



## NEWSLETTER

vol. 4 - settembre 2017

### Presentazione

#### *Carissima/o collega*

In questa newsletter potrai leggere un focus sulle evidenze inerenti la terapia anticoagulante e il ruolo dell'infermiere e avere notizie sulla vita associativa.

Ti invitiamo inoltre, a visitare il sito dell'associazione nel quale troverai in dettaglio i nostri eventi formativi, la raccolta degli evidence report e delle newsletter.

Aperti sempre ai tuoi suggerimenti, osservazioni e contributi, che potrai inviarci al seguente indirizzo: [info@associazione-animo.it](mailto:info@associazione-animo.it) ti auguriamo una buona lettura!

*Giovanna Pentella, Presidente Anìmo, Letizia Tesei, Referente newsletter e il Direttivo Anìmo*

### Vita associativa

#### Dalla Presidente

Autunno e novembre rappresentano un periodo ricco di impegni per l'Associazione per la programmazione dei Congressi in molte regioni e la presenza di progetti in corso.

In questi giorni avete ricevuto l'invito a rispondere all'indagine per conoscere quanto sia noto agli infermieri che lavorano in area medica il progetto "Fare di più non significa fare meglio" promosso da Slow Medicine a cui Anìmo ha aderito.

E' un progetto importante che chiama tutti i professionisti ad individuare le pratiche che si continuano a mettere in atto nonostante non ci siano evidenze a loro supporto, e a discutere di questo con gli altri professionisti, con i pazienti e i loro familiari.

Nel mese di giugno, con grande interesse, come sempre sentito, in qualità di Presidente Nazionale Anìmo e soprattutto con orgoglio partenopeo sono intervenuta a diversi incontri di formazione organizzati presso l'Ospedale del Mare, una struttura funzionale e sinergica aperta al pubblico di recente, architettonicamente

#### SOMMARIO:

##### Presentazione

##### Vita associativa

- ... dalla Presidente
- **L' ANìMO a battesimo dell'Unità Operativa Malattie Endocrine e del Metabolismo dell'Ospedale del Mare: l'inizio di un nuovo viaggio.**
- **Contributo del gruppo ricerca: "Il dolore cronico: principali evidenze scientifiche"**

##### Focus

- **La terapia anticoagulante e il ruolo dell'Infermiere: alcune evidenze**

##### Approfondimenti Bibliografici

##### ANìMO informa

- **Prossimi incontri, Congressi, Convegni, Pubblicazioni**



innovativa, con il potenziale di diventare la punta di diamante della sanità pubblica campana e un punto di eccellenza di livello internazionale.

Saluto e ringrazio voi soci per la continua collaborazione e presenza che ci continuate a dimostrare.

*Giovanna Pentella*



## **L' ANIMO a battesimo dell'Unità Operativa Malattie Endocrine e del Metabolismo dell'Ospedale del Mare: l'inizio di un nuovo viaggio**

*Florinda Carcarino, Infermiera Malattie Endocrine, del Metabolismo e della Nutrizione Clinica Ospedale del Mare*



Secondo l'Organizzazione delle Nazioni Unite(ONU) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO), il diabete è una delle tre emergenze sanitarie, insieme alla malaria e alla tubercolosi.

Il diabete mellito sta dilagando sempre più nel mondo avanzando a ritmi esponenziali nei paesi sviluppati, in quelli emergenti e in quelli ancora in via di sviluppo. Nelle zone del mondo più sviluppate (Europa, Nord America, Australia) cresce meno che in Africa, Asia e Sud America ma cresce comunque moltissimo. Gli individui affetti dalla malattia nel mondo sono ormai vicini ai 400 milioni e si stima che raggiungano i 600 milioni entro il 2035.

Il diabete può diventare una malattia gravissima, con un impatto notevole sulla qualità della vita quando causa disabilità. Il diabete è la prima causa di cecità, la seconda causa di insufficienza renale terminale con necessità di dialisi o trapianto, la prima causa di amputazione non traumatica degli arti inferiori, una concausa di metà degli infarti e degli ictus.



Una tale complessità non può prescindere da un completo coinvolgimento della professione infermieristica. Tant'è che la virtuosa e predittiva Regione Veneto, nel pieno rispetto delle competenze avanzate, con legge regionale 11 Novembre 2011 n. 24 art. 5 riconosce l'esistenza di Infermieri Esperti in Diabetologia.

In considerazione delle linee di indirizzo che prevedono l'istituzione di centri specializzati che si occupino di diabete, all'Ospedale del Mare nasce l'Unità Operativa di Malattie Endocrine e del Metabolismo. Ad inaugurare questa nascita, il 12 giugno scorso è stato organizzato un evento formativo che ha trattato alcuni aspetti della malattia diabetica. Ospiti d'onore dell'evento: Giovanna Pentella, Presidente Nazionale ANIMO, Giuseppina Di Ronza, Referente Regionale ANIMO, Maria Fiscale, Tesoriere Animo. Nello specifico, Giovanna Pentella ha aperto la discussione con una presentazione puntuale dell'Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera e relativi obiettivi per poi agganciarsi ad una vera e propria narrazione su chi è "L'infermiere in Diabetologia". A seguire Maria Fiscale che con estrema competenza e dovizia di particolari, ha descritto i "Protocolli a Gestione Infermieristica: le ipo e le iperglicemie". La conclusione dei lavori si è realizzata con l'ultima relazione, tenuta da Florinda Carcarino, Infermiera- Malattie del Metabolismo, che ha tentato di delineare la chiave strategica per migliorare l'aderenza terapeutica e gli outcome clinici: l'Educazione Terapeutica.

L'evento nel complesso ha riscosso l'interesse degli Infermieri presenti in platea che non hanno risparmiato domande, considerazioni e spunti di riflessione. La riprova che gli Infermieri ci sono sempre. E soprattutto quando sfide sono ardue, ampie e decisamente difficili.



### CONTRIBUTI

#### **Il Dolore Cronico: principali evidenze scientifiche**

*di Ignazia Lo Burgio, Roberta Rapetti, Fabio Bertoncini, Stefania Di Bernardino, Letizia Tesei*

E' possibile prendere visione di un contributo del gruppo di ricerca dell'associazione relativamente alle principali evidenze sul dolore cronico all'interno della rivista dell'IPASVI "L'infermiere" numero 3 anno LXI maggio-giugno 2017.

Una buona lettura!  
Gruppo ricerca Animo



## Focus

### La terapia anticoagulante e il ruolo dell'Infermiere: alcune evidenze

di Michela Piasentin, Emanuele Bigazzi, Stefania Di Bernardino, Letizia Tesei, Fabio Bertoncini Fabio, Ignazia Lo Burgio Ignazia, Roberta Rapetti



A partire dal 2008 abbiamo assistito all'introduzione, nella pratica clinica, di nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO). A differenza dei tradizionali farmaci anticoagulanti orali (antagonisti della vitamina K), i NAO chiamati anche DOAC (anticoagulanti diretti) sfruttano un meccanismo di azione di tipo diretto e possono rappresentare una valida alternativa nella prevenzione tromboembolica dei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. Questi recenti anticoagulanti orali presentano un migliore rapporto sicurezza- efficacia, non richiedono un monitoraggio ematico della coagulazione, vengono assunti con dosaggio fisso e dimostrano molte meno interazioni con altri farmaci e alimenti (1).

I tradizionali anticoagulanti orali, seppur efficaci, sono caratterizzati, da una lenta azione iniziale e da una variabilità nella risposta farmacologica individuale, necessitando di un controllo costante dell'assetto coagulativo (PT-INR). Agiscono infatti a vari livelli sulla cascata della coagulazione, inibendo la sintesi nel fegato di vari fattori (II, VII, IX, X); gli anticoagulanti orali diretti invece hanno meccanismi d'azione selettivi: dabigatran è un inibitore diretto della trombina, mentre rivaroxaban e apixaban sono inibitori diretti del fattore Xa (2).

I nuovi farmaci anticoagulanti orali non richiedono un controllo regolare dell'INR, hanno una rapida insorgenza dell'effetto anticoagulante raggiungendo il picco di concentrazione plasmatica 1-4 ore dopo la somministrazione (warfarin necessita di alcuni giorni), presentano una rapida scomparsa dell'effetto anticoagulante (mediamente 7-15 ore rispetto all'emivita plasmatica di 40 ore del warfarin). Di recente sono state individuate le prime molecole "antidoto": adexanet blocca l'azione di apixaban, edoxaban e rivaroxaban, mentre idarucizumab, un anticorpo monoclonale, inattiva il dabigatran (3).

L'effetto anticoagulante dei NAO svanisce rapidamente 12-24 ore dopo l'ultima assunzione, pertanto, l'aderenza alla terapia è di fondamentale importanza perché possa esserci un beneficio clinico (1).



A differenza degli altri anticoagulanti orali, i NAO possono essere indifferentemente assunti vicino o lontano dai pasti, ad eccezione di RIVAROXABAN che è importante assumere in concomitanza dei pasti al fine di facilitarne l'assorbimento. È importante inoltre assumere le compresse o le capsule (dabigatran) intere, senza romperle, masticarle o aprirle (2).

Nello specifico, a seconda della molecola, possono essere consigliate le seguenti modalità di gestione del regime terapeutico :

**Dabigatran:** 1 capsula ogni 12 ore.

Le capsule, di grosso volume, hanno un rivestimento esterno in IPM (idrossi-propil-metilcellulosa) che racchiude microgranuli di farmaco. Se il paziente apre le capsule per facilitarne l'assunzione ingerendo direttamente i microgranuli o se il rivestimento esterno viene danneggiato dallo schiacciamento della capsula sull'ogiva di plastica trasparente, la biodisponibilità del farmaco può aumentare fino al 75% con rischio di sovradosaggio. La capsula perciò va estratta dal blister con molta attenzione sollevando il foglio di alluminio posto sulla parte posteriore, senza spingere la capsula attraverso il blister. Il foglio di alluminio del blister deve essere sollevato solo quando occorre estrarre una capsula. La capsula va ingerita intera. Le capsule non vanno trasferite in scatolette portapillole (5).

L'effetto anticoagulante si ottiene entro 3 ore dall'assunzione e la durata di tale effetto varia da 14 a 24 ore. Gli studi di farmacocinetica hanno evidenziato che l'85% del farmaco viene eliminato per via renale. In caso di insufficienza renale grave esso viene accumulato.

Se viene dimenticata una dose, essa può essere assunta fino a 6 ore prima dalla prossima dose prevista. Se entro le 6 ore dalla prossima dose, è indicato omettere la dose persa. La dose giornaliera non deve essere raddoppiata per compensare la dose persa. Il giorno successivo proseguire con le dosi prescritte (2).

**Apixaban:** 1 compressa ogni 12 ore.

L'effetto anticoagulante si ottiene entro tre ore dall'assunzione e la durata di tale effetto varia da 14 a 24 ore. Gli studi di farmacocinetica hanno evidenziato che il 27 % del farmaco viene eliminato per via renale. In caso di insufficienza renale grave esso viene accumulato.

Se si omette di assumere una dose, la dose saltata deve essere assunta appena possibile lo stesso giorno. La dose non deve essere raddoppiata per compensare la dose persa. Il giorno successivo si prosegue con l'assunzione del solito schema posologico prescritto (2).

**Rivaroxaban:** 1 compressa al giorno.

L'effetto anticoagulante si ottiene entro tre ore dall'assunzione e la durata di tale effetto varia da 14 a 24 ore. Gli studi di farmacocinetica hanno evidenziato che il 27 % del farmaco viene eliminato per via renale. In caso di insufficienza renale grave esso viene accumulato.

Può essere prescritto in dosaggi diversi (10 mg, 15 mg o 20 mg) una volta al giorno, nel qual caso, se viene dimenticata una dose, essa può essere assunta appena possibile lo stesso giorno.

In alcune circostanze, è possibile che venga prescritta una terapia con Rivaroxaban 15 mg due volte al giorno; se si dimentica una dose, la dose dimenticata deve essere assunta immediatamente per garantire l'assunzione di una dose totale di 30 mg al giorno. In questo caso, le due compresse da 15 mg possono essere





somministrare contemporaneamente. Il giorno successivo si prosegue con l'assunzione con il solito schema posologico prescritto (2).

L'AIFA riporta testualmente: "... tutti questi farmaci hanno un certo grado di escrezione renale, in particolare dabigatran. Quindi, la valutazione della funzionalità renale (CrCl) è obbligatoria per tutti NAO, ma soprattutto per i pazienti che assumono dabigatran. In effetti, la funzione renale deve essere valutata ogni anno in pazienti con normale (CrCl  $\geq$  80 ml/min) o lieve (CrCl 50-79 ml/min) insufficienza renale, e 2-3 volte all'anno in pazienti con moderata (CrCl 30-49 ml/min) compromissione della funzionalità renale" (6).

In una recente revisione pubblicata nel 2017 gli autori hanno confrontato e analizzato i tradizionali anticoagulanti orali con gli anticoagulanti orali diretti (NAO). La revisione condotta ha concluso che allo stato attuale, non ci sono sufficienti informazioni disponibili circa la rilevanza clinica delle interazioni farmacodinamiche tra NAO e assunzione contemporanea di cibo o erbe.

Di seguito, si riportano le tabelle riguardanti le più frequenti interazioni suddivise per principio attivo (7).

Clinical use of rivaroxaban, apixaban and edoxaban: relevant pharmacological interactions.				
Drugs to be avoided	Drugs to be used with caution	Drugs of free use	Drugs that enhance the effect	Drugs that impair the effect
Amiodarone <sup>c</sup> Chloramphenicol <sup>a</sup> Clarithromycin <sup>a,c</sup> Cyclosporine <sup>c</sup> Dronedarone <sup>c</sup> Itraconazole <sup>a</sup> Ketoconazole <sup>a</sup> Quinidine <sup>c</sup> Quinine Ritonavir <sup>a</sup> Verapamil <sup>c</sup>	Carbamazepine <sup>b</sup> Hypericum perforatum <sup>d,b</sup> Phenytoin <sup>d,b</sup> Rifampicin <sup>d</sup>	Atorvastatin Clarithromycin Digoxin Erythromycin Fluconazole Midazolam	Azithromycin Clarithromycin Cyclosporine Diltiazem Dronedarone <sup>c</sup> Erythromycin Itraconazole Ketoconazole Naproxen Quinidine Ritonavir Systemic Antifungals Verapamil	Carbamazepine Hypericum Perforatum Phenobarbital Phenytoin Rifampicin  Co-administration of apixaban with rifampicin causes a significant decrease in mean AUC and Cmax of apixaban.
Concomitant treatment with edoxaban is also contraindicated in subjects receiving erythromycin and azithromycin.			The dose of edoxaban should be halved when the drug is co-administered with dronedarone, quinidine, or verapamil. No dose adjustment is required for amiodarone.	
<sup>a</sup> Inhibitors of Cytochrome P450 iso-enzyme (CYP3A4). <sup>b</sup> Inducers of Cytochrome P450 iso-enzyme (CYP3A4). <sup>c</sup> Inhibitors of P-glycoprotein (P-gp). <sup>d</sup> Inducers of P-glycoprotein (P-gp).				
Clinical use of dabigatran: relevant pharmacological interactions.				
Drugs to be avoided	Drugs to be used with caution	Drugs of free use	Drugs that enhance the effect	Drugs that impair the effect
Carbamazepine <sup>d</sup> Cyclosporine <sup>c</sup> Dronedarone <sup>c</sup> Ketoconazole <sup>c</sup> Phenytoin <sup>d</sup> Rifampicin <sup>d</sup> St. John's wort <sup>d</sup> Verapamil <sup>c</sup>	Quinidine <sup>c</sup> Quinine Verapamil <sup>c</sup>	Amiodarone <sup>c</sup> Atorvastatin (CYP3A4) Clarithromycin <sup>a,c</sup> Diclofenac (CYP2C9) Digoxin (P-gp)	Amiodarone Dronedarone <sup>c</sup> Ketoconazole <sup>a</sup> Quinidine Quinine Verapamil <sup>c</sup>	Proton pump inhibitors
<sup>a</sup> Inhibitors of Cytochrome P450 iso-enzyme (CYP3A4). <sup>b</sup> Inducers of Cytochrome P450 iso-enzyme (CYP3A4). <sup>c</sup> Inhibitors of P-glycoprotein (P-gp). <sup>d</sup> Inducers of P-glycoprotein (P-gp).				



Gli infermieri ricoprono un ruolo chiave nell'aiutare i pazienti a prendere consapevolezza della propria condizione, rispetto le opzioni di trattamento e i bisogni di monitoraggio. Quando i pazienti iniziano il trattamento, l'infermiere deve essere in grado di valutare la comprensione che il paziente ha della sua condizione e fornire un'appropriate educazione e supporto (4), informando la persona riguardo rischi e benefici legati all'assunzione della terapia. Risulta inoltre di fondamentale importanza discutere con la persona le caratteristiche del farmaco prescritto, come assumerlo e quali interventi adottare in caso di omissione di una dose o sovradosaggio.

INAO infatti, al pari degli anticoagulanti tradizionali, hanno come effetto collaterale il rischio di sanguinamento: è necessario pertanto discutere con la persona segni e sintomi, e azioni da attuare in presenza di tale manifestazione clinica (2).

Per poter trattare efficacemente il sanguinamento poi, oltre a stabilirne la gravità e sospendere prontamente l'assunzione di NAO, è basilare conoscere quale terapia la persona assume, a che dosaggio e a che ora è stata assunta l'ultima dose. Una volta stabilita la gravità del sanguinamento infatti, si possono attivare una serie di misure, dal semplice monitoraggio dei segni clinici (l'effetto anticoagulante si esaurisce velocemente) fino ad interventi più complessi, quali per esempio la dialisi (indicata solo se in terapia con dabigatran) (2).

Sarà pertanto responsabilità esclusiva dell'infermiere pianificare diagnosi (reali o potenziali) relative al modello di percezione/gestione della salute del tipo:

- ✓ Gestione inefficace del regime terapeutico...
- ✓ Rischio di non adesione (della famiglia, della comunità, del paziente stesso) al regime terapeutico...

L'infermiere dovrà inoltre occuparsi, assieme alle altre figure professionali designate, della gestione di complicanze potenziali (problemi collaborativi) quali appunto:

- ✓ Rischio di sanguinamento...
- ✓ Emorragia...

Gli strumenti da mettere in atto saranno pertanto quelli dell'educazione terapeutica, di volta in volta rivolta all'empowerment del paziente, della famiglia o della comunità che se ne prende cura o, in altro caso, competenze cliniche e comunicative che permettano l'individuazione precoce dei segni di cambiamento delle condizioni dell'assistito ed il tempestivo trattamento della complicanza attraverso un efficace e coordinato lavoro d'équipe.

## Bibliografia

1. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, et al "Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation", European Society of Cardiology, EHRA PRACTICAL GUIDE Europace (2015) 17, 1467–1507, doi:10.1093/europace/euv309
2. "Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants (NOAC) Guidelines", Clinical Excellence Commission August 2016. Guidelines are available at: [www.cec.health.nsw.gov.au/](http://www.cec.health.nsw.gov.au/)

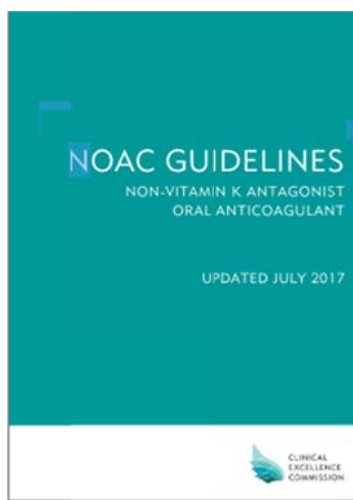


3. Australian Register of Therapeutic Goods public summary for ARTG ID 237761: PRAXBIND idarucizumab (rch) 50mg/ml solution for injection/infusion vial, Therapeutic Goods Administration, used by permission of the Australian Government  
[www.ebs.tga.gov.au/servlet/xmlmillr6?dbid=ebs/PublicHTML/pdfStore.nsf&docid=28BA6A0640FE9F01CA257FB0004214F9&agid=\(PrintDetailsPublic\)&actionid=1](http://www.ebs.tga.gov.au/servlet/xmlmillr6?dbid=ebs/PublicHTML/pdfStore.nsf&docid=28BA6A0640FE9F01CA257FB0004214F9&agid=(PrintDetailsPublic)&actionid=1)
4. Elliott K, "The nurse's role in the management and treatment of atrial fibrillation", British Journal of Cardiac Nursing, december 2014, vol 9 n 12
5. I nuovi anticoagulanti orali, SIDS, Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia, 2015
6. AIFA CONCEPT PAPER: "I nuovi anticoagulanti orali nella prevenzione di ictus e tromboembolismo sistemico in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare", 2012
7. Di Minno A, Frigerio B, Spadarella G, "Old and new anticoagulants: food, herbal medicines and drugs interactions", Blood Reviews 31 (2017) 193-203, Elsevier <http://dx.doi.org/10.1016/j.blre.2017.02.001>.

## Approfondimenti bibliografici

### NOAC GUIDELINES - Clinical Excellence Commission

[www.cec.health.nsw.gov.au/.../pdf\\_file/0007/326419/noac\\_guidelines...](http://www.cec.health.nsw.gov.au/.../pdf_file/0007/326419/noac_guidelines...) · PDF file Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants (NOAC) Guidelines ... Page 2 Clinical Excellence Commission August 2016 Version ... (NOAC) Guidelines are available







The nurse's role in the management and treatment of atrial ...

[www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjca.2014.9.12.586](http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjca.2014.9.12.586) · PDF file 586 British Journal of Cardiac Nursing December 2014 Vol 9 No 12 ... management and treatment of atrial fibrillation T ... 588 British Journal of Cardiac Nursing ...



The nurse's role in the management and treatment of atrial fibrillation

Kay Elliott  
Arrhythmia Nurse Specialist, Dorset County NHS Foundation Trust and Practice Development  
Coordinator, British Heart Foundation.

Old and new oral anticoagulants: Food, herbal medicines ...

[www.bloodreviews.com/article/S0268-960X\(16\)30035-2/pdf](http://www.bloodreviews.com/article/S0268-960X(16)30035-2/pdf) · PDF file Blood Reviews 31 (2017) 193–203 ... (B.Frigerio),spadarellagaia@hotmail.it (G. Spadarella), ... Food, herbal medicines and drug interactions



Old and new oral anticoagulants: Food, herbal medicines and drug interactions

[Alessandro Di Minno](#), [Beatrice Frigerio](#), [Gaia Spadarella](#), [Alessio Ravani](#), [Daniela Sansaro](#), [Mauro Amato](#), [Joseph P. Kitzmiller](#), [Mauro Pepi](#), [Elena Tremoli](#), [Damiano Baldassarre](#)

Open Access

