La gestione della TAO - Parte terza

Data 29 novembre 2015
Categoria cardiovascolare

In questa terza parte verrà trattata la gestione pratica della terapia anticoagulante orale.

Prima di iniziare la TAO è opportuno dosare l'INR e se questo è uguale o superiore a 1,4 bisognerà valutare la funzionalità epatica. Utile richiedere comunque sempre i seguenti esami ematochimici: emocromo, test di funzionalità renale, glicemia e test di gravidanza nelle donne in età fertile.

La dose iniziale del warfarin è generalmente di 5 mg, tuttavia nei pazienti più anziani o a più elevato rischio emorragico è preferebile iniziare con dosi minori (1,25 - 2,5 mg).

Dopo l'inizio della terapia si controlla giornalmente l'INR fino al raggiungimento del target (di solito compreso tra 2 e 3).

In seguito il monitoraggio può essere fatto a intervalli sempre più crescenti, ma questo dipende anche dalla stabilità dell'INR stesso. Nei pazienti stabili il dosaggio dell'INR può essere chiesto a intervalli di circa un mese, un mese e mezzo.

In alcuni pazienti si rende necessario un aggiustamento della dose. Esistono degli appositi software che permettono, in base ai valori di INR e all'andamento degli stessi nelle occasioni precedenti, di calcolare l'aggiustamento del dosaggio.

Si possono adottare anche schemi empirici.

Per esempio se INR è inferiore a 2 si può aumentare la dose settimanale del 10%-15% circa (o anche di più se INR particolarmente basso). Ovviamente prima di consigliare l'aumento del dosaggio bisognerà accertarsi che effettivamente il basso INR non dipenda da una scarsa compliance del paziente nell'assunzione.

Per valori superiori a 3 si può ridurre la dose settimale del 10%-20% circa.

Per valori compresi tra 4 e 5 si può sospendere il warfarin fino al ritorno in range e poi si reintroduce il farmaco a dosaggi ridotti del 15%-30% circa.

Così se si vuol ridurre di circa il 20% la dose in un paziente che assume 5 mg/die (= 35 mg/settimana) si dovrà passare a circa 28 mg/settimana. La dose settimanale potrebbe quindi essere così suddivisa: lunedi 3,75 mg (3/4 di compressa da 5 mg), martedi 3,75 mg, mercoledi 3,75 mg, giovedi 5 mg, venerdi 3,75 mg, sabato 3,75 mg, domenica 5 mg.

Più complessa la gestione in caso di valori dell'INR maggiori di 5 in assenza di eventi emorragici in atto, anche perchè le varie linee guida forniscono raccomandazioni in parte divergenti .

Per il comportamento da tenere in questi casi abbiamo seguito le linee guida della Società britannica di Ematologia :

- se l'INR è superiore a 8 oltre a sospendere il warfarin si somministrano 1-5 mg di vitamina K per os; successivamente si controlla l'INR e si reintroduce il warfarin a dosaggio ridotto

- se l'INR è compreso tra 5,1 e 8 si sospende il warfarin per 1-2 giorni e poi si reintroduce il farmaco a dosaggio ridotto dopo controllo dell'INR; la somministrazione di vitamina K è più controversa, però può essere raccomandata nei pazienti ad alto rischio emorragico.

Un caso a parte è rappresentato dalla evenienza di emorragie gravi e pericolose per la vita, indipendentemente dal valore di INR. In questi casi si deve somministrare subito 5 mg di vitamina K per via venosa e concentrato di fattori protrombinici oppure di plasma fresco qualora il complesso di fattori protrombinici non sia disponibile.
Nel caso di emorragie più lievi si può sospendere temporanemamente o ridurre la dose di warfarin e si somministrano 1-3 mg di vitamina K per via venosa.

Nei pazienti con INR instabile si devono, ovviamente, ricercare possibili fattori causali ed eventualmente eliminarli (alimenti che interferiscono con la TAO, eccessiva assunzione di alcol, interazioni farmacologiche).

RenatoRossi

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 20/11/2026 alle ore 22:39 | Pagina 1 di 2

Bibliografia

1. Tran HA et al. on behalf of the Australasian Society of Thrombosis and Haemostasis.
An update of consensus guidelines for warfarin reversal
Med J Aust 2013; 198 : 198-199.

2. Keeling K et al. British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin – fourth edition. British Journal of Haematology 2011.
doi:10.1111/j.1365-2141.2011.08753.x