



## *Per i nuovi anticoagulanti è necessario un follow-up?*

A cura di Seena Padayattil

Al fine di migliorare sempre più l'aderenza alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali, gli autori propongono un modello di follow-up clinico per tali pazienti. Tre gli obiettivi principali per ogni visita di follow-up:

- assicurare l'appropriatezza della terapia anticoagulante orale;
- ottimizzare l'aderenza;
- attuare le misure per ridurre il rischio emorragico.

Per facilitare il compito e per non tralasciare nessuno degli obiettivi, gli autori hanno creato una check list. Questo aiuta anche per documentare il follow-up e si può consultare sul web all'indirizzo: <http://thrombosiscanada.ca/?resourcepage=resources>

La check list è divisa in varie sezioni:

- a) Valutazione dell'aderenza: indagare se il paziente assume la terapia correttamente. Ricordare che l'alleanza con il paziente si crea quando lui conosce la patologia, "crede" nella terapia e si fida del medico curante. È molto efficace un "counselling" personalizzato sottolineando che questi sono farmaci per la prevenzione di ictus, con una durata d'azione breve e che, se si dimenticano più dosi, la protezione non è più garantita. Gli autori invitano a usare termini corretti per i farmaci "anticoagulanti" e non "fluidificanti" per evitare idee e false credenze.
- b) Valutazione delle emorragie: accertare se si sono verificati degli eventi emorragici. Molto importante l'individuazione dei fattori di rischio modificabili per correggerli.
- c) Valutazione della funzionalità renale: serve per un eventuale adeguamento del dosaggio o cambio del farmaco.
- d) Interazioni farmacologiche: nell'indagare questo aspetto si deve chiedere esplicitamente al paziente se assume ASA o antiinfiammatori steroidei in quanto i pazienti non riferiscono autonomamente. Accertarsi che le indicazioni siano valide, tali da controbilanciare il rischio emorragico procurato dalla terapia combinata.
- e) Valutazione generale: monitorare la pressione arteriosa e indagare se si sono verificati degli episodi di crisi ipertensive o ipotensione ortostatica.

Appare chiaro che le raccomandazioni altro non sono che parole di buon senso, un atteggiamento che ognuno di noi deve tenere nel seguire il paziente con una terapia importante qual è quella anticoagulante. E l'attenzione, sia chiaro, va rivolta nello stesso modo al monitoraggio della malattia che ha richiesto l'anticoagulazione!

### **Bibliografia:**

How to Monitor Patients Receiving Direct Oral Anticoagulants for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation: A Practice Tool Endorsed by Thrombosis Canada, the Canadian Stroke Consortium, the Canadian Cardiovascular Pharmacists Network, and the Canadian Cardiovascular Society.

David J. Gladstone, MD, PhD; William H. Geerts, MD; James Douketis, MD; Noah Ivers, MD, PhD; Jeff S. Healey, MD; and Kori Leblanc, PharmD

Ann Intern Med. 2015;163(5):382-385.



<b>Ictus ischemici potenzialmente evitabili</b>	
<b>Terapia anticoagulante non correttamente somministrata</b>	Valutare l'aderenza Informare il paziente su come assumere correttamente i farmaci e come comportarsi se si dimentica una dose Motivare il paziente spiegando i benefici e i rischi Programmare le visite di follow up
<b>Interruzione prolungata per procedure interventistiche o per emorragie minori</b>	Fornire un piano di interruzione per procedure interventistiche Informare che l'emorragia minore non richiede la sospensione in quanto autolimitante e non clinicamente rilevante
<b>Emorragie potenzialmente evitabili</b>	
<b>Concomitante terapia antiaggregante</b>	Evitare gli antiaggreganti se non strettamente indicato Sostituire gli antiinfiammatori steroidei con altri antidolorifici
<b>Errori di dosing o insufficienza renale</b>	Monitorare la funzione renale Adeguare il dosaggio secondo la funzionalità renale, l'età e il rischio emorragico
<b>Iperensione non controllata o ipotensione</b>	Monitorare la pressione arteriosa a tutte le visite Trattare l'iperensione Valutare il rischio di ipotensione ortostatica nei pazienti con storia di sincope o cadute

**Gladstone D et al; Annals of Internal Medicine 2015**