

## APPENDICE: TABELLE

**LINEE GUIDA AIAC (Associazione Italiana di Aritmologia e Cardio-stimolazione) per la gestione ed il trattamento della fibrillazione atriale.**  
**Raviele A. et al; G Ital Cardiol 2011;12 (Suppl 1):7-69.**

**Tabella1 : Raccomandazioni per la terapia antitrombotica**

	<b>Terapia antitrombotica raccomandata</b>	<b>Classe di raccomandazione e livello di evidenza</b>
FA con CHADS <sub>2</sub> o CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc risk score 0	Terapia antiaggregante: Aspirina 81-325 mg/die oppure Nessuna terapia	I B  I B
FA con CHADS <sub>2</sub> o CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc risk score 1	Terapia anticoagulante orale: Dicumarolici (INR 2-3) Dabigatran oppure Terapia antiaggregante: Aspirina 81-325 mg/die	I B IIa B  I B
FA con CHADS <sub>2</sub> o CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc risk score ≥2	Terapia anticoagulante orale: Dicumarolici (INR 2-3) Dabigatran	I A IIa B

**Tabella 2: CHAD<sub>2</sub> risk score**

	<b>Fattori di rischio tromboembolico</b>	<b>Punteggio</b>
C	Scopenso cardiaco	1
H	Ipertensione arteriosa sistemica	1
A	Età ≥75 anni	1
D	Diabete mellito	1
S <sub>2</sub>	Precedente ictus/TIA	2

  

<b>CHADS<sub>2</sub> risk score</b>	<b>Rischio di ictus annuo (%)</b>	<b>CHADS<sub>2</sub> livello di rischio</b>	<b>TAO raccomandata</b>
0	1.9	Basso	No
1	2.8	Moderato	Sì, in alternativa ad ASA
2	4.0	Moderato/Alto	Si
3	5.9	Alto	Si
4	8.5	Alto	Si
5	12.5	Alto	Si
6	18.8	Alto	Si

**Tabella 3: CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk score**

	<b>Fattori di rischio tromboembolico</b>	<b>Punteggio attribuito a singolo fattore</b>	<b>Punteggio CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc complessivo</b>	<b>Rischio di ictus annuo rapportato al punteggio complessivo</b>
C	Scompenso cardiaco congestizio/disfunzione ventricolare sinistra ( $\geq 40\%$ )	1	2	2.2%
H	Ipertensione	1	3	3.2%
A <sub>2</sub>	Età $\geq 75$ anni	2	4	4.0%
D	Diabete mellito	1	5	6.7%
S <sub>2</sub>	Ictus/TIA/tromboembolismo	2	6	9.8%
V	Malattia vascolare – coronaropatia, pregresso IMA, arteriopatia periferica, placca aortica	1	7	9.6%
A	Età 65-74 anni	1	8	6.7%
Sc	Sesso femminile	1	9	15.2%

**ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation.**  
**Circulation 2006, 114:e257-e354.**

**Tabella 4: Antithrombotic Therapy for patients with Atrial Fibrillation**

<b>Risk Category</b>		<b>Recommended Therapy</b>
No risk factors		Aspirin, 81 to 325 mg daily
One moderate-risk factor		Aspirin, 81 to 325 mg daily, or warfarin (INR 2 to 3.0, target 2.5)
Any high-risk factor or more than 1 moderate-risk factor		Warfarin (INR 2.0 to 3.0, target 2.5)*
<b>Less Validated or Weaker Risk Factors</b>	<b>Moderate-Risk Factors</b>	<b>High-Risk Factors</b>
Female gender	Age greater than or equal to 75y	Previous stroke, TIA or embolism
Age 65 to 74 y	Hypertension	Mitral stenosis
Coronary artery disease	Heart failure	Prosthetic heart valve*
Thyrotoxicosis	LV ejection fraction $\leq 35\%$	
	Diabetes mellitus	

\*If mechanical valve, target international normalized ratio (INR) greater than 2.5.  
 INR indicates international normalized ratio; LV, left ventricular; and TIA, transient ischemic attack.

**Tabella 5: Risk-Based approach to Antithrombotic Therapy in patients with Atrial Fibrillation**

Patient Features	Antithrombotic Therapy	Class of Recommendation
Age less than 60 y, no heart disease (lone AF)	Aspirin (81 to 325 mg per day) or no therapy	I
Age less than 60 y, heart disease but no risk factors*	Aspirin (81 to 325 mg per day)	I
Age 60 to 74 y, no risk factors*	Aspirin (81 to 325 mg per day)	I
Age 65 to 74 y with diabetes mellitus or CAD	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0)	I
Age 75 y or older, women	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0)	I
Age 75 y or older, men, no other risk factors	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0) or aspirin (81 to 325 mg per day)	I
Age 65 or older, heart failure	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0)	I
LV ejection fraction less than 35% or fractional shortening less than 25%, and hypertension	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0)	I
Rheumatic heart disease (mitral stenosis)	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0)	I
Prosthetic heart valves	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0 or >)	I
Prior thromboembolism	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0 or >)	I
Persistent atrial thrombus on TEE	Oral anticoagulation (INR 2.0 to 3.0 or >)	Ia

\*Risk factors for thromboembolism include heart failure (HF), left ventricular (LV) ejection fraction less than 35%, and history of hypertension. AF indicates atrial fibrillation; CAD, coronary artery disease; INR, international normalized ratio; and TEE, transesophageal echocardiography.

**2011 ACCF/AHA/HRS Focused Update on the Management of Patients With Atrial Fibrillation (Update on Dabigatran).  
Wann et al. JACC Vol. 57, No. 11, 2011**

**Tabella6: Recommendation for emerging Antithrombotic Agents**

2011 Focused Update Recommendation	Comments
<p>Class I</p> <p>1. Dabigatran is useful as an alternative to warfarin for the prevention of stroke and systemic thromboembolism in patients with paroxysmal to permanent AF and risk factors for stroke or systemic embolization who do not have a prosthetic heart valve or hemodynamically significant valve disease, severe renal failure (creatinine clearance &lt;15 mL/min) or advanced liver disease (impaired baseline clotting function) (3). (Level of Evidence: B)</p>	<p>New recommendation</p>

**Tabella 7: Confronto degli studi clinici dei nuovi anticoagulanti nella fibrillazione atriale**

Studio	RE-LY	ROCKET-AF	AVERROES	ARISTOTELE
Farmaco e dose	Dabigatran etexilato 150mg o 110mg bid	Rivaroxaban 20mg/die (15mg/die se ClCr 30-49 ml/min)	Apixaban 5mg bid	Apixaban 5mg bid
Confronto	Warfarin dose-adjusted (INR 2.0–3.0;TTR 64%)	Warfarin dose-adjusted (INR 2.0–3.0;TTR 57.8%)	ASA	Warfarin dose-adjusted (INR 2.0-3.0;TTR 62.2%)
Numero di pz	18.113	14.269	5.600	18.201
Disegno	Randomizzato doppio cieco	Randomizzato, doppio cieco, double dummy	Randomizzato doppio cieco	Randomizzato doppio cieco
Criteri inclusione	FA nei 6 mesi precedenti 1 fattore di rischio per ictus	FA nei 6 mesi precedenti 2 fattori di rischio per ictus	FA nei 6 mesi precedenti 1 fattore di rischio per ictus	FA nei 12 mesi precedenti 1 fattore di rischio per ictus
Età media	71.5aa	73aa	70aa	70aa
Rapporto M:F	63.6 % : 36.4%	60% : 40%	58.5% : 41.5%	64,7% : 35,3%
Pregresso stroke/TIA	20%	55%	13.5%	19%
CHADS <sub>2</sub> score medio	2.1	3.5	2.1	2.1
Warfarin naive	50.4%	37.5%	60.5%	43%
Endpoint primario: stroke ed embolia sistemica (% anno)	1.71% warfarin 1.54% dabigatran 110mg 1.11% dabigatran 150mg (p<0.001)	2.42% warfarin 2.12% rivaroxaban (p<0.001)	3.7% aspirin 1.6% apixaban (p<0.001)	1.60% warfarin 1.27% apixaban (p=0.01)
Sanguinamenti Maggiori (% anno)	3.57% warfarin 2.87% dabigatran 110 mg (p=0.003) 3.32% dabigatran 150 mg (p=0.31)	3.45% warfarin 3.6% rivaroxaban (p=0.576)	1.2% aspirina 1.4% apixaban (p=0.57)	3.09% warfarin 2.13% apixaban p<0.001
ICH (% anno)	0.74% warfarin 0.23% dabigatran 110 mg (p<0.001) 0.3% dabigatran 150 mg (p<0.001)	0.74% warfarin 0.49% rivaroxaban (p=0.019)	0.3% aspirin 0.4% apixaban (p=0.69)	0.80% warfarin 0.33% apixaban (p<0.001)
Commenti	Non inferiorità di dabigatran 110 mg vs warfarin, con riduzione del 20% del rischio di sanguinamenti maggiori e riduzione di ICH. Superiorità di dabigatran 150 mg vs warfarin con tasso sovrapponibile di sanguinamenti maggiori e riduzione di ICH	Non inferiorità di rivaroxaban vs warfarin, con sovrapponibilità nel rischio di sanguinamenti maggiori e riduzione di ICH	Superiorità di apixaban vs aspirina, con simile tasso di sanguinamenti maggiori e ICH	Superiorità di apixaban vs warfarin con riduzione del rischio di sanguinamenti maggiori e di ICH
ICH = intracranial haemorrhage, INR = international normalised ratio, TIA = temporary ischaemic attack.				