

Le infezioni polmonari nell'anziano

I residenti delle strutture assistenziali sono malati e, spesso, malati di più patologie contemporaneamente. Nelle RA le infezioni respiratorie, e la polmonite in particolare, sono patologie relativamente frequenti, con un tasso da 6 a 10 volte più elevato rispetto a quello di individui non istituzionalizzati. Allettamento, condizioni generali di salute scadenti, malnutrizione, difficoltà alla deglutizione, nutrizione con sondino naso-gastrico possono favorire l'insorgenza di queste patologie. All'elevata morbilità si associa anche una letalità importante, che è calcolata essere la quarta causa di morte nei soggetti in età avanzata

L'incidenza annuale negli anziani varia da 20-40/1.000 per le polmoniti acquisite nelle comunità a 100-250/1.000 per quelle acquisite nelle RA. Si stima quindi che circa il 2% degli anziani residenti in tali strutture sia affetto da polmonite. Il Progetto MARA - Miglioramento dell'Assistenza per Anziani - ha come obiettivo la definizione di percorsi omogenei per la gestione delle patologie di più frequente riscontro negli anziani nelle RA.

► Fattori di rischio ambientali

L'ambiente della RA gioca un ruolo importante nella tutela della salute degli ospiti ed è stato accertato che una cura non adeguata degli ambienti rappresenta un importante fattore di rischio verso agenti infettivi. Ogni RA dovrebbe perseguire una politica di controllo delle infezioni, garantendo la continua pulizia degli ambienti. Al fine di ottemperare tali obiettivi è fortemente consigliato che ogni struttura residenziale si doti di linee guida e protocolli che esplicitino le operazioni di sanificazione ambientale e degli arredi, con relative modalità e periodicità. Il periodico controllo del livello di salubrità ambientale attraverso la compilazione di check-list apposite non possono che rafforzare e completare la serietà dell'obiettivo.

► Fattori di rischio individuali

Le RA rappresentano un setting unico fra quelli extra-ospedalieri in quanto particolarmente densi di soggetti predisposti a contrarre e diffondere

malattie infettive respiratorie e a selezionare ceppi resistenti agli antibiotici. Bisogna, infatti, ricordare che il paziente che vive in RA è affetto da grave comorbilità, è sostanzialmente dipendente in tutte o quasi tutte le attività basali della vita quotidiana ed è un grande consumatore di farmaci, che aumentano il rischio di infezioni respiratorie. Inoltre, è noto che con l'età, il sistema respiratorio si modifica, divenendo meno efficiente e maggiormente soggetto al rischio di infezioni. Sono inoltre frequenti, sempre a causa dell'età, alterazioni della deglutizione e del riflesso della tosse. L'equipe, dunque, non potrà non prestare particolare attenzione alle cure ordinarie del cavo orale e dei manufatti protesici fissi e mobili, alle variazioni della postura del soggetto, alla consistenza dei cibi, all'uso di prodotti addensanti. L'impatto potenziale di un miglioramento dell'igiene orale ha costituito l'oggetto di uno studio condotto in Giappone su 417 soggetti (Shay, 2002). I risultati dello studio hanno mostrato che un approccio "intensivo" di igiene orale si associa a significative riduzioni del rischio di sviluppo di febbre (15% vs 29%, nel gruppo di trattamento rispetto al gruppo di controllo), polmonite (11% vs 19%) e morte (7% vs 16%). Anche se l'assistenza settimanale da parte di un'igienista dentale può essere talora difficile da organizzare in tutte le RA, i dati supportano l'enorme potenziale impatto di una corretta igiene orale fra i pazienti ricoverati in queste strutture e dovrebbe, pertanto, essere preso in seria considerazione (Loesche et al., 1997).



► Diagnosi e terapia

La diagnosi delle infezioni polmonari nelle RA non è sempre facile, dal momento che i sintomi e i segni nel soggetto anziano compaiono spesso in modo subdolo ed atipico. Può essere tuttavia utile classificarli in:

1) sintomi e segni respiratori: tosse, escreato, dispnea, tachipnea, accentuazione del fremito vocale tattile (FVT), ottusità alla percussione, ipofonesi, riduzione del murmure vescicolare, rantoli, crepitii; è importante rilevare l'aumento della frequenza respiratoria rispetto ai valori basali, purtroppo raramente registrati in cartella;

2) sintomi e segni generali: febbre, brividi, astenia, cefalea, mialgie, dolori diffusi, stato confusio-

nale acuto o delirium, inappetenza, vomito, diarrea, scadimento delle condizioni generali, peggioramento repentino delle performances motorie; la febbre può mancare nei pazienti malnutriti, nell'insufficienza renale, nei soggetti utilizzatori di steroidi o FANS e nel corso di polmoniti complicate da sepsi.

Una particolare specificità per le RA è rappresentata dal fatto che la maggior parte degli anziani ricoverati, non è in grado di segnalare i sintomi e segni delle proprie malattie. Da ciò ne deriva che la capacità di osservazione del gruppo multidisciplinare è cruciale nel percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni polmonari.

Di fronte al sospetto di infezione acuta delle vie respiratorie raramente il medico in RA è chiamato

ad individuare l'agente eziologico, mentre diventa essenziale procedere il più rapidamente possibile alla prescrizione della terapia antibiotica empirica. Spesso non viene considerata, specie nei giorni prefestivi e festivi, la difficoltà a reperire i farmaci. L'equipe medica di RA dovrebbe invece definire preventivamente i protocolli di trattamento farmacologica per le infezioni delle vie respiratorie ed assicurarsi che i farmaci selezionati siano inseriti nel prontuario e disponibili presso l'armadio farmaceutico.

Numerosi studi suggeriscono che la terapia di combinazione è più efficace (in termini di sopravvivenza) della monoterapia, in particolare se i pazienti sono gravemente malati (*Kyle 2009, ATS 2001, El-Solh 2010*).