

Il Paziente Fragile in cardiologia

CARDIOLOGI E MEDICI DI MEDICINA GENERALE "IN RETE"

La costruzione di percorsi condivisi

SABATO 9 NOVEMBRE 2019

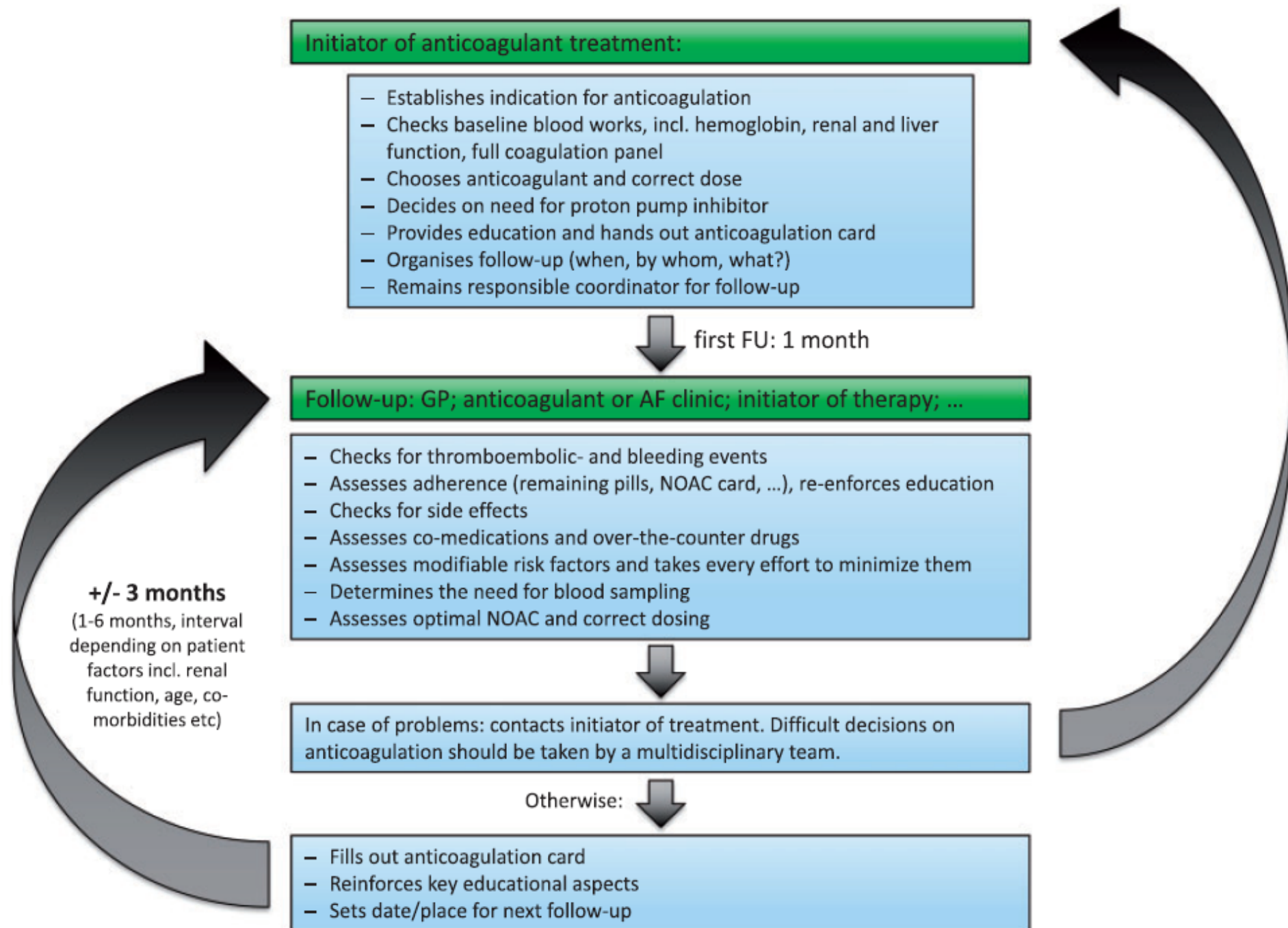
Aula Carlo Ravetti
Ospedale San Giovanni Bosco

Gestione ambulatoriale del paziente con fibrillazione atriale

Follow up del paziente in DOAC

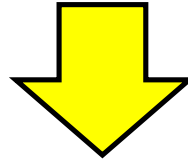
Dott.sa

Monica Anselmino

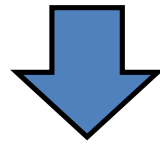


FOLLOW-UP

PRIMA PRESCRIZIONE SPECIALISTICA



MEDICO CURANTE (primo controllo, tutti)
1 MESE



3-6 MESI (intervallo dipende da fattori del pz:
Cl/10, patologie intercorrenti,
variazione farmaci..) +ematochimici



UN ANNO
valutazione per rinnovo

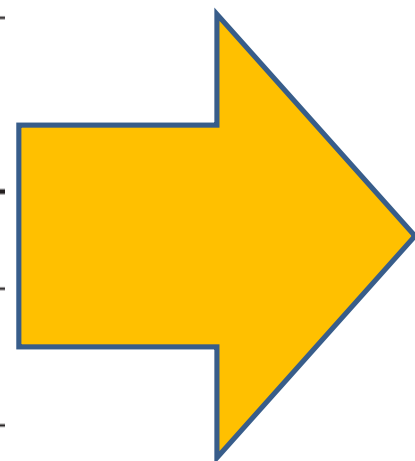
EMATOCHIMICI (Cl/creat, enzimi epatici,
QUESTIONARIO emocromo, coagulazione)



Table 2 Checklist during follow-up contacts of atrial fibrillation patients on anticoagulation

	Interval	Comments
1. Adherence	Each visit	• Instruct patient to bring NOAC card and complete list of medication: make note and assess average adherence • Re-educate on importance of strict intake schedule • Inform about adherence aids (special boxes; smartphone applications; ...). Consider specific adherence measuring interventions (review of pharmacy refill data; electronic monitoring⁵¹; special education session; ...)
2. Thromboembolism	Each visit	• Systemic circulation (TIA, stroke, peripheral) • Pulmonary circulation
3. Bleeding	Each visit	• 'Nuisance' bleeding: preventive measures possible? Motivate patient to diligently continue anticoagulation • Bleeding with impact on quality-of-life or with risk: prevention possible? Need for revision of anticoagulation indication, dose or timing?
4. Other side effects	Each visit	Carefully assess relation with NOAC: decide for continuation (and motivate), temporary cessation, or change of anticoagulant drug
5. Co-medications	Each visit	• Prescription drugs; over-the-counter drugs (Pharmacokinetics and drug-drug interactions of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants section). • Careful interval history: also temporary use can be risky
6. Blood sampling (incl. hemoglobin, renal and liver function)	Yearly	Patients other than those specified below
	6-monthly	≥75 years (especially if on dabigatran) or frail (see chapter 2)
	x-monthly	If renal function CrCl ≤60 mL/min: recheck interval = CrCl/10
	If needed	If intercurrent condition that may impact renal or hepatic function
7. Assessing and minimizing modifiable risk factors for bleeding	Each visit	• As recommended by current guidelines³ • Particularly: uncontrolled hypertension (systolic >160 mmHg), medication predisposing for bleeding (e.g. aspirin, NSAIDs), labile INR (if on VKA), excessive alcohol intake)
8. Assess for optimal NOAC and correct dosing	Each visit	Especially based on the above, re-assess whether a. The chosen NOAC is the best for the patient b. The chosen dose is correct

**TABELLA
EHRA 2018
checklist**





CHECK LIST TABELLA EHRA AD OGNI VISITA CONTROLLARE

- **ADERENZA**: re-istruire il paziente e care-givers su assunzione (aderenza, cibo, orari..)
- **EVENTUALI EPISODI TROMBOEMBOLICI** intercorrenti (TIA, stroke, periferici)
- **EVENTUALI EPISODI EMORRAGICI** :
 - minimi: ev. misure preventive, motivare il paziente a proseguire
 - significativi/pericolosi: prevenzione possibile? Necessita' di revisione di indicazione/dosi/modalità somministrazione ?

VERIFICARE AD OGNI VISITA



- Altri effetti collaterali (es. gastroenterici..): motivare a continuare, valutare se modificare tipo
- Comedicazioni : farmacocinetica, interazioni
- Identificare e minimizzare FDR di sanguinamento: in particolare PA elevata, farmaci (ASA, NSAIDs..), assunzione di alcool,...
- Riconsiderare se il tipo di NOAC e la sua dose sono corretti per il paziente: ev. contattare prescrittore

FOLLOW-UP

La funzione renale/ematochimici devono essere rivalutati con > frequenza nei pazienti più compromessi:

- + anziani (> 75 anni)
- fragili
- IRC nota (minore la clearance, più frequente il controllo : $Cl/10$)
- situazioni intercorrenti che possano alterare la funzione renale od epatica o determinare assunzione di farmaci interferenti :
 - infezioni
 - cancro..



GESTIONE SANGUINAMENTI MINIMI/MINORI

MINIMI: evitare le autosospensioni
eventualmente sospendere o ritardare al massimo
per una somministrazione

MINORI: epistassi/gengivorragie: antifibrinolitici locali
ulcera gastrica/infezioni urinarie: th specifica

RECIDIVE DI S. MINORI: considerare NOAC alternativi

SOSPETTO SANGUINAMENTO OCCULTO: ricerca cause

SANGUINAMENTI MAGGIORI: GESTIONE IN AMBIENTE
IDONEO

DIMENTICANZE/ERRORI

DIMENTICANZA DI UNA DOSE

La si può assumere fino al 50% del tempo fra una somministrazione e l'altra: ad es.

SE somministrazione ogni 12 h, si può assumere entro le 6 h

SE somministrazione ogni 24 h, entro le 12 h

SE alto rischio ischemico, si può assumere comunque oltre

DOSE DOPPIA

SE somministrazione ogni 12 h, saltare la somministrazione successiva

SE ogni 24 h, non saltare

Interventions with minor bleeding risk

Dental interventions

Extraction of 1–3 teeth

Paradontal surgery

Incision of abscess

Implant positioning

Cataract or glaucoma intervention

Endoscopy without biopsy or resection

Superficial surgery (e.g. abscess incision; small dermatologic excisions; . . .)

Interventions with low bleeding risk (i.e. infrequent or with low clinical impact)

Endoscopy with biopsy

Prostate or bladder biopsy

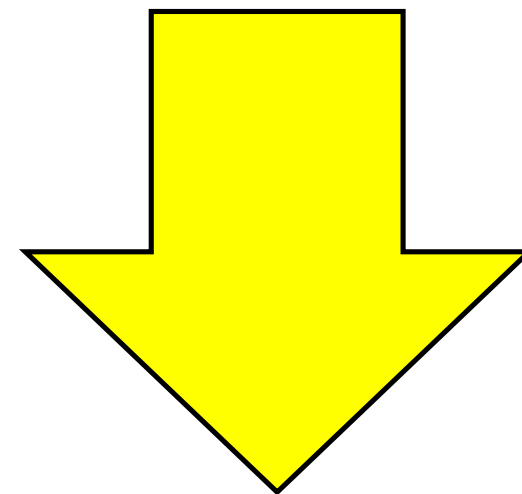
Electrophysiological study or catheter ablation (except complex procedures, see below)

Non-coronary angiography (for coronary angiography and ACS: see Patients undergoing a planned invasive procedure, surgery or ablation section)

Pacemaker or ICD implantation (unless complex anatomical setting, e.g. congenital heart disease)

GESTIONE PICCOLI INTERVENTI

TABELLA EHRA 2018



INTERVENTI A MINIMO RISCHIO DI SANGUINAMENTO



INTERVENTI DENTALI

- estrazione di 1-3 denti
- chirurgia paradontale
- incisione di ascessi
- impianti

CATARATTA /GLAUCOMA

ENDOSCOPIA SENZA BIOPSIA O RESEZIONE

CHIRURGIA SUPERFICIALE (es. incisione di ascessi, piccoli interventi dermatologici...)

INTERVENTI A BASSO RISCHIO DI SANGUINAMENTO

ENDOSCOPIA CON BIOPSIA

BIOPSIA PROSTATICA O VESCICALE

STUDI ELETTROFISIOLOGICI (NON COMPLESSI)

ANGIOGRAFIE NON CORONARICHE

IMPIANTO PMD O ICD



PICCOLE PROCEDURE (sanguinamento MINIMO o facilmente controllabile)

La maggior parte non richiede necessariamente interruzione

IN GENERALE:

la procedura può essere prevista 12-24h dopo l'ultima assunzione (**MA** variabilità in base a cl. creatinina (vedi tab.)

RIPRENDERE 6 H DOPO :

saltando 1 dose di dabigatran o apixaban
nessuna di rivaroxaban o edoxaban

Paziente va trattenuto in osservazione fino a cessazione del sanguinamento periintervento



PICCOLI INTERVENTI -basso rischio

Per gli inibitori Xa sono consigliate 24 h di sospensione prima dell'intervento

Più protratta nel caso di IRC, se il paziente assume dabigatran:

24 h se clearance > 80ml/min

36 h se 50-80 ml/min

48h se 30-50ml/min

NON è indicato bridging con eparina s.c. o e.v.

Riprendere l'assunzione 24 h dopo



ALTRE PROCEDURE

rischio di sanguinamento maggiore

GESTIONE SPECIALISTICA OSPEDALIERA
(MEDICO DI PS, CARDIOLOGO, CHIRURGO)



Table 11 Timing of last non-vitamin K antagonist oral anticoagulant intake before start of an elective intervention

	Dabigatran		Apixaban – Edoxaban – Rivaroxaban	
	No important bleeding risk and/or adequate local haemostasis possible: perform at trough level (i.e. 12 h or 24 h after last intake)			
	Low risk	High risk	Low risk	High risk
CrCl ≥ 80 mL/min	≥ 24 h	≥ 48 h	≥ 24 h	≥ 48 h
CrCl 50–79 mL/min	≥ 36 h	≥ 72 h	≥ 24 h	≥ 48 h
CrCl 30–49 mL/min	≥ 48 h	≥ 96 h	≥ 24 h	≥ 48 h
CrCl 15–29 mL/min	Not indicated	Not indicated	≥ 36 h	≥ 48 h
CrCl < 15 mL/min	No official indication for use			

No bridging with LMWH/UFH

Resume full dose of NOAC ≥ 24 h post-low bleeding risk interventions and 48 (–72) h post-high-bleeding risk interventions (see also *Figure 8*)

Patients undergoing a planned intervention should receive a written note indicating the anticipated date and time of their intervention, and the date and time of the last intake of their NOAC (and any other medication)

RINNOVO PIANO TERAPEUTICO ANTICOAGULANTI DIRETTI (DOACS)

COSA SERVE :

1. REFERTO DEI SEGUENTI ESAMI EMATOCHIMICI : EMOCROMO , AST-ALT , CREATININA , EGFR
2. PESO CORPOREO
3. COPIA DEL PIANO TERAPEUTICO IN SCADENZA
4. RICHIESTA DEL MMG DI VISITA CARDIOLOGICA PER RINNOVO DEL PIANO TERAPEUTICO
5. QUESTIONARIO ALLEGATO

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

I CARDIOLOGI DELLA CARDIOLOGIA 2 – OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO
ASL CITTA' DI TORINO

Gentile collega,

Ai fini del rinnovo del Piano Terapeutico dell'anticoagulante orale (DOAC) per il tuo paziente ,
ti invitiamo cortesemente a fornirci alcune informazioni compilando il questionario allegato .

Tale strumento ha lo scopo di verificare se nel corso dei 12 mesi di assunzione del DOAC, si
siano verificati eventi clinici che possano modificare la prescrizione del farmaco e che come tali
debbano essere segnalati all'AIFA .

Ti ringraziamo della tua preziosa collaborazione ,

I cardiologi della Cardiologia 2 – Ospedale San Giovanni Bosco
ASL Citta' di Torino

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER IL RINNOVO DEL PIANO TERAPEUTICO DOAC

Il paziente :

- | | | |
|---|----|----|
| • Assume terapia concomitante con farmaci antiaggreganti | Sì | No |
| • Ha avuto eventi emorragici | Sì | No |
| • Sono state necessarie trasfusioni | Sì | No |
| • Ha avuto un IMA /sindrome coronarica acuta nell'ultimo anno | Sì | No |
| • Ha avuto un ictus/ attacco ischemico transitorio | Sì | No |
| • Ha avuto un'embolia | Sì | No |
| • E' stata necessaria una sospensione della terapia | Sì | No |

Data

Firma

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

