

Aiuto alla decisione per il paziente

Fibrillazione atriale: farmaci d'aiuto nella riduzione del rischio di ictus – quali sono le opzioni disponibili?

<http://guidance.nice.org.uk/CG180/PatientDecisionAid/pdf/English>

Pubblicato: Giugno 2014

Aiuto alla decisione: informazioni

Queste informazioni hanno lo scopo di aiutarla a decidere se eventualmente assumere un anticoagulante che riduca il rischio di ictus e, in caso affermativo, quale tipologia. Tale decisione può dipendere da diversi fattori che questo documento ha lo scopo di illustrare. Alcune persone riterranno che alcuni di questi fattori siano più importanti per loro di quanto lo possano essere per altri, quindi è importante che prenda la decisione che, dal suo punto di vista, è più giusta per lei.

È possibile che le sia stata da poco diagnosticata una fibrillazione atriale (in breve: FA) o è possibile che stia pensando di cambiare trattamento anticoagulante. Questo documento è stato ideato e realizzato affinché possa collaborare con il medico che la sta aiutando a decidere sul da farsi. Le potrebbe anche essere utile qualora desiderasse discutere della decisione che ha preso con i suoi famigliari o amici.

Le informazioni si basano sulle raccomandazioni relative agli anticoagulanti contenute nella [linea guida del NICE sulla fibrillazione atriale](#). La linea guida tratta tutta l'assistenza e i trattamenti previsti, ed è illustrata nel nostro documento [informazioni per il pubblico](#) che riguarda proprio la linea guida.

Le linee guida NICE offrono agli operatori sanitari consigli sulle cure e l'assistenza che vanno erogate alle persone che usufruiscono di servizi sanitari e di quelli legati all'assistenza. È suo diritto essere coinvolto nelle discussioni e prendere decisioni informate in merito al trattamento e all'assistenza che riceverà con il team medico che la segue. Le devono essere fornite informazioni rilevanti che le illustrino le opzioni possibili in modo chiaro e semplice. Per ulteriori informazioni, consultare la sezione [About care in the NHS](#) (Informazioni sull'assistenza nel servizio sanitario britannico) nel sito web del NICE.

Indice

<u>Che cos'è la fibrillazione atriale?</u>	4
<u>Opzioni terapeutiche per ridurre il rischio di ictus (panoramica)</u>	5
<u>Uso del presente aiuto alla decisione per agevolare la scelta</u>	6
<u>Ulteriori informazioni sulle opzioni terapeutiche (informazioni dettagliate)</u>	8
<u>Cosa ne pensa delle opzioni</u>	15
<u>Rischio di ictus ischemico collegato a FA - benefici del trattamento anticoagulante a 1 anno nelle persone con fibrillazione atriale: grafici</u>	17
<u>Rischio di emorragia maggiore – effetti del trattamento anticoagulante a 1 anno nelle persone con fibrillazione atriale: grafici</u>	28
<u>Sistemi di valutazione del rischio di ictus e di emorragia</u>	38

Che cos'è la fibrillazione atriale?

La fibrillazione atriale è una condizione che colpisce il cuore, facendolo battere in modo irregolare e troppo rapido. Quando si manifesta, il sangue non circola correttamente nel cuore e nel resto del corpo. Ciò significa che, per le persone che soffrono di FA, il rischio di sviluppo di coaguli di sangue può essere maggiore. I coaguli di sangue possono ostruire i vasi sanguigni. L'ictus può insorgere se un coagulo ostruisce un vaso sanguigno del cervello. Questo è il tipo di ictus più comune, e viene detto "ictus ischemico". In assenza di una corretta irrorazione sanguigna, le cellule del cervello possono subire danni o essere distrutte perché non ricevono ossigeno a sufficienza (che viene trasportato dal sangue). Un ictus può avere effetti su molte diverse funzioni del corpo a seconda dell'area del cervello coinvolta. I sintomi dell'ictus possono comprendere:

- intorpidimento
- debolezza o assenza di movimento in un lato del corpo
- difficoltà di parola
- difficoltà a trovare le parole o a capire un discorso
- problemi di vista
- stato confusionale.

A volte l'ictus è di una gravità tale da uccidere immediatamente la persona colpita. I coaguli di sangue che si formano come conseguenza della FA possono a volte provocare problemi ostruendo i vasi sanguigni in altre parti del corpo.

A seconda del punto del corpo in cui si formano, diversi organi potrebbero subire gravi danni perché non ricevono abbastanza ossigeno.

Le organizzazioni elencate qui di seguito possono dare ulteriori informazioni e assistenza per le persone con FA. Tenga presente che il NICE non è responsabile della qualità o attendibilità delle informazioni o consigli forniti da queste organizzazioni.

- AF Association, Helpline 01789 451 837 www.atrialfibrillation.org.uk
- Arrhythmia Alliance, Helpline 01789 450 787 www.arrhythmiaalliance.org.uk
- The Stroke Association, Stroke Helpline 0303 303 3100 www.stroke.org.uk
- British Heart Foundation, Heart Information Line 0300 330 3311 www.bhf.org.uk
- Northern Ireland Chest, Heart and Stroke Association, 028 9032 0184 www.nichsa.com
- Different Strokes, 0845 130 7172 www.differentstrokes.co.uk

Può inoltre visitare la sezione NHS Choices (www.nhs.uk) per ulteriori informazioni.

Opzioni terapeutiche per ridurre il rischio di ictus

A molte persone che soffrono di FA viene chiesto di prendere in considerazione l'uso di un farmaco detto "anticoagulante". Ciò viene proposto per ridurre il rischio di ictus ischemico provocato dalla FA. Gli anticoagulanti rallentano la coagulazione del sangue (a volte questo effetto è detto "fluidificazione del sangue"). Ciò riduce il rischio che un vaso sanguigno del cervello venga ostruito da un coagulo. Gli anticoagulanti riducono anche il rischio della formazione di coaguli di sangue che causano problemi in altre parti del corpo. Di norma, il trattamento con un anticoagulante è a lungo termine.

Potrà scegliere se prendere un anticoagulante oppure no. Se deciderà di prenderne uno, dovrà decidere quale desidera usare. Questo aiuto alla decisione serve per aiutarla a valutare le opzioni e a giungere a una decisione che sia giusta per lei.

Se sceglie di prendere un anticoagulante, può scegliere il warfarin o uno dei farmaci più recenti come apixaban, dabigatran o rivaroxaban. Il warfarin è usato da molti anni per ridurre il rischio di ictus nei soggetti con FA. Appartiene a un gruppo di farmaci detti antagonisti della vitamina K.

Apixaban, dabigatran e rivaroxaban sono stati messi sul mercato negli ultimi anni e agiscono in modo diverso rispetto al warfarin, quindi sono spesso detti anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K o NOAC.

Rischio di emorragia interna maggiore

Rallentando la coagulazione del sangue si riduce il rischio di ictus ischemico. Ma i coaguli di sangue sono anche lo strumento con cui il corpo smette di sanguinare quando ci si ferisce. Quindi, nonostante gli anticoagulanti siano in grado di ridurre il rischio di ictus ischemico, essi fanno anche aumentare il rischio di emorragie. Ciò significa che è più facile avere epistassi ed ecchimosi, e anche avere emorragie interne maggiori (cioè gravi ed eccessive). Le emorragie maggiori hanno particolare probabilità di manifestarsi dopo una lesione o durante un intervento chirurgico. Gli effetti di un'emorragia maggiore dipendono dal punto del corpo in cui essa si manifesta, ed è più pericolosa se avviene nel cervello. Ciò può provocare un altro tipo di ictus, detto "ictus emorragico". Le emorragie possono anche verificarsi in altre parti del corpo, come nell'intestino. Le emorragie maggiori che avvengono al di fuori del cervello vanno di norma trattate con una trasfusione di sangue. A volte le emorragie maggiori possono essere fatali, in particolare se avvengono all'interno del cervello o se non sono trattate immediatamente.

Aspirina

In passato, ad alcuni soggetti con FA si proponeva l'aspirina per ridurre il rischio di ictus. Come gli anticoagulanti, l'aspirina aiuta a evitare la formazione di coaguli di sangue e che questi vadano a ostruire i vasi sanguigni, ma le nuove evidenze mostrano che è molto meno efficace di quanto si credesse in precedenza nella prevenzione dell'ictus ischemico nei soggetti con FA. Ha inoltre più probabilità di provocare emorragie maggiori di quanto si ritenesse in passato. Quindi il NICE non raccomanda più che le persone con FA assumano aspirina solo per ridurre il rischio di ictus. Se sta assumendo aspirina per questo motivo, potrebbe voler prendere in considerazione il passaggio a un altro trattamento anticoagulante. È anche possibile che stia usando aspirina per un altro motivo (ad esempio, perché ha avuto un attacco cardiaco in passato). Se la sua situazione è una di quelle appena descritte, dovrebbe discuterne con il suo medico.

Uso del presente aiuto alla decisione per agevolare la scelta

Tutti i vari agenti anticoagulanti riducono il rischio di ictus ischemico provocato da FA, ma fanno anche aumentare il rischio di emorragie maggiori, rischio che potrebbe persino includere quello di ictus emorragico. Ciascun trattamento ha inoltre altri vantaggi e svantaggi che persone diverse percepiscono e considerano in modo diverso. Questo aiuto alla decisione serve a fornirle le informazioni circa tali vantaggi/svantaggi per aiutarla, e aiutare il suo medico, a fare la miglior scelta possibile per lei.

Non tutte le opzioni terapeutiche possono essere adatte o possibili per lei sulla base delle sue particolari necessità e di altre condizioni mediche che lei può avere, ad esempio se soffre di certi tipi di problemi renali. Il suo medico le dirà se rientra in questi casi.

Questo aiuto alla decisione contiene molte informazioni su cui dovrà riflettere prima di decidere se assumere o meno un anticoagulante e, se deciderà di iniziare il trattamento, quale desidera usare. **Nel caso in cui le sia stata appena diagnosticata FA, dovrà prendere una decisione in tempi brevi (preferibilmente entro qualche giorno), ma la maggior parte delle persone non devono prendere immediatamente una decisione.** Potrebbe voler discutere della sua decisione con il suo medico, i suoi famigliari o amici.

Il trattamento con un anticoagulante è di norma a lungo termine, quindi è importante che la sua scelta la soddisfi. Una volta presa una decisione, può cambiare idea in seguito se lo desidera o se la sua situazione cambia. Anche il rischio di ictus e di emorragie maggiori può cambiare con il tempo, quindi il suo medico rivaluterà il rischio una volta l'anno. Se per ora decide di non prendere anticoagulanti, dovrà ripensare la sua decisione in quel frangente.

Quali sono le raccomandazioni del NICE?

Il NICE raccomanda che la maggior parte delle persone con FA pensino a iniziare una terapia anticoagulante, prendendo in considerazione la loro probabilità di ictus ischemico e la probabilità di emorragie maggiori. Il NICE raccomanda inoltre che il medico ricorra ai punteggi di rischio per stimare il rischio di ictus (detto CHA_2DS_2-VASc) e il rischio di emorragia (detto HAS-BLED): vedere [Sistemi di valutazione del rischio di ictus e di emorragia](#) alla fine del presente aiuto alla decisione. Le classi di rischio si basano su fattori come l'età e l'eventuale presenza di altre condizioni mediche. Più è alto il punteggio, maggiore è la probabilità di avere un ictus o un'emorragia maggiore. Tuttavia, è importante ricordare che:

- nessuno può dire cosa accadrà a un singolo individuo.
- Anche se i suoi punteggi secondo entrambi i sistemi sono bassi o pari a zero, potrebbe comunque avere un ictus ischemico o un'emorragia maggiore.
- Se i suoi punteggi sono alti, ciò non significa che avrà senza dubbio un ictus ischemico o un'emorragia maggiore.
- L'assunzione di un anticoagulante evita ad alcune persone di avere un ictus ischemico provocato dalla FA, ma alcune persone avranno comunque un ictus anche se assumono un anticoagulante.
- Nonostante l'uso di un anticoagulante aumenti il rischio di emorragia maggiore, questa complicanza non si manifesterà in molte persone che assumono questo farmaco; alcune persone hanno un'emorragia maggiore anche se non assumono anticoagulanti.

Il mio punteggio CHA_2DS_2-VASc è _____

Il mio punteggio HAS-BLED è _____

Ulteriori informazioni sulle opzioni terapeutiche per ridurre il rischio di ictus ischemico

Le informazioni contenute nelle pagine successive considerano le domande su cui le persone con FA desiderano riflettere e discutere più frequentemente con il proprio medico quando devono decidere quale opzione scegliere. Sono inoltre presenti grafici che mostrano i benefici e i rischi delle varie scelte mediante immagini che possono aiutarla a decidere. Nel sito web del NICE è anche disponibile una [guida all'uso](#) , scritta principalmente per i medici. Essa spiega come è stato predisposto il presente aiuto alla decisione e le fonti delle informazioni utilizzate.

Fibrillazione atriale: aiuto alla decisione fra le opzioni anticoagulanti

Domanda	Non assume nulla	Assume warfarin	Assume un NOAC (apixaban, dabigatran o rivaroxaban)
<p>1. Cosa implica l'opzione?</p>	<p>Lei non assumerà alcun trattamento anticoagulante.</p>	<p>Lei assumerà 1 o più compresse del farmaco al giorno, di norma la sera. La dose verrà adeguata sulla base degli esiti delle analisi del sangue (vedere domanda n° 5) e riceverà istruzioni scritte in merito al numero di compresse da assumere. Normalmente, il trattamento con il warfarin è a lungo termine.</p>	<p>Assumerà 1 compressa di apixaban due volte al giorno, o 1 capsula di dabigatran due volte al giorno, o 1 compressa di rivaroxaban una volta al giorno. La dose non subirà variazioni. Normalmente, il trattamento con un NOAC è a lungo termine.</p>
<p>2. Ciò ridurrà il mio rischio di ictus?</p>	<p>I grafici alle pagine 15–25 mostrano il rischio di ictus sulla base del suo punteggio CHA₂DS₂- VASc, in un periodo di 1 anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero il rischio in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca.</p>	<p>Sì. I grafici alle pagine 15– 25 mostrano l'entità della riduzione del rischio per opera degli anticoagulanti, sulla base del suo punteggio CHA₂DS₂- VASc, in un periodo di 1 anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero gli effetti in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca.</p>	<p>Sì. I grafici alle pagine 15– 25 mostrano l'entità della riduzione del rischio per opera degli anticoagulanti, sulla base del suo punteggio CHA₂DS₂- VASc, in un periodo di 1 anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero gli effetti in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca.</p>

Domanda	Non assume nulla	Assume warfarin	Assume un NOAC (apixaban, dabigatran o rivaroxaban)
<p>3. Aumenterà il mio rischio di emorragia maggiore?</p>	<p>I grafici alle pagine 26–35 mostrano il rischio di emorragia maggiore, sulla base del suo punteggio HAS-BLED, in un periodo di 1 anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero il rischio in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca.</p>	<p>Sì. I grafici alle pagine 26– 35 mostrano l'entità dell'aumento del rischio di emorragia maggiore per opera degli anticoagulanti, sulla base del suo punteggio HAS-BLED, in un periodo di 1 anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero gli effetti in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca.</p>	<p>Sì. I grafici alle pagine 26– 35 mostrano l'entità dell'aumento del rischio di emorragia maggiore per opera degli anticoagulanti, sulla base del suo punteggio HAS-BLED, in un periodo di 1 anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero gli effetti in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca.</p>
<p>4. Quali sono gli altri effetti indesiderati principali?</p>	<p>La domanda non è pertinente a questa opzione.</p>	<p>Il warfarin può causare effetti indesiderati ma non si manifestano in tutte le persone. L'effetto indesiderato più comune è l'emorragia, compresa ecchimosi ed epistassi. Per ulteriori informazioni sul warfarin, consultare il foglietto illustrativo del produttore, come quello disponibile a questo link.</p>	<p>I NOAC possono causare effetti indesiderati ma non si manifestano in tutte le persone. L'effetto indesiderato più comune a seguito dell'assunzione di NOAC è l'emorragia, compresa ecchimosi ed epistassi. Per ulteriori informazioni, consultare il foglietto illustrativo del produttore di apixaban, dabigatran e rivaroxaban.</p>

Domanda	Non assume nulla	Assume warfarin	Assume un NOAC (apixaban, dabigatran o rivaroxaban)
<p>5. Dovrò fare regolarmente le analisi del sangue?</p>	<p>La domanda non è pertinente a questa opzione.</p>	<p>Sì. Nelle prime settimane o mesi, dovrà sottoporsi frequentemente ad analisi del sangue. Dopodiché, la maggior parte delle persone dovrà sottoporsi a controlli ogni 1-2 mesi. Alcune persone avranno bisogno di ripetere le analisi con maggiore o minore frequenza, e alcune sono in grado di provvedere da sole all'analisi.</p>	<p>Sì. Dovrà fare le analisi del sangue prima di iniziare il trattamento per verificare la corretta funzionalità del fegato e dei reni. Successivamente le analisi andranno ripetute una volta l'anno, ma non con maggiore frequenza a meno che lei non abbia certe altre condizioni mediche come ad esempio problemi al fegato o ai reni.</p>
<p>6. Cosa succede se dimentico di prendere una dose?</p>	<p>La domanda non è pertinente a questa opzione.</p>	<p>Deve assumere il warfarin secondo la prescrizione ogni giorno alla stessa ora. Se ritiene di aver saltato l'assunzione di una dose o se avesse erroneamente assunto una dose in più, deve seguire le istruzioni riportate nell'opuscolo informativo che le sarà consegnato, o dovrà rivolgersi, per un consulto, al medico che sta monitorando la sua terapia con warfarin.</p>	<p>È importante assumere il NOAC secondo la prescrizione: una volta al giorno (rivaroxaban) o due volte al giorno (apixaban o dabigatran). L'effetto protettivo del NOAC sul rischio di ictus può scomparire 12-24 ore dopo l'assunzione della dose. Se ritiene di aver saltato l'assunzione di una dose o se avesse assunto una dose in più per sbaglio, dovrà seguire le istruzioni riportate nel foglietto illustrativo che le sarà consegnato, o dovrà consultarsi con il suo medico.</p>

Domanda	Non assume nulla	Assume warfarin	Assume un NOAC (apixaban, dabigatran o rivaroxaban)
<p>7. Dovrò cambiare le mie abitudini alimentari?</p>	<p>La domanda non è pertinente a questa opzione.</p>	<p>Avere un'alimentazione bilanciata è importante. Deve chiedere consiglio al medico prima di apportare variazioni significative alla sua alimentazione, in particolare se assume molti alimenti ricchi di vitamina K (come verdura a foglia verde e altri alimenti). Questo perché alterazioni significative della propria alimentazione potrebbero influire sul modo in cui il suo corpo risponde al warfarin. In merito a ciò, riceverà informazioni scritte. Deve evitare di bere succo di mirtillo. Se beve alcolici, deve attenersi alle linee guida nazionali sulla quantità "sicura" per il consumo di alcol, e non bere mai smodatamente.</p>	<p>No, non c'è alcun bisogno di cambiare le Sue abitudini alimentari.</p>

Domanda	Non assume nulla	Assume warfarin	Assume un NOAC (apixaban, dabigatran o rivaroxaban)
8. Il farmaco interagirà con gli altri medicinali che prendo?	La domanda non è pertinente a questa opzione.	Il warfarin può interagire con diversi farmaci, inclusi i farmaci da banco e i preparati erboristici. È molto importante chiedere consiglio al medico prima di iniziare o interrompere l'assunzione di qualsiasi medicinale.	I NOAC possono interagire con diversi farmaci, inclusi i farmaci da banco e i preparati erboristici. È molto importante chiedere consiglio al medico prima di iniziare o interrompere l'assunzione di qualsiasi medicinale.
9. Cosa succede se ho bisogno di un intervento chirurgico non urgente, compresi quelli odontoiatrici?	La domanda non è pertinente a questa opzione.	È importante che informi chi l'ha in cura, compreso il suo dentista, che sta assumendo warfarin. Deve informarli molto prima del suo appuntamento e mostrare loro la scheda di sicurezza che le verrà consegnata. Di norma, si deve interrompere l'assunzione di warfarin 5 giorni prima dell'intervento programmato, e l'assunzione va ripresa subito dopo la sua esecuzione. Normalmente non è necessario interrompere l'assunzione di warfarin prima di un intervento chirurgico odontoiatrico, ma per aiutarla a decidere si può eseguire il test di coagulazione.	È importante che lei informi chi l'ha in cura, compreso il suo dentista, che sta assumendo un NOAC. Deve informarli molto prima del suo appuntamento e mostrare loro la scheda di sicurezza che le verrà consegnata. Di norma, si deve interrompere l'assunzione del NOAC 48 ore prima dell'intervento programmato o del trattamento odontoiatrico, e l'assunzione va ripresa subito dopo la sua esecuzione.

Domanda	Non assume nulla	Assume warfarin	Assume un NOAC (apixaban, dabigatran o rivaroxaban)
<p>10. Cosa succede se è necessario annullare gli effetti del farmaco durante un'emergenza (ad esempio dopo essersi feriti o prima di un intervento d'emergenza)?</p>	<p>La domanda non è pertinente a questa opzione.</p>	<p>Deve portare con sé la scheda di sicurezza che le sarà consegnata per informare chi le presta assistenza che sta prendendo il warfarin. Se ha subito una lesione grave o deve sottoporsi a un intervento urgente, vi sono maggiori probabilità di insorgenza di emorragia maggiore perché prende il warfarin.</p> <p>Può essere necessario cercare di annullare gli effetti del warfarin sulla coagulazione del sangue. I modi migliori per farlo sono ben consolidati ed è facile per il personale medico controllare l'effetto che il warfarin sta avendo sulla coagulazione. Tuttavia, non è sempre possibile annullare rapidamente o facilmente gli effetti del warfarin sulla coagulazione del sangue.</p>	<p>Deve portare con sé la scheda di sicurezza che le sarà consegnata per informare chi le presta assistenza che sta prendendo un NOAC. Se ha subito una lesione grave o deve sottoporsi a un intervento urgente, vi sono maggiori probabilità di insorgenza di emorragia maggiore perché prende un NOAC.</p> <p>Può essere necessario cercare di annullare gli effetti del NOAC sulla coagulazione del sangue. I modi migliori per farlo non sono ben consolidati ed è difficile per il personale medico controllare l'effetto che il NOAC sta avendo sulla coagulazione. Potrebbe non essere possibile annullare rapidamente o facilmente gli effetti del NOAC sulla coagulazione del sangue.</p>

Cosa ne pensa delle opzioni

Può usare la tabella per agevolare la riflessione sull'importanza che i vari problemi hanno per lei.

Problema	Quanto è importante per me?			
	Molto importante	Importante	Non importante	Decisamente non importante
Quali compresse o capsule dovrei prendere, e con quale frequenza				
L'effetto sul mio rischio di ictus ischemico collegato a FA				
L'effetto sul mio rischio di emorragia maggiore				
Altri effetti indesiderati principali				
Necessità di fare regolarmente le analisi del sangue				
Cosa può succedere se dimentico di prendere una dose				
Necessità di cambiare abitudini alimentari				
Eventuali interazioni del farmaco con gli altri medicinali che prendo				
Cosa può succedere se ho bisogno di un intervento chirurgico non urgente, compresi quelli odontoiatrici				
Cosa può succedere se gli effetti del farmaco vanno annullati durante un'emergenza				

Altre domande o questioni che desidero discutere con il mio medico

Rischio di ictus ischemico collegato a FA – benefici degli anticoagulanti

I grafici nelle pagine successive mostrano il rischio di ictus ischemico collegato a FA in un periodo di 1 un anno in gruppi da 1000 persone con fibrillazione atriale, sulla base del punteggio CHA₂DS₂-VASc, e gli effetti degli anticoagulanti su quel rischio. Essi mostrano gli effetti degli anticoagulanti come gruppo rispetto al non assumere alcun trattamento. Per ciascun punteggio CHA₂DS₂-VASc, le medesime informazioni sono mostrate in 2 modi diversi, perché alcune persone preferiscono un formato all'altro. Deve solo esaminare i grafici applicabili alle persone con il suo punteggio CHA₂DS₂-VASc.

- [Punteggio 1 del CHA₂DS₂-VASc](#)
- [Punteggio 2 del CHA₂DS₂-VASc](#)
- [Punteggio 3 del CHA₂DS₂-VASc](#)
- [Punteggio 4 del CHA₂DS₂-VASc](#)
- [Punteggio 5 del CHA₂DS₂-VASc](#)

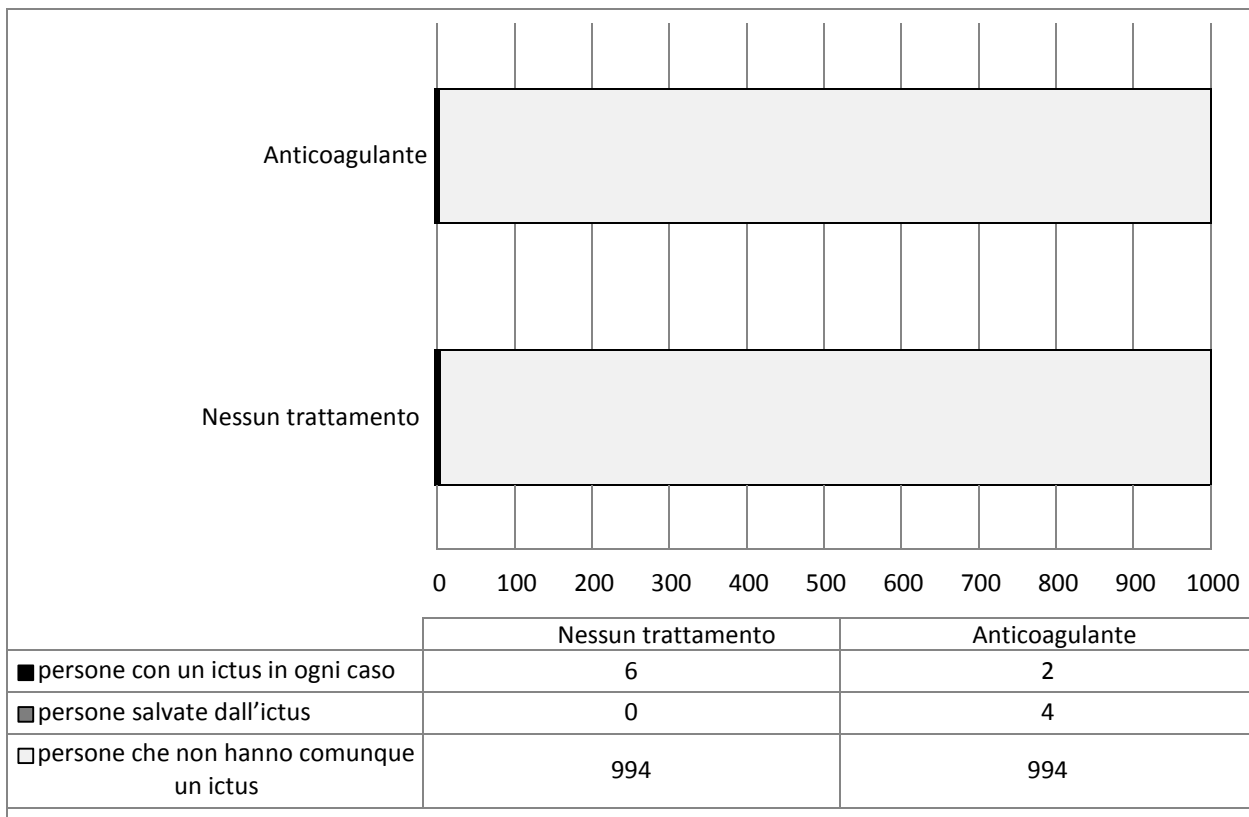
Nota: i grafici mostrano il rischio in un periodo di 1 solo anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero il rischio in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca. Ma si ricordi che la maggior parte delle persone assume i farmaci a lungo termine.

Punteggio 1 del CHA₂DS₂-VASc

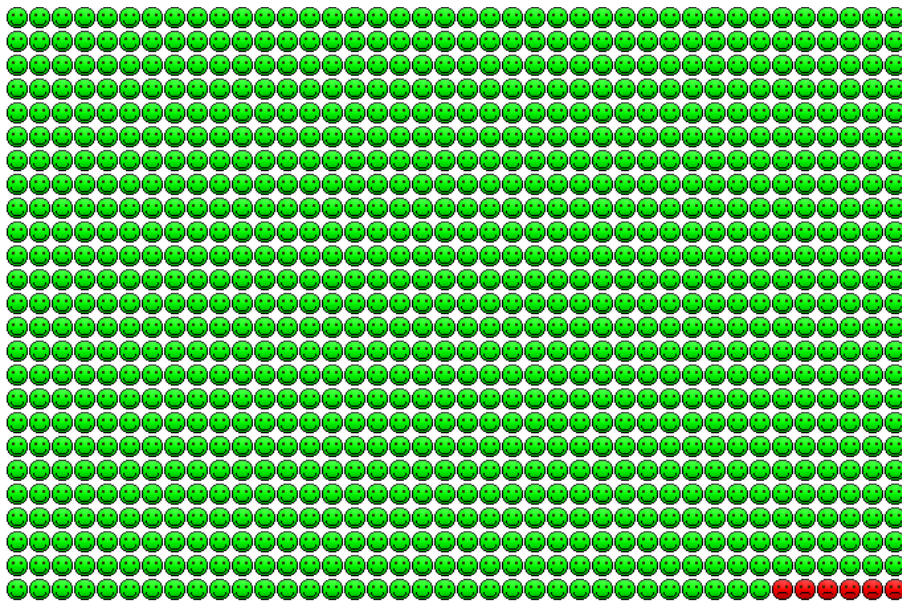
Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di ictus ischemico collegato a FA in un periodo di 1 anno in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio del CHA₂DS₂-VASc pari a 1. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 6 persone avrebbero un ictus collegato a FA e 994 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- 4 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA;
- 994 persone non avranno un ictus collegato a FA, ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 2 persone avranno comunque un ictus collegato a FA.

Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



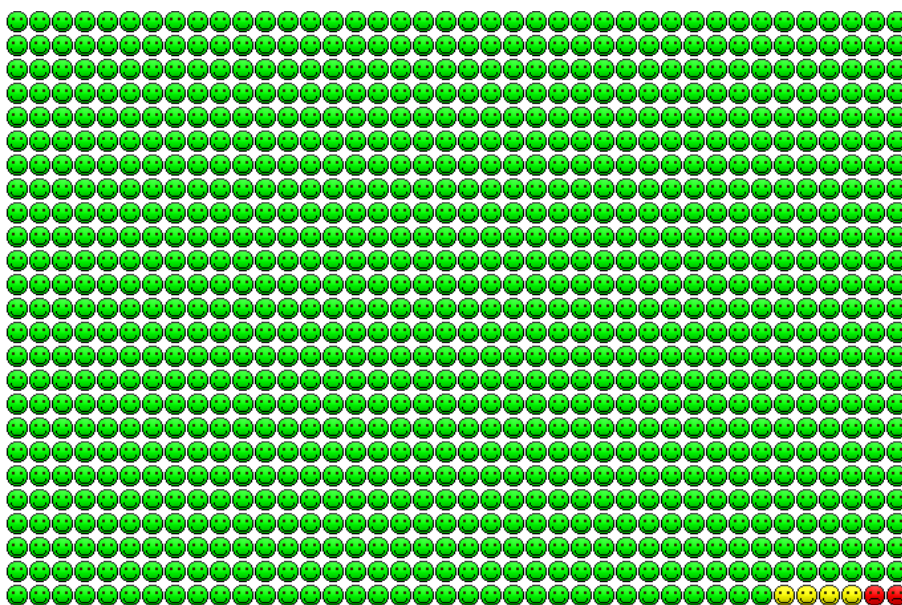
Nessun trattamento: Punteggio 1 del CHA₂DS₂-VASc



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 1 del CHA₂DS₂-VASc non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 994 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi);
- 6 persone avranno un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 1 del CHA₂DS₂-VASc



Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

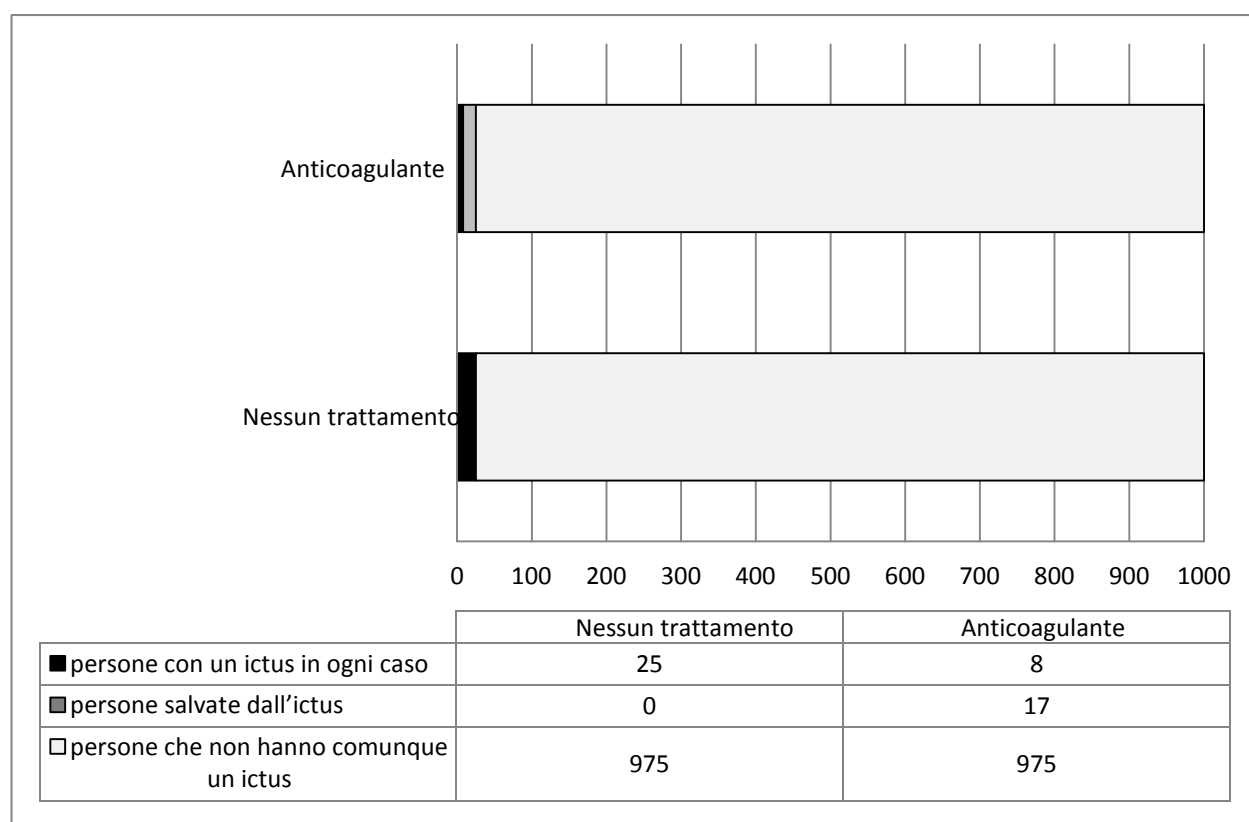
- 994 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi), ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 4 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA (le faccine gialle);
- 2 persone avranno comunque un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Punteggio 2 del CHA₂DS₂-VASc

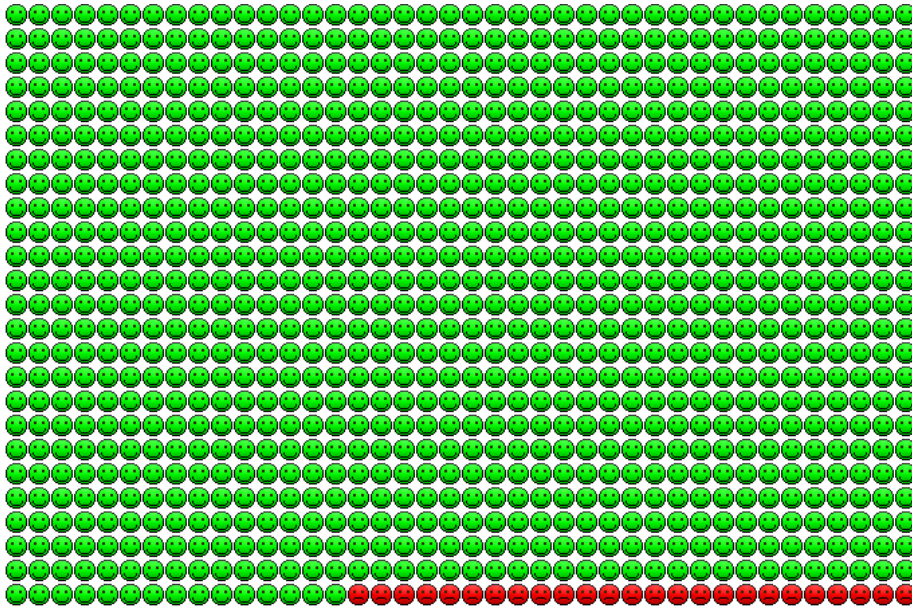
Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di ictus ischemico collegato a FA in un periodo di 1 anno in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio del CHA₂DS₂-VASc pari a 2. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 25 persone avrebbero un ictus collegato a FA e 975 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- 17 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA;
- 975 persone non avranno un ictus collegato a FA, ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 8 persone avranno comunque un ictus collegato a FA.

Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



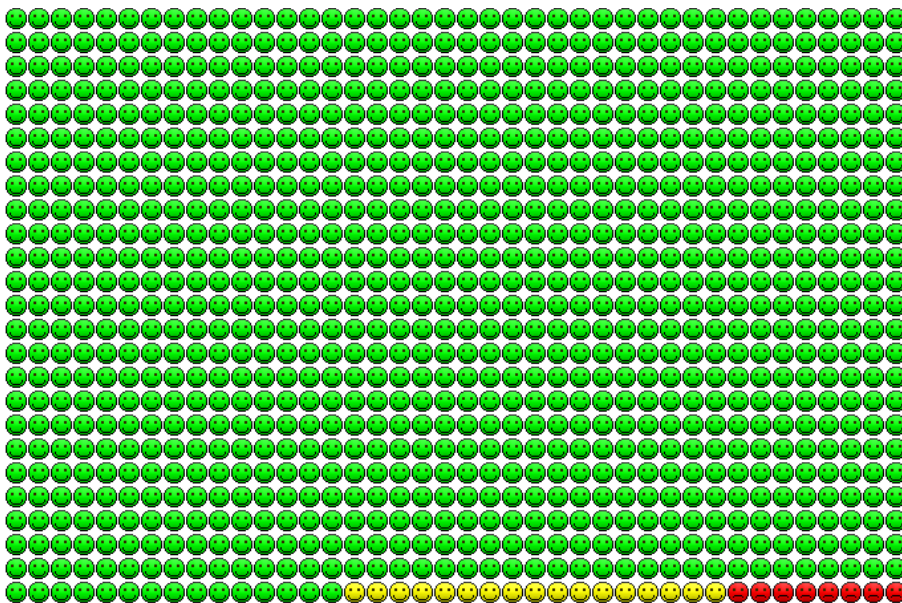
Nessun trattamento: Punteggio 2 del CHA₂DS₂-VASc



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 2 del CHA₂DS₂-VASc non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 975 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi)
- 25 persone avranno un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 2 del CHA₂DS₂-VASc



Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

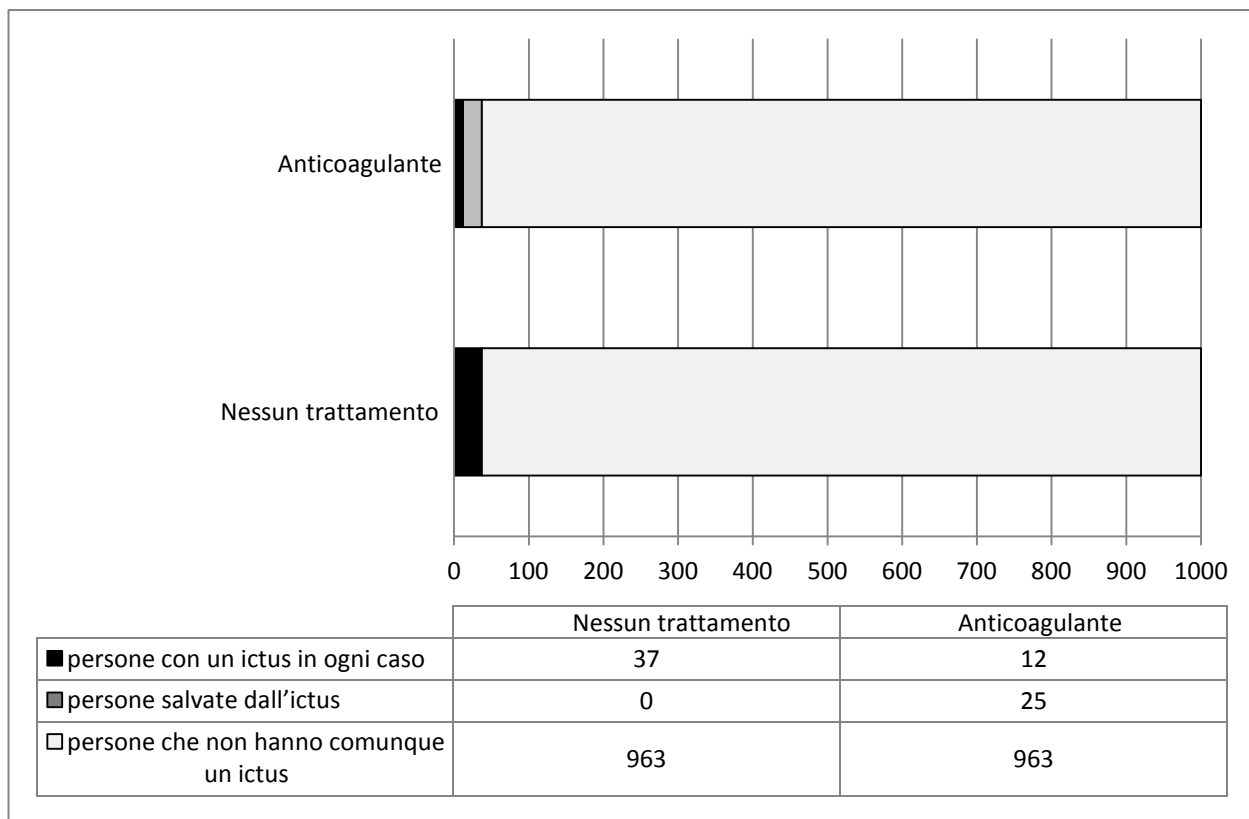
- 975 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi), ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 17 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA (le faccine gialle)
- 8 persone avranno comunque un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Punteggio 3 del CHA₂DS₂-VASc

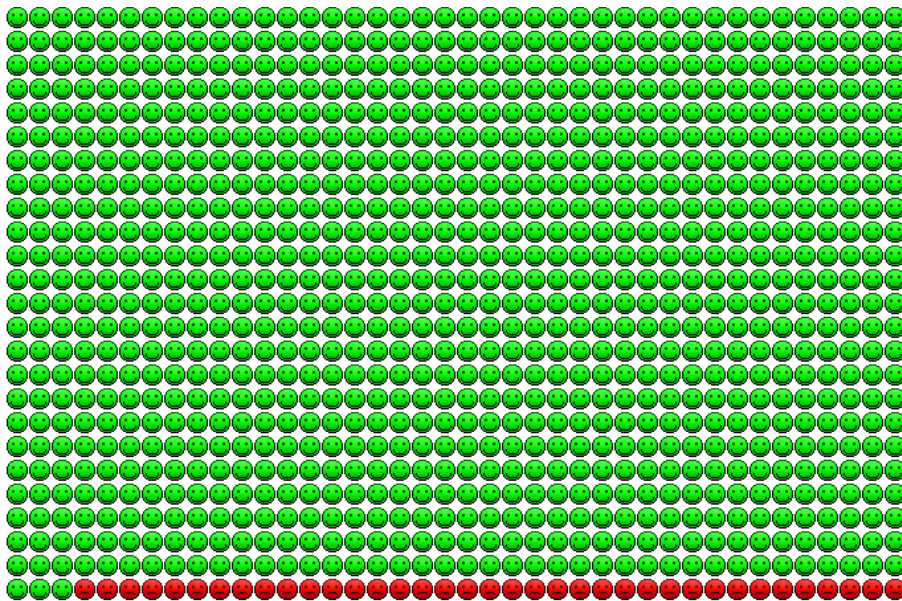
Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di ictus ischemico collegato a FA in un periodo di 1 anno in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio del CHA₂DS₂-VASc pari a 3. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 37 persone avrebbero un ictus collegato a FA e 963 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- 25 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA;
- 963 persone non avranno un ictus collegato a FA, ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 12 persone avranno comunque un ictus collegato a FA.

Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



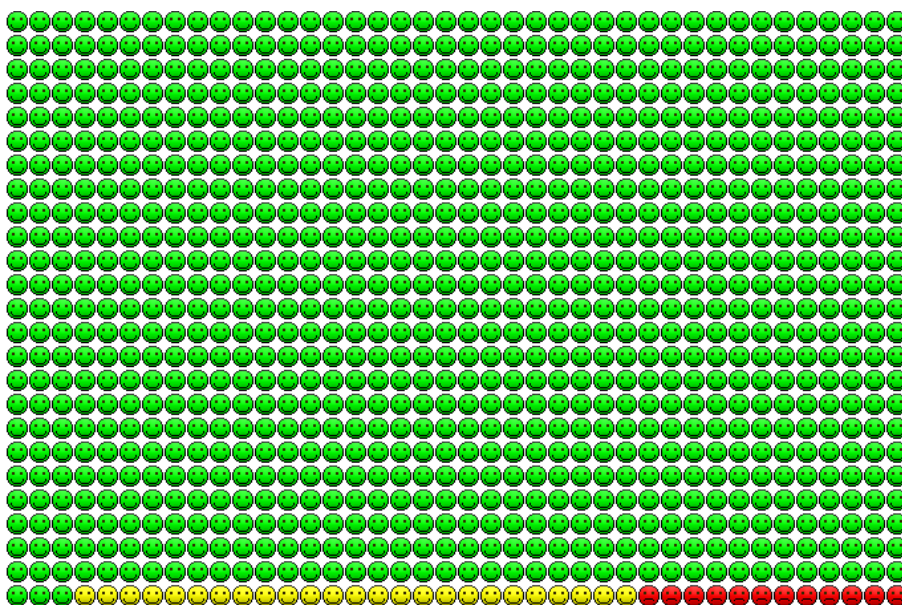
Nessun trattamento: Punteggio 3 del CHA₂DS₂-VASc



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 3 del CHA₂DS₂-VASc non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 963 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi)
- 37 persone avranno un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 3 del CHA₂DS₃-VASc



Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

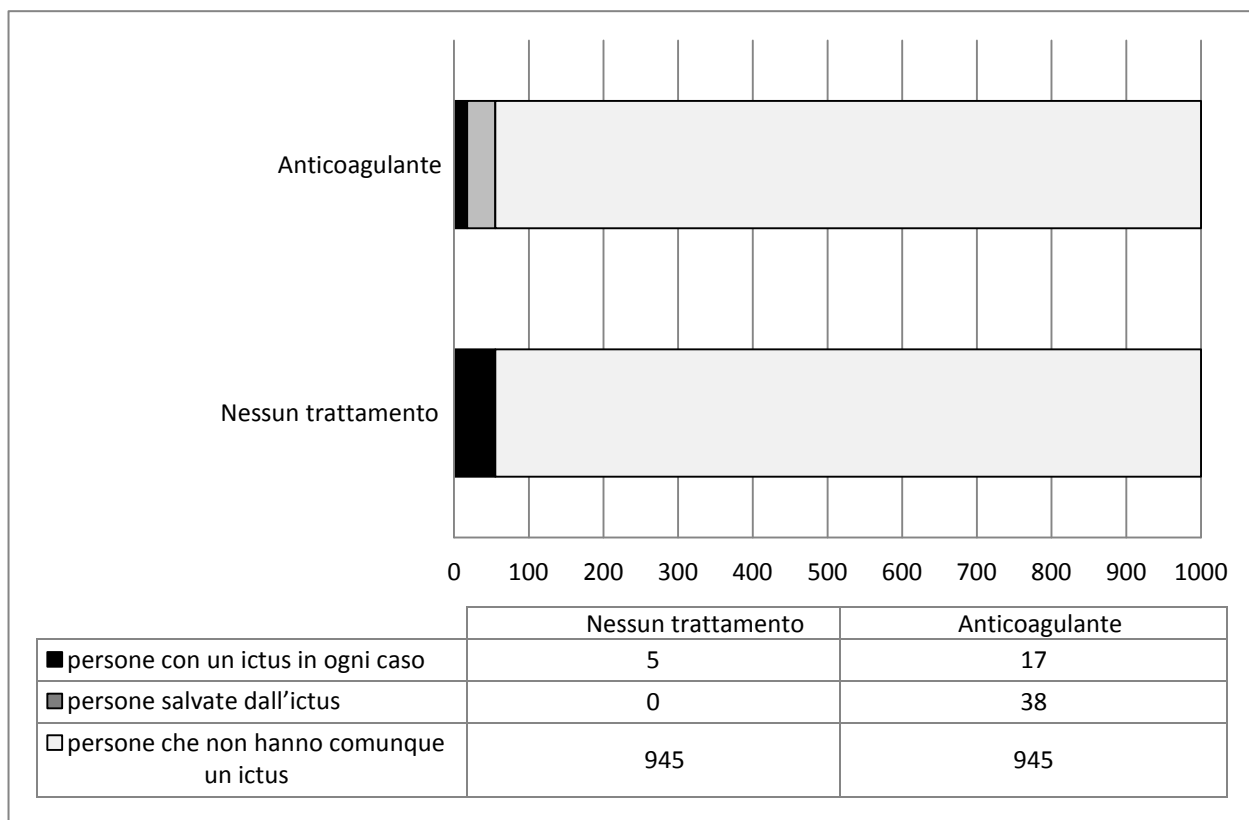
- 963 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi), ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 25 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA (le faccine gialle)
- 12 persone avranno comunque un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Punteggio 4 del CHA₂DS₂-VASc

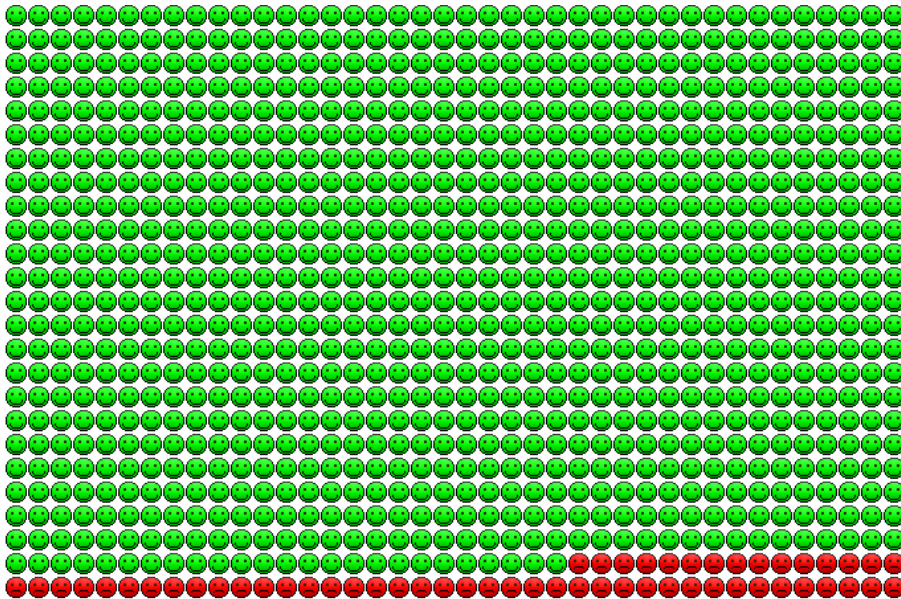
Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di ictus (ischemico) collegato a FA in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio del CHA₂DS₂-VASc pari a 4 **nel corso di un anno**. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 55 persone avrebbero un ictus collegato a FA e 945 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- 38 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA;
- 945 persone non avranno un ictus collegato a FA, ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 17 persone avranno comunque un ictus collegato a FA.

Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



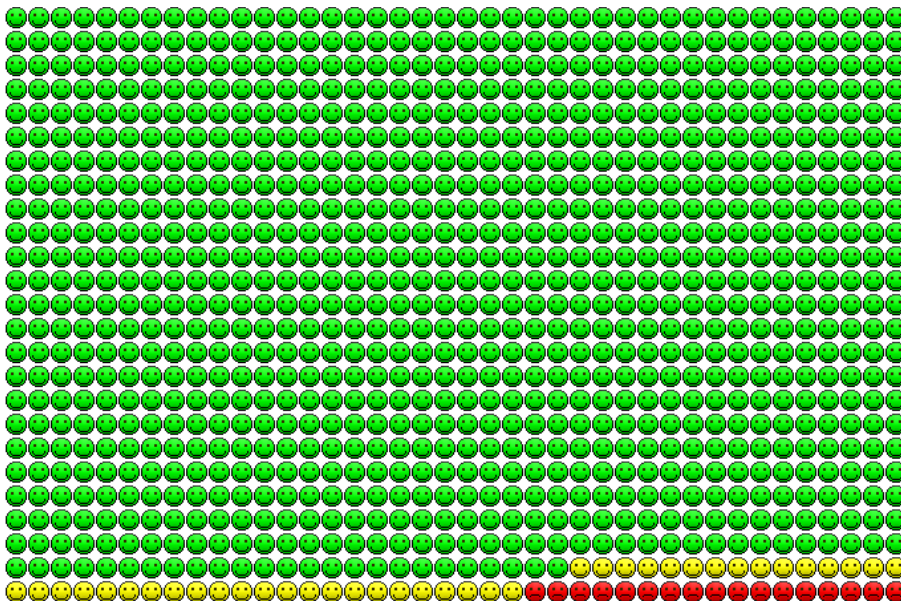
Nessun trattamento: Punteggio 4 del CHA₂DS₂-VASc



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 4 del CHA₂DS₂-VASc non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 945 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi)
- 55 persone avranno un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 4 del CHA₂DS₄-VASc



Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

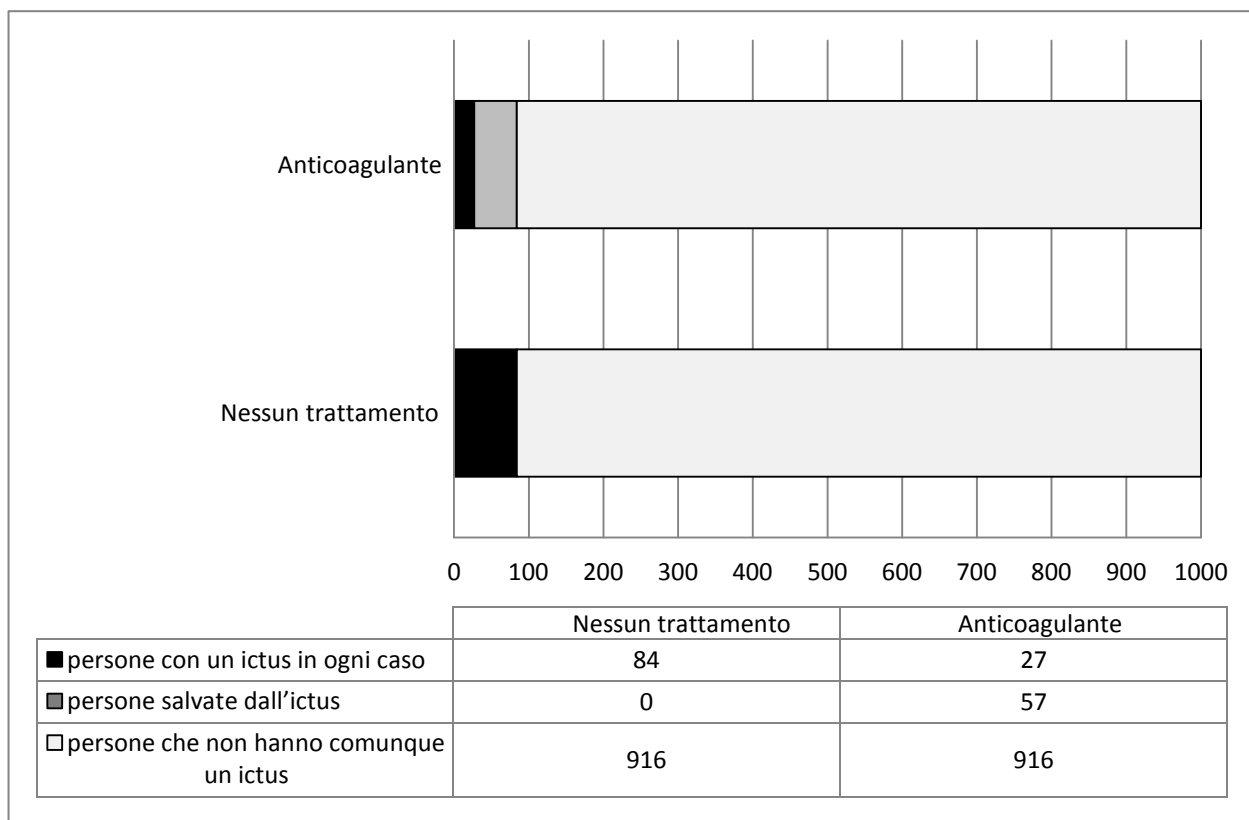
- 945 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi), ma questo non si sarebbe comunque manifestato
- 38 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA (le faccine gialle)
- 17 persone avranno comunque un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Punteggio 5 del CHA₂DS₂-VASc

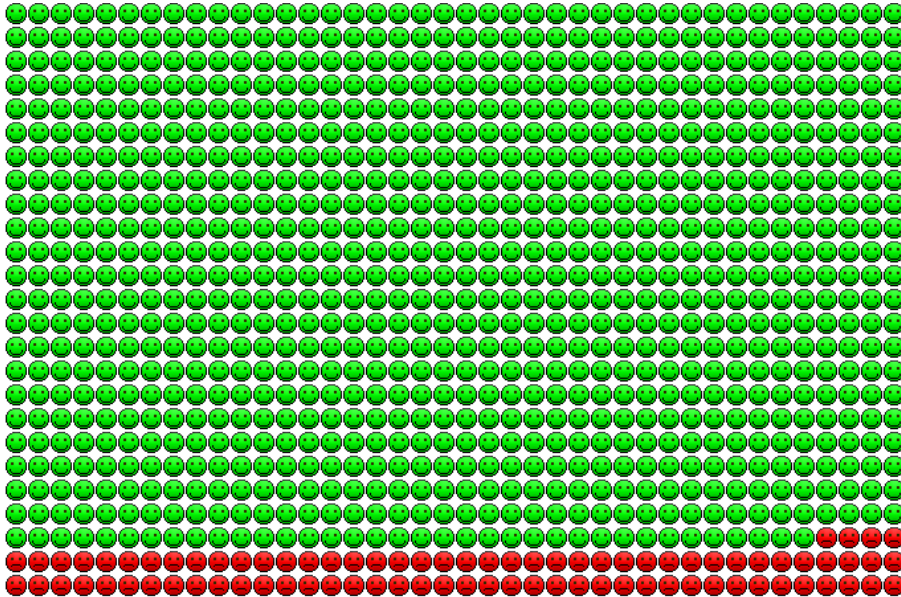
Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di ictus (ischemico) collegato a FA in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio del CHA₂DS₂-VASc pari a 5 **nel corso di un anno**. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 84 persone avrebbero un ictus collegato a FA e 916 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- 57 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA;
- 916 persone non avranno un ictus collegato a FA, ma questo non si sarebbe comunque manifestato;
- 27 persone avranno comunque un ictus collegato a FA.

Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



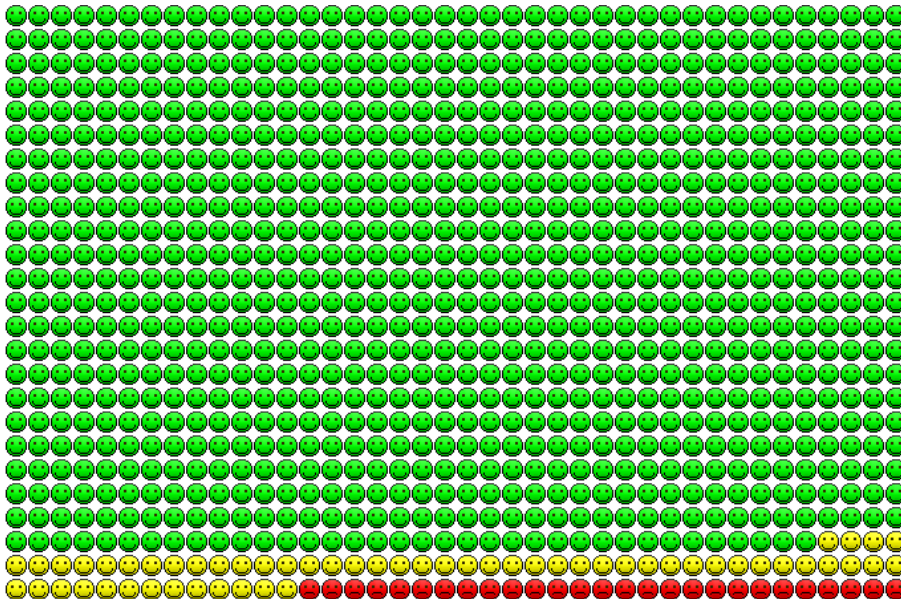
Nessun trattamento: Punteggio 5 del CHA₂DS₂-VASc



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 5 del CHA₂DS₂-VASc non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 916 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi)
- 84 persone avranno un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 5 del CHA₂DS₅-VASc



Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

- 916 persone non avranno un ictus collegato a FA (le faccine verdi), ma questo non si sarebbe comunque manifestato
- 57 persone si salveranno dall'ictus collegato a FA (le faccine gialle)
- 27 persone avranno comunque un ictus collegato a FA (le faccine rosse).

Rischio di emorragia maggiore – effetti degli anticoagulanti

I grafici nelle pagine successive mostrano il rischio di emorragia maggiore in un periodo di 1 un anno in gruppi da 1000 persone con fibrillazione atriale, sulla base del punteggio HAS-BLED, e gli effetti degli anticoagulanti su quel rischio. Essi mostrano gli effetti degli anticoagulanti come gruppo rispetto al non assumere alcun trattamento. Per ciascun punteggio HAS-BLED, le medesime informazioni sono mostrate in 2 modi diversi, perché alcune persone preferiscono un formato all'altro. Deve solo esaminare i grafici applicabili a persone con il suo punteggio HAS-BLED.

- [Punteggio 0 dell'HAS-BLED](#)
- [Punteggio 1 dell'HAS-BLED](#)
- [Punteggio 2 dell'HAS-BLED](#)
- [Punteggio 3 dell'HAS-BLED](#)
- [Punteggio 4 dell'HAS-BLED](#)

Nota: i grafici mostrano il rischio in un periodo di 1 solo anno. Non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero il rischio in periodi di tempo più lunghi in quanto non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca. Ma si ricordi che la maggior parte delle persone assume i farmaci a lungo termine.

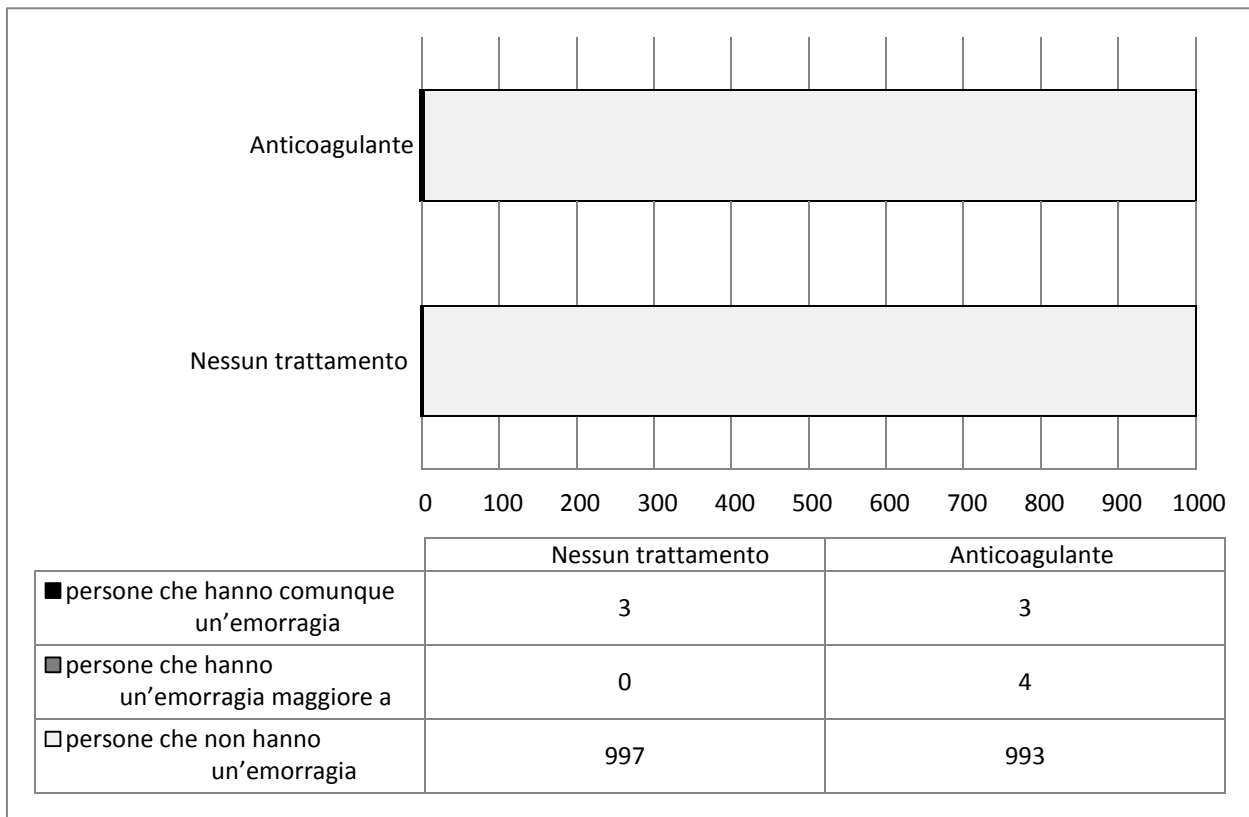
Punteggio 0 dell'HAS-BLED

Le informazioni utili sul rischio di emorragia maggiore in persone con fibrillazione atriale e un punteggio HAS-BLED pari a 0 sono disponibili in quantità molto esigua. È probabile che il rischio sia basso, sia che la persona prenda un anticoagulante oppure no. Tuttavia, non ci è stato possibile realizzare dei grafici che mostrassero il rischio in questo caso perché non vi è disponibilità di dati attendibili dalle attività di ricerca.

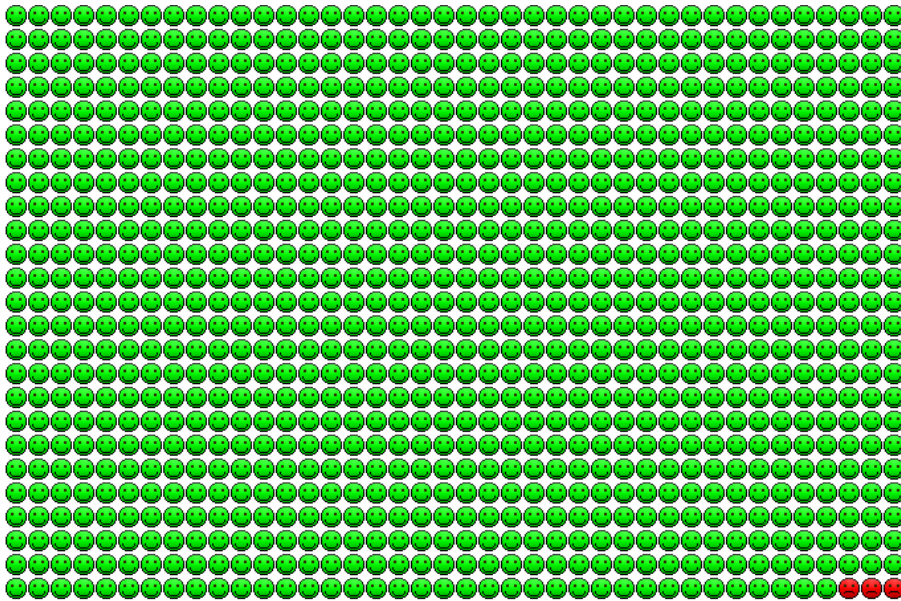
Punteggio 1 dell’HAS-BLED

Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di emorragia maggiore **nel corso di un anno** in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio HAS-BLED pari a 1. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 3 persone avrebbero un’emorragia maggiore e 997 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- altre 4 persone avranno un’emorragia maggiore;
- 993 persone non avranno un’emorragia maggiore;
- 3 persone avranno un’emorragia maggiore, ma questa si sarebbe comunque manifestata; Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



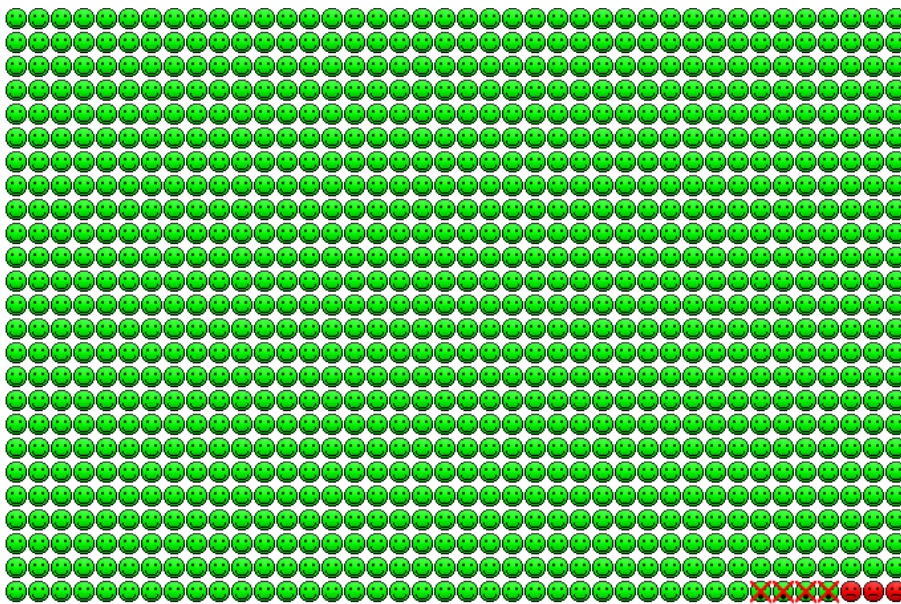
Nessun trattamento: Punteggio 1 dell'HAS-BLED



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 1 dell'HAS-BLED non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 997 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi);
- 3 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 1 dell'HAS-BLED



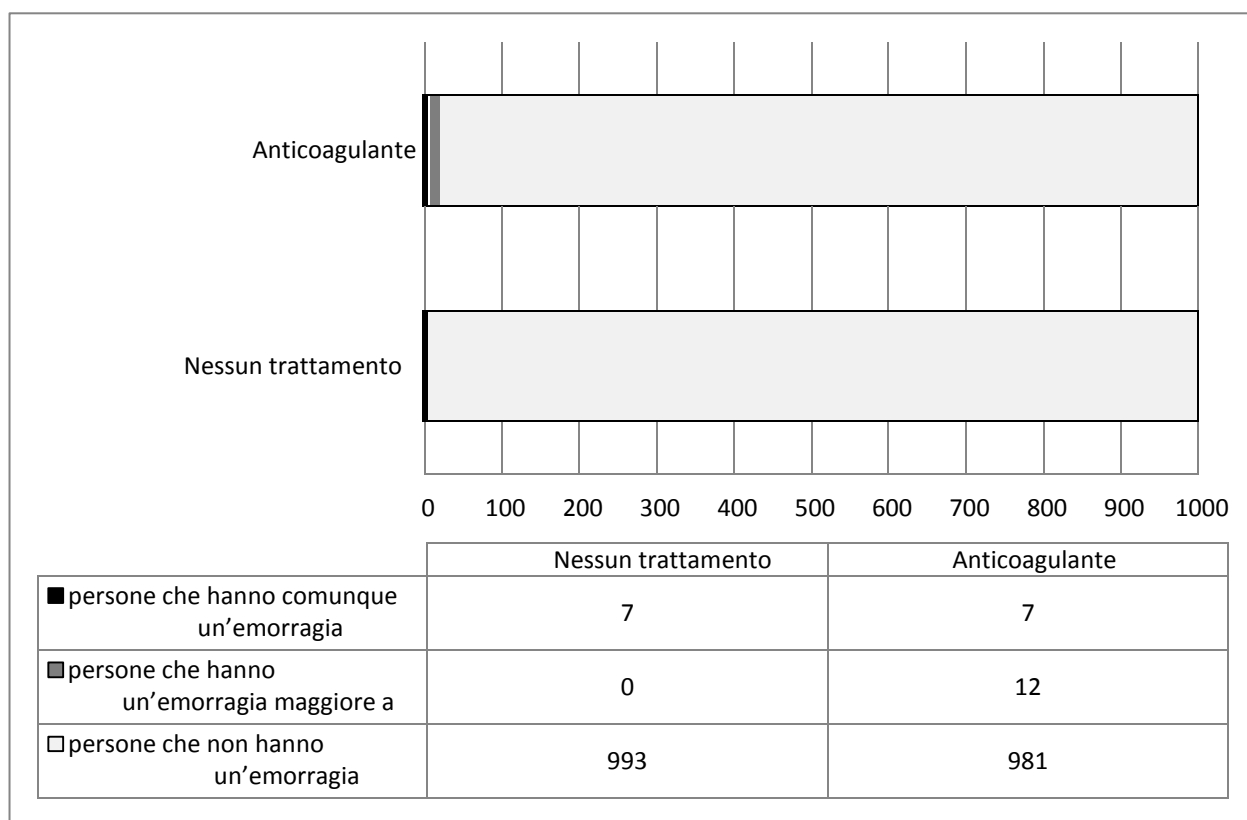
Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

- 993 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi);
- 3 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse), ma questa si sarebbe comunque manifestata;
- altre 4 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi con la croce rossa).

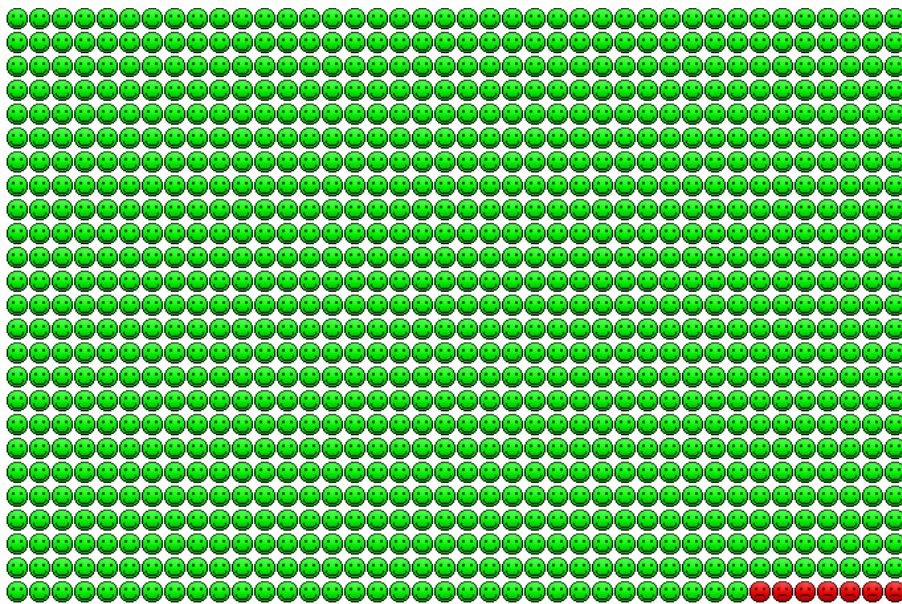
Punteggio 2 dell’HAS-BLED

Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di emorragia maggiore **nel corso di un anno** in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio HAS-BLED pari a 2. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 7 persone avrebbero un’emorragia maggiore e 993 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- altre 12 persone avranno un’emorragia maggiore;
- 981 persone non avranno un’emorragia maggiore;
- 7 persone avranno un’emorragia maggiore, ma questa si sarebbe comunque manifestata. Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



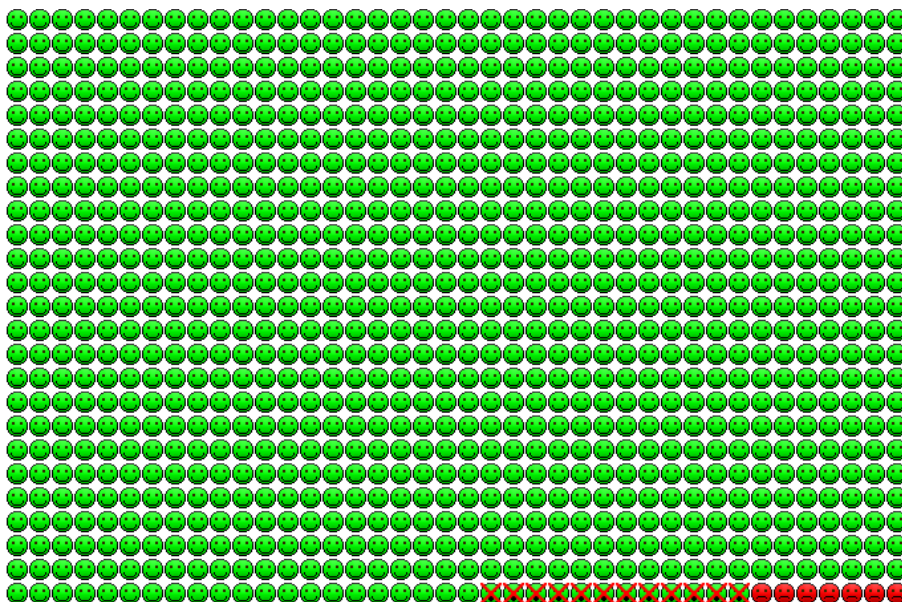
Nessun trattamento: Punteggio 2 dell'HAS-BLED



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 2 dell'HAS-BLED non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 993 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi)
- 7 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 2 dell'HAS-BLED



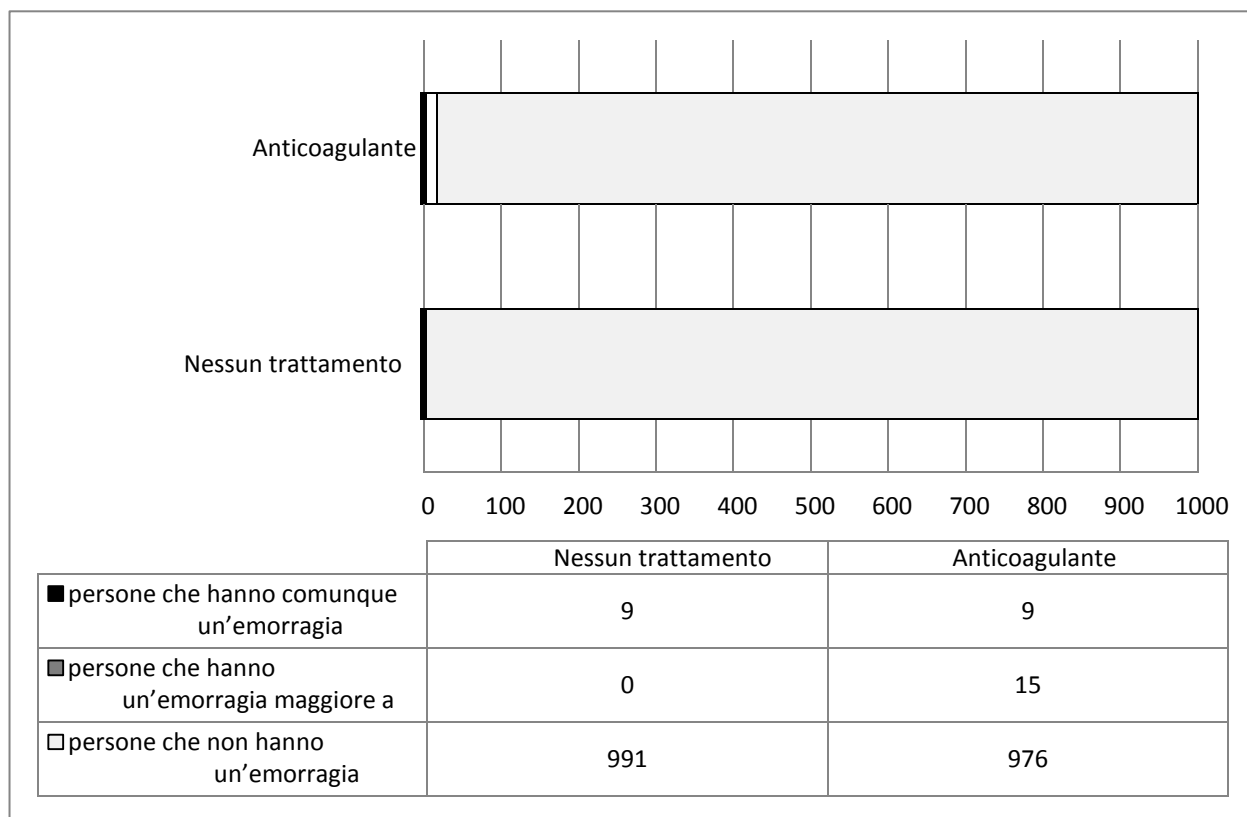
Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

- 981 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi)
- 7 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse), ma questa si sarebbe comunque manifestata
- altre 12 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi con la croce rossa).

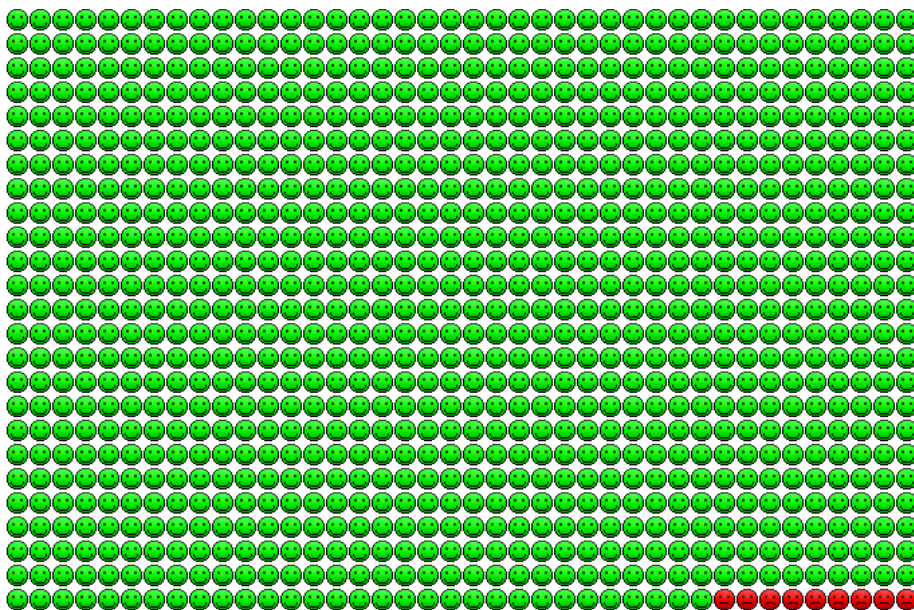
Punteggio 3 dell'HAS-BLED

Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di emorragia maggiore **nel corso di un anno** in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio HAS-BLED pari a 3. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 9 persone avrebbero un'emorragia maggiore e 991 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- altre 15 persone avranno un'emorragia maggiore;
- 976 persone non avranno un'emorragia maggiore;
- 9 persone avranno un'emorragia maggiore, ma questa si sarebbe comunque manifestata. Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



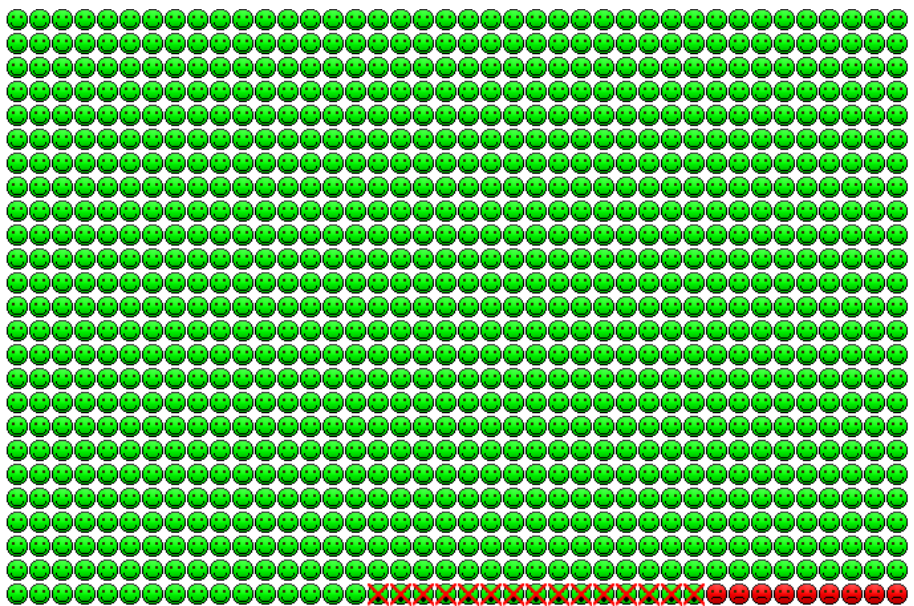
Nessun trattamento: Punteggio 3 dell'HAS-BLED



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 3 dell'HAS-BLED non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 991 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi)
- 9 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 3 dell'HAS-BLED



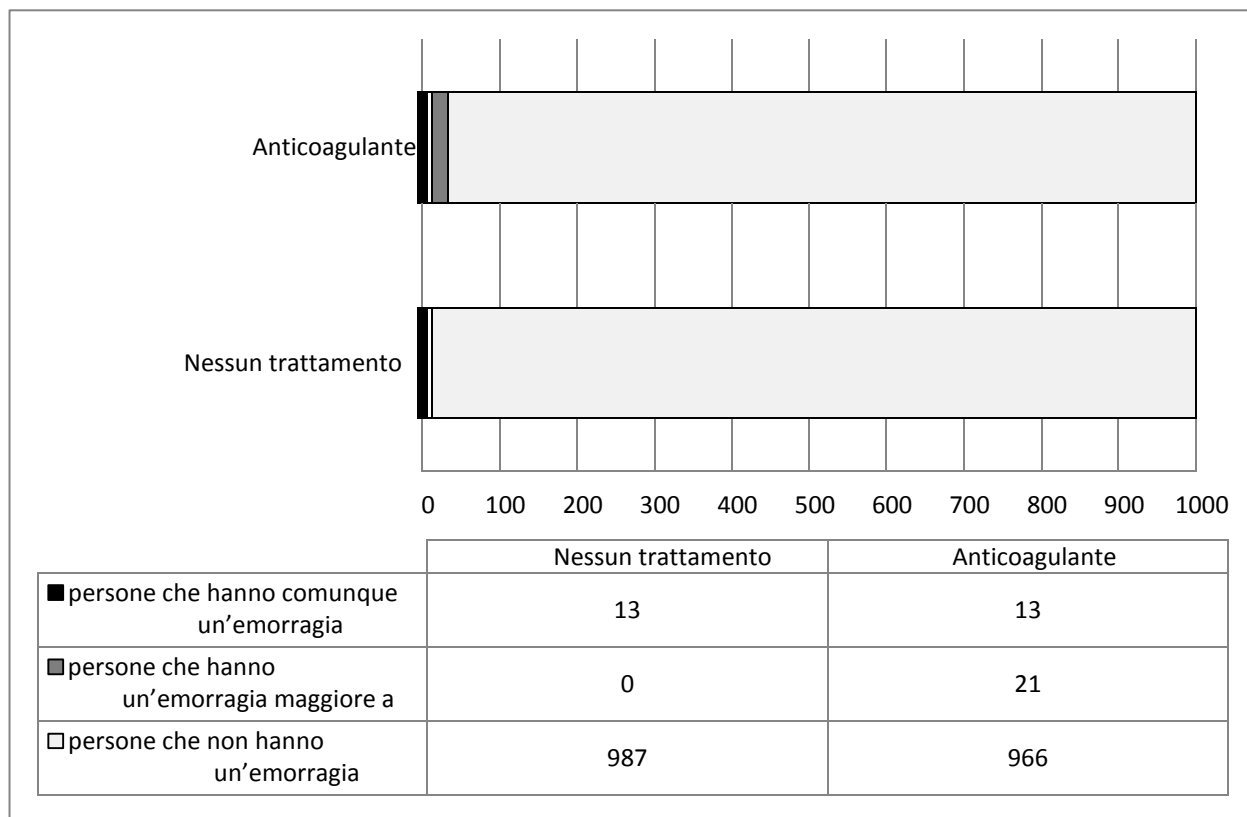
Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

- 976 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi)
- 9 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse), ma questa si sarebbe comunque manifestata
- altre 15 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi con la croce rossa).

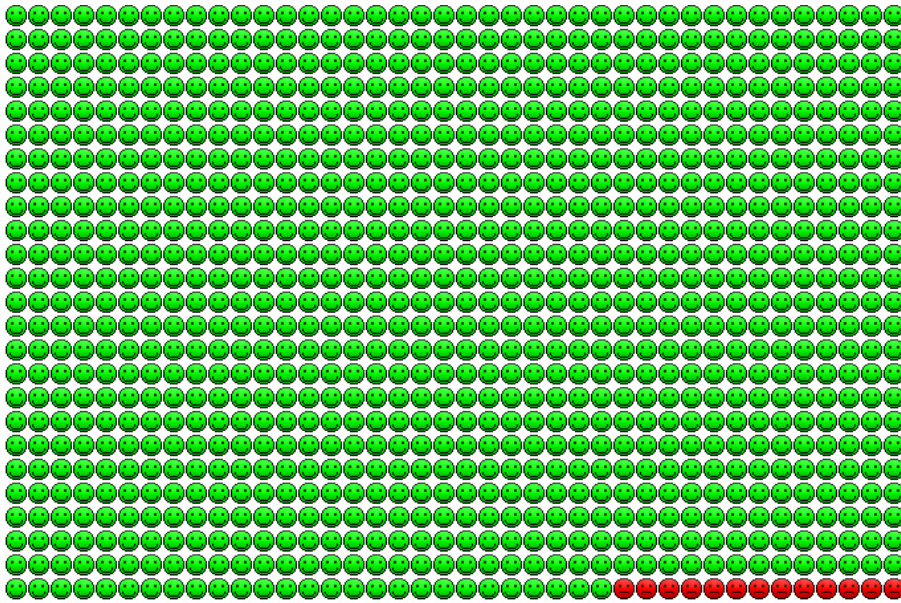
Punteggio 4 dell’HAS-BLED

Questi grafici sono 2 modi diversi di mostrare il rischio di emorragia maggiore **nel corso di un anno** in un gruppo di 1000 persone con fibrillazione atriale e un punteggio HAS-BLED pari a 4. Se nessuna di queste persone prende un anticoagulante, nel corso di un anno 13 persone avrebbero un’emorragia maggiore e 987 no. **Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante**, nel corso di un anno, in media:

- altre 21 persone avranno un’emorragia maggiore;
- 966 persone non avranno un’emorragia maggiore;
- 13 persone avranno un’emorragia maggiore, ma questa si sarebbe comunque manifestata. Non è possibile dire cosa accadrà a un singolo individuo.



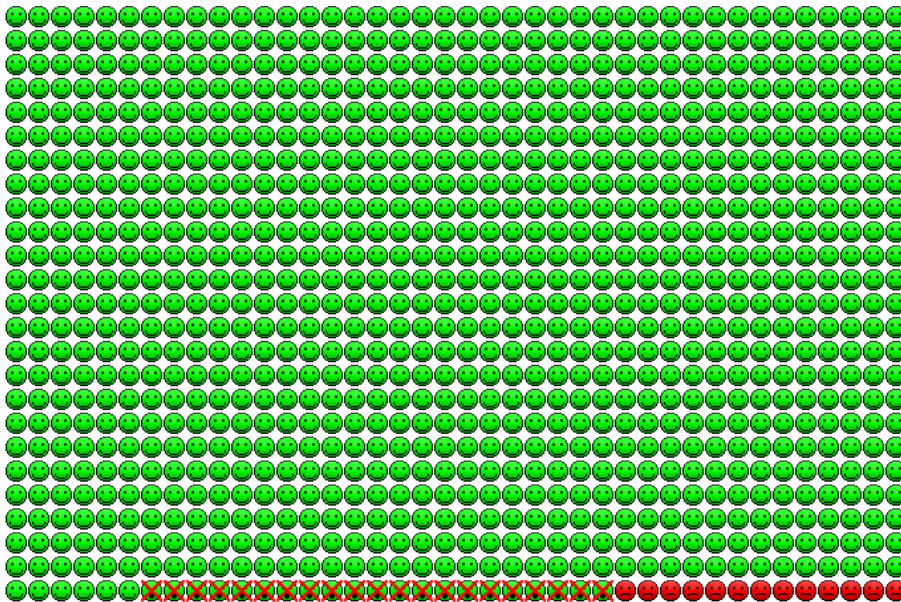
Nessun trattamento: Punteggio 4 dell'HAS-BLED



Se 1000 persone con FA e un punteggio di 4 dell'HAS-BLED non assumono anticoagulanti, nel corso di un anno, in media:

- 987 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi)
- 13 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse).

Anticoagulante: Punteggio 4 dell'HAS-BLED



Se tutte queste 1000 persone prendono un anticoagulante, nel corso di un anno, in media:

- 966 persone non avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi)
- 13 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine rosse), ma questa si sarebbe comunque manifestata
- altre 21 persone avranno un'emorragia maggiore (le faccine verdi con la croce rossa)

Sistemi di valutazione del rischio di ictus e di emorragia

<u>Punteggio CHA₂DS₂-VASc</u>			<u>Punteggio HAS-BLED</u>		
Fattore di rischio	Ptg	Presente?	Fattore di rischio	Ptg	Presente?
Insufficienza cardiaca congestizia o disfunzione del ventricolo sinistro	1		Iperensione (non controllata) ^a	1	
Iperensione	1		Funzionalità epatica anomala ^b	1	
Età pari o superiore a 75	2		Funzionalità renale anomala ^c	1	
Età di 65-74 anni	1		Ictus	1	
Diabete mellito	1		Emorragia ^d	1	
Ictus, attacco ischemico transitorio o tromboembolia	2		INR instabile ^e	1	
Malattia vascolare ^f	1		Persona anziana ^g	1	
Genere femminile	1		Farmaci ^h	1	
			Alcol ⁱ	1	
Totale			Totale		

Note a piè di pagine tratte da Errori corretti in: “Linee guida: Aggiornamento mirato 2012 delle linee guida dell’ESC per il trattamento della fibrillazione atriale: Aggiornamento delle linee guida dell’ESC 2010 per il trattamento della fibrillazione atriale” Eur Heart J (2013) doi: 10.1093/eurheartj/eh291. Data della 1° pubblicazione online: 31 luglio 2013.

^a Pressione arteriosa non controllata, ad esempio pressione sistolica superiore a 160 mmHg.

^b Malattia epatica cronica (ad es. cirrosi) o evidenza biochimica di squilibrio epatico significativo (ad es. valore della bilirubina superiore a 2 volte il limite massimo normale, associato a valori di aspartato/alanina aminotransferasi o fosfatasi alcalina superiori a 3 volte il limite massimo normale, ecc.).

^c Presenza di dialisi cronica o trapianto di rene o valore della creatinina sierica pari o superiore a 200 micromoli/L.

^d Anamnesi pregressa di emorragia e/o predisposizione alle emorragie, ad esempio diatesi emorragica, anemia, ecc.

^e Valori instabili/elevati del rapporto internazionale normalizzato (INR) o tempo inadeguato dell’intervallo terapeutico (ad es. inferiore al 60%).

^f Infarto miocardico, arteriopatia periferica, placca aortica pregressi.

^g Ad esempio, età superiore a 65 anni, salute cagionevole.

^h Uso concomitante di farmaci come agenti antiplastrinici, antinfiammatori non steroidei (FANS), ecc.

ⁱ Abuso di alcol.