

STATI INFETTIVI NEL PAZIENTE ANZIANO CON LDD

Sandy Furlini* (1); PierGiorgio Bertucci (2); Katia Somà, Marcella Vargiu, Claudia Rizzati, Lorella Beltrame (3); Paolo Bodoni, Alessandra Merlini (4)

(1) Medico Medicina Generale. Volpiano (TO) – ASL 7 Chivasso (TO) Italia

(2) Infettivologo, Tropicalista - ASL 7 Chivasso (TO) Italia

(3) Infermieri Servizio Cure Domiciliari Volpiano (TO) - ASL 7 Chivasso (TO) Italia

(4) Medici di Medicina Generale ASL 7 Chivasso (TO) Italia

Gruppo di Lavoro LCC ASL 7 Chivasso (TO) Italia

Con l'invecchiamento, il sistema immunitario risponde sempre meno attivamente agli insulti esterni derivando una ridotta risposta febbrile agli stati infettivi. Partendo da questa affermazione e' possibile affermare che l'aumento della temperatura corporea anche solo di un grado (da 37 a 38°C) nel paziente anziano possa essere considerata spia di infezione in atto (batterica o virale) ed indurci ad un approccio terapeutico mirato.

La rilevazione della temperatura corporea nel paziente anziano risulta quindi in questi termini sottostimata.

Alcuni autori affermano che in più del 30% dei casi si rileva una batteriemia polimicrobica⁽³⁾, che la complicità infettiva della LdD ha una mortalità del 38%⁽⁴⁾ e spesso l'ospedalizzazione può precipitare il quadro.

La nostra proposta di percorso diagnostico-terapeutico per l'approccio al paziente anziano affetto da lesioni da decubito con sospetto di infezione considera i seguenti aspetti:

- Con maggior probabilità è colpito il tratto genito-urinario e respiratorio.
- In caso di sepsi senza altre evidenti sorgenti di infezione, le piaghe dovrebbero essere considerate la causa più probabile.⁽¹⁾
- Se l'origine non è identificabile negli apparati a rischio e la lesione non presenta caratteristiche cliniche di infezione, è opportuno procedere con antibiotico ad ampio spettro, a dosi piene per almeno 10 giorni.
- Se l'origine è individuata negli apparati a rischio, procedere al trattamento antibiotico specifico.
- Qualora si formuli un sospetto di infezione virale respiratoria è lecito fornire da subito una adeguata copertura antibiotica dato l'elevato rischio di sovrapposizione batterica nei pazienti debilitati.
- Se l'analisi clinica della lesione, depone per uno stato infettivo locale con "host reaction" (febbre), intraprendere da subito terapia antibiotica sistemica ad ampio spettro (non necessario tampone cutaneo) fino a che i parametri locali non depongano per la risoluzione del quadro.⁽²⁾

Terapia di supporto consigliata

- Iperidratazione
- Antipiretici (paracetamolo) a dose piena e ad orario
- Se disponibile accesso venoso, instaurare supporto alimentare prediligendo aminoacidi e glucosio. Ipertermia: ad ogni aumento di 1°C della temperatura corporea corrisponde un incremento del 10% delle richieste metaboliche.
- Data la possibilità dell'instaurarsi di stati di ipercoagulabilità durante un episodio infettivo, aggravati dalla disidratazione, considerando l'ipomobilità presente, è consigliabile attuare una profilassi antitrombotica con eparine a BPM da subito. Si rammenta che l'utilizzo di eparine a bpm riduce il carico di lavoro in termini di monitoraggio del PTT e delle somministrazioni giornaliere rispetto all'eparina tradizionale). Attenzione ai livelli di PLTs in pazienti piastrinopenici. Un controllo dell'Emocromo consente comunque la valutazione di GB, MCV, Hb, HT, PLTs, utili parametri nell'inquadramento generale del paziente.
- Per i pazienti diabetici in cui gli stati infettivi causano scompenso glicometabolico occorre considerare l'introduzione di eventuale terapia insulinica temporanea, la correzione dell'iperosmolarità e particolare attenzione alla terapia reidratante con glucosio.

In casi particolarmente selezionati per gravità e fallimento delle terapie instaurate, prendere in considerazione l'emocultura (sempre in caso di comparsa di soffi cardiaci nuovi o aumento di preesistenti).

- MARINO A. ET AL. "Valutazione del rischio ulcerativo e prevenzione: classificazione dei quadri clinici" in M. Monti, L'ulcera cutanea. Ed. Springer, Milano 2000 pag 135.
- ANDREW J. SMITH "The optimal duration of antibiotic therapy has not been established. In treating cellulitis or erysipelas, antibiotics should be continued until the signs of infection have completely resolved." (Am J Surg. 1996; 172 Suppl 6A: 7S-12S)
- ALLMAN R.M. : Pressare ulcers among the elderly. N Engl J Med 1989; 320: 850-853
- Editorials. Preventing pressure sores. Lancet 1990; 335: 1311-1312