

Guida allo Switch tra DOAC e Warfarin

1. Introduzione

La guida fornisce istruzioni pratiche per il passaggio tra terapia anticoagulante orale con DOAC e warfarin, in entrambe le direzioni, per medici di medicina generale.

2. Principi generali

- Evitare interruzioni prolungate di anticoagulazione
- Considerare l'INR e l'effetto farmacologico
- Monitoraggio funzione renale ed epatica
- Adeguare la scelta al contesto clinico

ATTENZIONE: Monitorare sempre l'INR immediatamente prima della dose successiva del DOAC durante overlap.

3. Warfarin -> DOAC

- Sospendere warfarin
- Iniziare DOAC in base a soglia INR (es. INR <2 per apixaban/dabigatran)
- Nessun bridging richiesto nella maggior parte dei casi

ATTENZIONE: Non iniziare il DOAC se INR >2.5; ripetere INR ogni 1-2 giorni.

4. DOAC -> Warfarin

- Iniziare warfarin mentre si mantiene il DOAC
- Controllare INR dopo 2-3 giorni
- Sospendere DOAC quando INR ≥ 2.0
- In alternativa: bridging con eparina

ATTENZIONE: Con edoxaban usare mezza dose durante l'overlap con warfarin.

5. Popolazioni speciali

- FA valvolare e protesi meccaniche: preferire warfarin
- IRC avanzata: evitare DOAC se ClCr <15
- APS: preferire warfarin
- Anziani >80 anni: apixaban ha miglior profilo sicurezza
- Obesità severa: valutare uso warfarin per maggiore controllo

6. Bridging con eparina

Guida allo Switch tra DOAC e Warfarin

- Warfarin -> DOAC: no bridging salvo casi ad altissimo rischio
- DOAC -> Warfarin: bridging indicato se overlap non fattibile
- Usare LMWH a dose piena fino a INR terapeutico