ fibrillazione atriale, protesi valvolari di vecchia generazione, sindrome da anticorpi antifosfolipidici) devono rimanere in un range tra 2,5 e 3,5.
- 6) **il range terapeutico deve essere rispettato il più possibile.** Un valore di INR al di sotto di 2 non protegge il paziente dagli eventi tromboembolici. In tal caso si associa all'anticoagulante orale l'eparina a basso peso molecolare sottocute.(Fraxieparina 0,3 oppure Clexane 4000 unità sottocute).  
Un valore di INR > di 3 comporta un aumento del rischio emorragico tanto più alto quanto più elevato è l'INR.
- 7) Esistono livelli diversi di rischio EMORRAGICO anche per diversa suscettibilità genetica al Warfarin, ma al momento questi pazienti non sono identificabili.
- 8) **I PRIMI 3 MESI della TERAPIA sono IL MOMENTO PIU RISCHIOSO SIA PER LE EMORRAGIE SIA PER GLI EVENTI EMBOLICI.**  
Qualsiasi sintomo deve essere valutato attentamente perché talora si possono avere Emorragie in sedi insolite.  
Attenzione alle lesioni cutanee. Nei primi giorni della terapia, se pure raramente il warfarin Può dare gangrena in diverse sedi.  
Anche le sospensioni della terapia per interventi sono un momento molto delicato.