

## **La gestione del paziente**

*Augusto Zaninelli, Alessandro Filippi*

Due sono i problemi principali che si presentano al Medico Generale (MG) nella gestione della fibrillazione atriale sul territorio: da un lato il riconoscimento dei nuovi casi e dall'altro la conduzione di una corretta terapia e con essa di una adeguata profilassi delle complicanze, prima fra tutte, l'ictus cardioembolico.

A fronte dei dati epidemiologici noti (3% della popolazione sopra i 60 anni), in alcuni studi condotti dalla S.I.M.G (1), la percezione del problema in medicina generale appare inferiore del 30-40%, per cui è verosimile che una buona quota della popolazione generale, soprattutto anziana, sia portatrice di una fibrillazione atriale asintomatica.

È stato infatti calcolato che un MG con 1.000 assistiti adulti abbia da 5 a 8 pazienti, verosimilmente anziani, affetti da fibrillazione atriale senza che né il medico, né il paziente lo sappiano.

Innanzitutto, quindi, il MG per trovare nuovi pazienti affetti da FA deve applicare i criteri della medicina d'opportunità (approfittare dell'accesso di un paziente in ambulatorio per qualsiasi motivo per valutare il polso o ascoltare l'azione cardiaca) e di iniziativa o anticipatoria (convocare gli assistiti che non si presentano mai o molto raramente e sottoporli ad uno screening per questa aritmia).

A questo punto la collaborazione con il cardiologo appare a nostro parere di estrema importanza, sia per una corretta diagnosi, sia per un'adeguata classificazione. È evidente come una diagnosi di fibrillazione atriale debba essere confermata dal dato elettrocardiografico, ottenuto sia autonomamente dal Medico Generale, sia nel corso di una visita specialistica di consulenza.

Una forma moderna, che sicuramente avrà maggior sviluppo nel prossimo futuro, è la telemedicina. Infatti, soprattutto nell'ambito di indagini su ampie porzioni di popolazione, alla ricerca di nuovi casi, non è pensabile inviare al cardiologo tutti i possibili casi di aritmia sospettati su base ascoltoria, mentre appare più attuabile che il MG effettui egli stesso un ECG e chiedi conferma diagnostica, quando ne senta il bisogno, attraverso l'invio del tracciato (via telefono o modem) ad un Centro di riferimento.

## **Valutazione del rischio cardioembolico**

Una volta accertata la presenza di FA, in modo autonomo o con il contributo specialistico, è fondamentale valutare correttamente il rischio di ictus cardioembolico, dividendolo in basso, medio o alto, secondo le varie situazioni (2) (tabella 1), classificazione indispensabile per scegliere l'atteggiamento terapeutico da tenere, in termini di riduzione del rischio e prevenzione delle complicanze (tabella 2).

## **Gestione del paziente con FA**

Queste fasi introducono il secondo problema per la gestione della fibrillazione atriale in medicina generale: la conduzione di una adeguata terapia e la continuità dell'assistenza nel tempo. Al di là delle decisioni specifiche sulla terapia antiaritmica, prese quasi sempre in collaborazione con il cardiologo, deve infatti essere fatta una attenta valutazione sul trattamento per il rischio cardioembolico.

Anche in questo caso gli studi condotti dalla SIMG evidenziano come nella medicina generale italiana l'impiego dei farmaci anticoagulanti orali sia sottoutilizzato rispetto alle indicazioni delle linee guida internazionali. Dato, poi, confermato anche da studi eseguiti sia dai cardiologi ambulatoriali (dati ANCE), sia nei reparti ospedalieri (dati ANMCO).

Questo fenomeno potrebbe avere due spiegazioni. Innanzitutto, queste osservazioni cliniche sono retrospettive e le raccomandazioni all'uso più diffuso della terapia anticoagulante orale sono relativamente recenti. La seconda causa è da ricercarsi in tutta una serie di variabili non solo cliniche, particolarmente considerabili in Medicina Generale, quali gli indicatori di qualità della vita, di "compliance", di affidabilità nella gestione di situazioni complicate, di condizioni psicologiche, sociali ed economiche, che possono indurre il medico a non prescrivere la terapia anticoagulante orale, a dispetto dei suggerimenti basati sulla medicina dell'evidenza. La tabella 3 riassume alcuni criteri che possono supportare il medico di Medicina Generale nella decisione terapeutica, in questi particolari casi (3).

È evidente che dove sia pericoloso instaurare una terapia anticoagulante orale, il poter disporre di valide alternative che non esponano i pazienti a particolari rischi o complicazioni gestionali, assicurando uguale efficacia, potrebbe essere la soluzione ideale a questo tipo di problematiche.

## **Bibliografia**

1. Filippi A, Bettoncelli G, Zaninelli A: Detected atrial fibrillation in north Italy: rates, calculated stroke risk and population of patient receiving thromboprophylaxis. *Family Practice*, 2000.
2. Lip GYH: Thromboprophylaxis for atrial fibrillation. *Lancet*, 353: 4-6, 1999.

3. Morocutti C, Amabile G, Fattaposta F, Nicolosi A, Matteoli S, Trappolini M, Cataldo G, Milanese G, Lavezzari M, Pamparana F, Coccheri S: Indobufen versus warfarin in the secondary prevention of major vascular events in non-rheumatic atrial fibrillation. SIFA Investigators. Stroke, 28: 1015-1021, 1997.

## **Tab. 2 - Trattamento**

- Rischio alto: anticoagulanti orali (INR 2-3), in assenza di controindicazioni e se ne è possibile la gestione pratica quotidiana
- Rischio moderato: anticoagulanti orali o antiaggreganti a seconda dei singoli casi
- Rischio basso: Acido Acetilsalicilico alla dose di 75-300 mg

## **Tab. 3 - Elementi di criticità nell'utilizzo della terapia anticoagulante orale**

- Età >80 anni, specie nelle donne o negli ipertesi non ben controllati
- Evidenza di componente emorragica a livello dell'area ischemica, pregressa emorragia cerebrale primitiva (non post-ischemica) o emorragia digestiva importante
- Episodi emorragici maggiori in corso di precedenti terapia anticoagulante orale
- Instabilità posturale e/o facilità alle cadute
- Grave osteoporosi
- Evidenza di marcata instabilità dei valori di INR (malassorbimento intestinale, nutrizione parenterale, esiti di resezione intestinale, insufficienza epatica, interazioni farmacologiche)
- Scarsa "compliance" (deficit cognitivo o mnemonico, condizioni cliniche, socio-economiche, geografiche e logistiche che ostacolano un regolare controllo dell'INR)

## **Tab. 1 - Stratificazione del rischio cardioembolico in pazienti con FA non valvolare**

- Rischio alto (probabilità annuale di eventi acuti cerebrovascolari= 8-12%)
  - Tutti i pazienti con pregresso ictus o TIA
  - Tutti i pazienti di età >75 anni con diabete mellito e/o ipertensione arteriosa
  - Tutti i pazienti con scompenso cardiaco, disfunzione tiroidea o compromissione della funzionalità del ventricolo sinistro definita con ecocardiogramma

- Rischio moderato (probabilità annuale di eventi acuti cerebrovascolari= 4%)
  - Tutti i pazienti di età <65 anni con diabete mellito e/o ipertensione arteriosa e/o arteriopatía periferica e/o cardiopatía ischemica
  - Tutti i pazienti >65 anni non compresi nel gruppo di rischio alto
- Rischio basso (probabilità annuale di eventi acuti cerebrovascolari= 1%)
  - Tutti i pazienti <65 anni senza fattori di rischio, condizioni cliniche associate o pregressa storia clinica di embolia

  
[top](#)