

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Ordine dei Medici di Caserta



***“LE BRONCOPOLMONITI ED I SINTOMI ATIPICI DI PRESENTAZIONE
NELL’ANZIANO”***

Dott. Luigi Sorrentino

Giovedì, 16 ottobre 2014



GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

BRONCOPOLMONITI



POLMONITI

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

BRONCOPOLMONITE(Dizionario Medico Dorland) = Polmonite bronchiale. Infiammazione dei polmoni che inizia nei bronchioli terminali. Focolai multipli che poi possono confluire e dare POLMONITE.

Per **POLMONITE** s'intende un processo infiammatorio che coinvolge il parenchima polmonare distale ai bronchioli terminali(bronchioli respiratori, alveoli e/o interstizio).

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

**POLMONITE EXTRAOSPEDALIERA
(Polmonite acquisita in comunità)
(CAP)**

**POLMONITI NOSOCOMIALI
(HAP)**

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Polmonite acquisita in comunità :

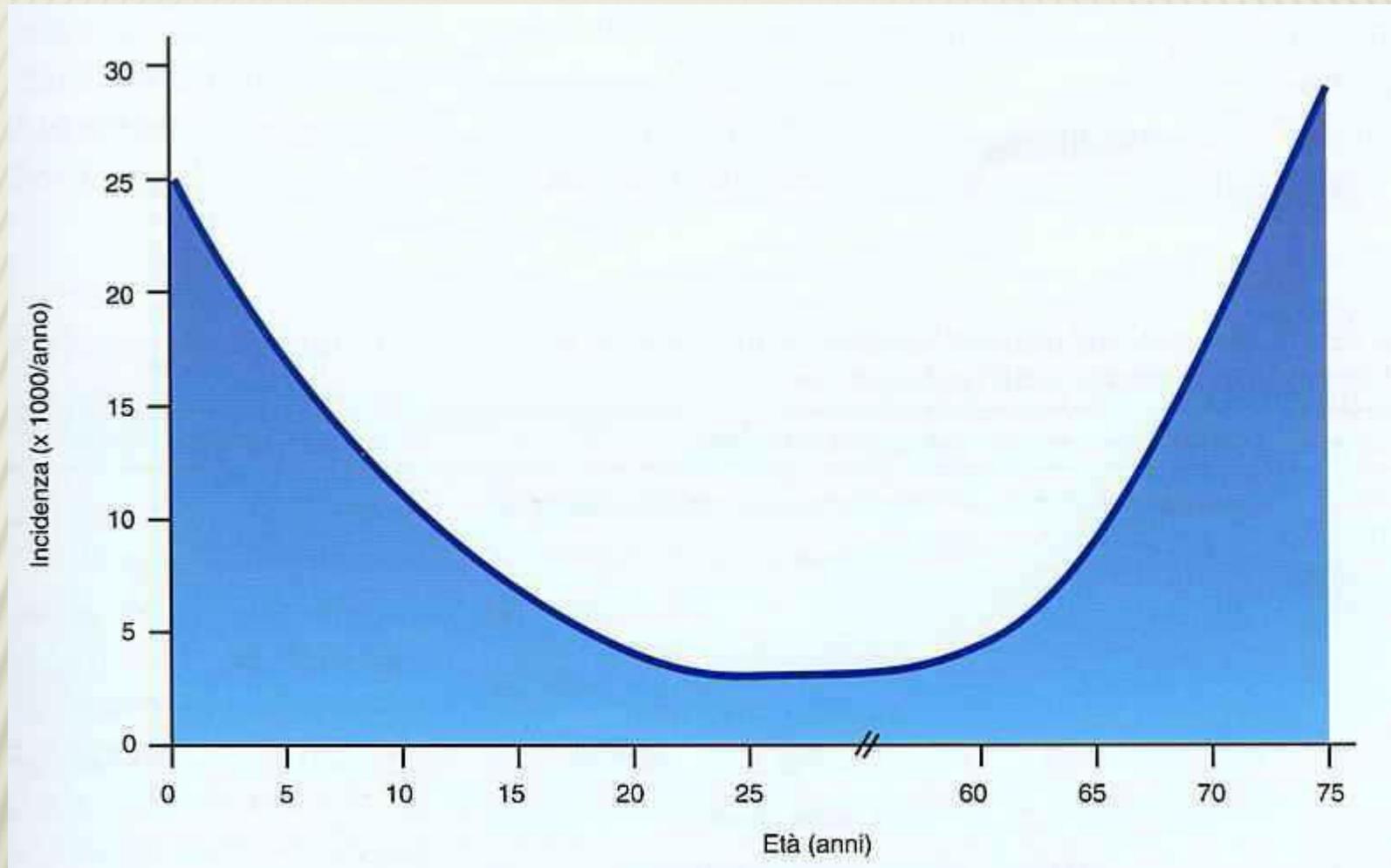
Causata da microrganismi patogeni contratti al di fuori dell'ambiente ospedaliero o dell' ambito sanitario.

Polmonite nosocomiale :

Insorge 48-72 h dopo il ricovero, con esclusione di quelle infezioni già in fase di incubazione al momento del ricovero, oppure dopo 48-72 h dalla dimissione da un reparto ospedaliero.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE



Incidenza di CAP per fascia di età.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

L'incidenza annuale varia da **20 - 40/1000 persone/anno** per la polmonite acquisita in comunità a **100 - 250/1000 persone/anno** per la polmonite acquisita nelle strutture assistenziali di lungodegenza (circa il 2,1% degli anziani residenti in tali strutture sviluppa una polmonite).

Per fascia d'età :

- 16 casi/1000 abitanti/anno tra 65 e 74 anni
- 38 casi/1000 abitanti/anno tra 75 e 84 anni
- 79 casi/1000 abitanti/anno oltre gli 84 anni

Nel 2002 rappresentava la **6^a** causa di morte in questa fascia di età, nel 2013 è diventata la **4^a causa principale di morte** e la **causa di morte più importante per malattia infettiva**.

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

USA: 32000 morti/anno
1° causa infettiva di morte
4° causa principale di morte

ITALIA: Epidemiologia simile a quella degli
USA con 10 morti per 100.000 abitanti
(circa 6000/morti anno)

Il fattore di rischio principale per lo sviluppo di una polmonite nell'anziano è la presenza di altre malattie gravi.

La probabilità che la polmonite abbia un esito sfavorevole, compresa la morte, è legata in maniera diretta al numero delle patologie concomitanti :

- il tasso di mortalità è di **10/100 000** in assenza di altre affezioni,
- sale a **217/100 000** in presenza di un'affezione ad alto rischio
- e a **979/100 000** in presenza di due o più affezioni ad alto rischio.

Nei pazienti anziani è probabile che insorgano complicanze delle polmoniti, come la sepsi, l'empiema e la meningite.

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

FATTORI DI RISCHIO :

INALAZIONE ED ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI OROFARINGEE

RIDUZIONE DELL'ELASTICITA' POLMONARE

RIDUZIONE DEI VOLUMI RESPIRATORI

ALTERAZIONE DELLA CLEARANCE MUCO-CILIARE

INEFFICACE RIMOZIONE DEL MUCO CON LA TOSSE

IMMUNOSENESCENZA

MALNUTRIZIONE

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

INALAZIONE ED ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI OROFARINGEE

Inalazione:

- Gli agenti patogeni sono contenuti nelle goccioline di aerosol, che vengono inalati fino alle vie respiratorie inferiori sotto forma di microparticelle.
(*Mycobacterium tuberculosis*, la *Legionella sp* e il Virus dell'Influenza).
- Sebbene nella maggior parte dei casi la polmonite pneumococcica venga acquisita per aspirazione, in rari casi, specialmente in corso di epidemia, il microrganismo viene inalato.
- L'infezione da *Legionella* non si trasmette per contagio interumano, ma viene acquisita inalando particelle di aerosol infette provenienti da fonti a contatto con l'acqua (p. es., condizionatori d'aria o diffusori delle docce).
- I microrganismi veicolati dalle particelle di aerosol possono essere introdotti nelle vie aeree inferiori dalla strumentazione chirurgica oppure da contaminazione dell'equipaggiamento per la ventilazione.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

INALAZIONE ED ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI OROFARINGEE

Aspirazione:

- Nella polmonite da aspirazione acquisita nella collettività, gli agenti patogeni abituali sono i batteri anaerobi che risiedono normalmente nei solchi gengivali (p. es., peptostreptococchi, fusobatteri, anaerobi melaninogenici).
- Nella polmonite da aspirazione nosocomiale, i patogeni abituali sono i bacilli gram –, talvolta in associazione con gli anaerobi.
- La maggior parte dei casi di polmonite pneumococcica e da bacilli gram – consegue probabilmente alla microaspirazione, in cui un inoculo di batteri abbastanza piccolo si propaga dal faringe posteriore ai polmoni.

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

INALAZIONE ED ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI OROFARINGEE

COLONIZZAZIONE OROFARINGEA

- scarsa igiene orale
- anomalie della deglutizione
- l'aumento dell'adesività dei bacilli gram – alle cellule mucose
- tabagismo
- la debilitazione dovuta a malattie cardiache, respiratorie o neoplastiche
- l'assunzioni ripetute di antibiotici ad ampio spettro

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

INALAZIONE ED ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI OROFARINGEE

Le polmoniti da aspirazione rappresentano:

- **5-15%** delle Polmoniti comunitarie (CAP);
- **15-40%** delle polmoniti in strutture residenziali per anziani;
- **10-50%** delle polmoniti nosocomiali.
- La loro incidenza aumenta con l'età (rapporto di **6:1** negli ultraottantenni rispetto agli adulti)

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE



Paziente di 85
anni con estesi
focolai multipli
da aspirazione

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

RIDUZIONE DELL' ELASTICITA' POLMONARE

- Negli anziani si osserva una riduzione della retrazione elastica polmonare dovuta, probabilmente, alle fibre elastiche danneggiate, soprattutto nella connessione tra queste e gli alveoli. Ne consegue un aumento della percentuale delle piccole vie aeree collassabili.
- La compliance della gabbia toracica si riduce gradualmente con l'età (diventando essa più rigida), per i processi di ossificazione delle articolazioni condro-costali.
- Questa rigidità aumenterà la trazione verso l'esterno che, associata alla riduzione della trazione verso l'interno, determinerà un lieve **incremento** della Capacità Polmonare Totale (**CPT**) (circa 3 ml/anno) ed un aumento più evidente della Capacità Funzionale Residua (**CFR**) (circa 9 ml/anno), ossia del volume del polmone a riposo dopo espirazione normale e del **Volume Residuo (VR)** (circa **20ml/anno**), cioè dell'aria che rimane nel polmone dopo un'espirazione forzata.

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

RIDUZIONE DEI VOLUMI RESPIRATORI

Il flusso aereo durante l'espiazione forzata raggiunge i livelli massimi all'età di 20 anni per le donne e 27 per gli uomini, quale risultato della crescita e dell'aumento della forza dei muscoli della parete toracica. Poi si assiste ad una **diminuzione** costante del **FEV 1** (Volume Espiratorio Forzato al primo secondo) pari a circa **32 ml/anno** e della **CVF** (Capacità Vitale Forzata) pari a **25 ml/anno**.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

ALTERAZIONE DELLA CLEARANCE MUCO-CILIARE

Alterazione dei ponti microtubulari in seno alla struttura delle ciglia con riduzione dell'attività mucociliare

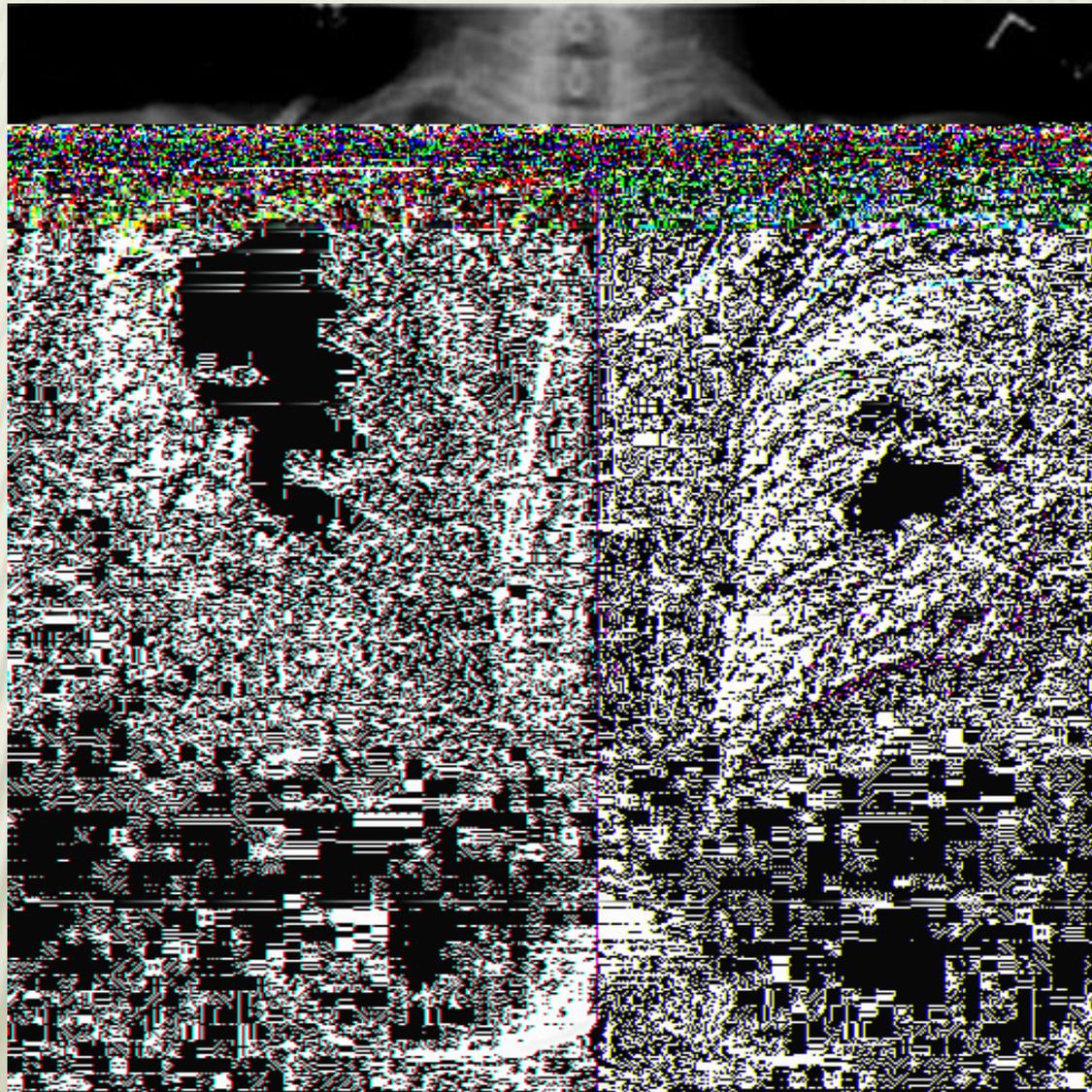
INEFFICACE RIMOZIONE DEL MUCO CON LA TOSSE

Disfagia, compromissione stato di coscienza, uso di sedativi

Giovedì, 16 ottobre 2014

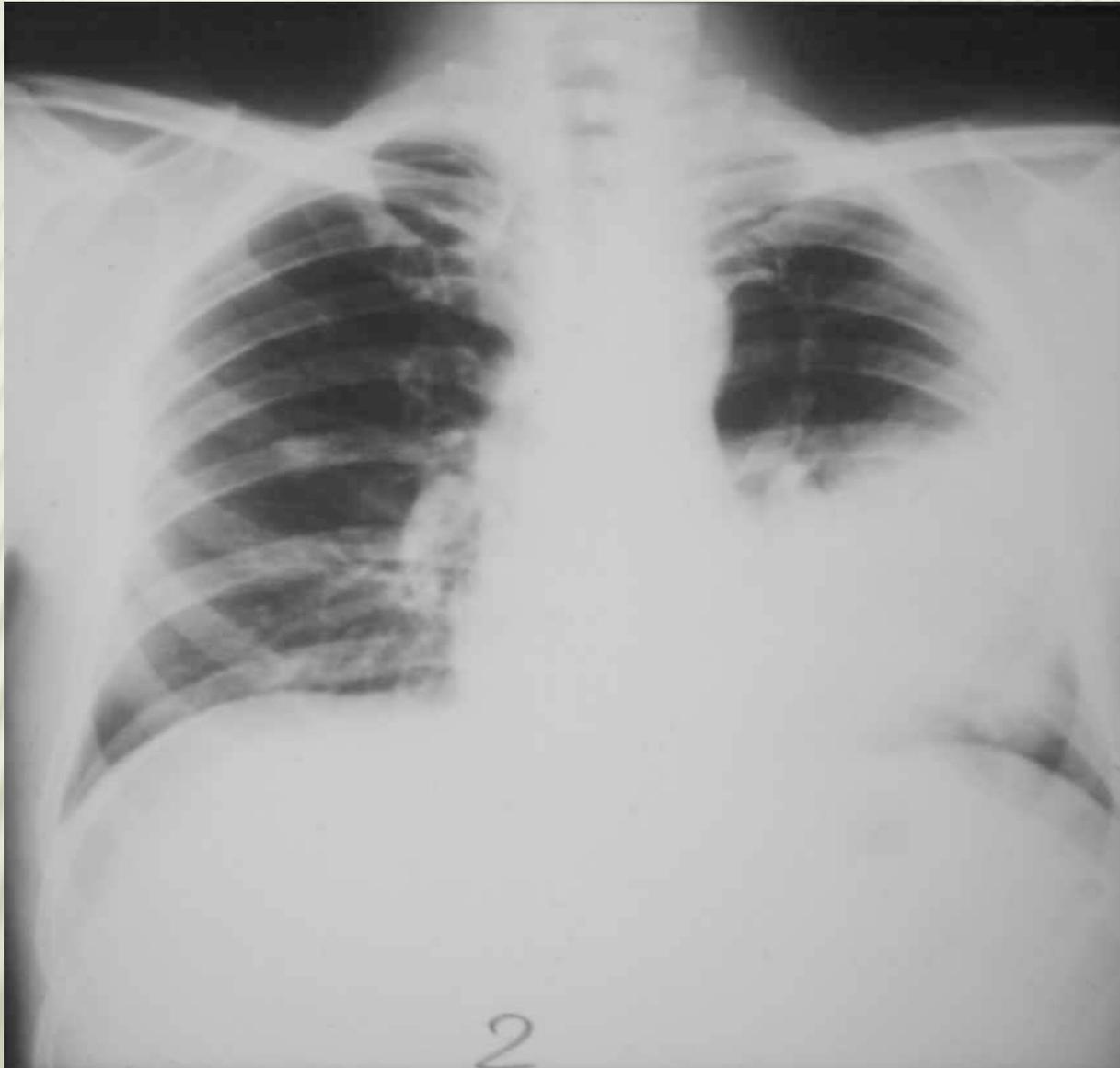
GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

**Polmonite
lobare**



Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE



Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

IMMUNOSENESCENZA

MODIFICAZIONI SENILI DELL'IMMUNITA' CELLULARE

•Fattore

- Numero di linfociti T della memoria
- Numero di linfociti T nativi
- Numero di linfociti T CD8+ CD28-
- Numero di linfociti T attivati in vivo
- Numero di linfociti T autoreattivi**
- Attivazione e proliferazione
- Attività helper e citotossica
- Produzione di interleuchina 2
- Espressione dei recettori per l'interleuchina 2
- Produzione di interleuchina 6 e interleuchina 10
- Riconoscimento delle molecole del complesso maggiore di istocompatibilità**

•Modificazione

- Aumentato
- Ridotto
- Aumentato
- Aumentato
- Aumentato**
- Ridotte
- Ridotte
- Ridotta
- Ridotta
- Aumentata
- Ridotto**

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

IMMUNOSENESCENZA

MODIFICAZIONI SENILI DELL'IMMUNITA' UMORALE

• Fattore

- **Numero di linfociti B responsivi all'antigene**
- Numero di linfociti B espansi clonalmente
- Numero di linfociti B attivati in vivo
- **Numero di linfociti B autoreattivi**
- Espressione delle immunoglobuline di membrana
- Produzione complessiva di IgG1, IgG2, IgG3 e IgA
- Produzione complessiva di IgM e IgG4
- Produzione di anticorpi ad alta affinità
- Produzione di anticorpi contro antigeni estranei
- **Produzione di anticorpi contro antigeni self**

• Modificazione

- **Ridotto**
- Aumentato
- Aumentato
- **Aumentato**
- Ridotta
- Aumentata
- Ridotta
- Ridotta
- Ridotta
- **Aumentata**

Giovedì, 16 ottobre 2014

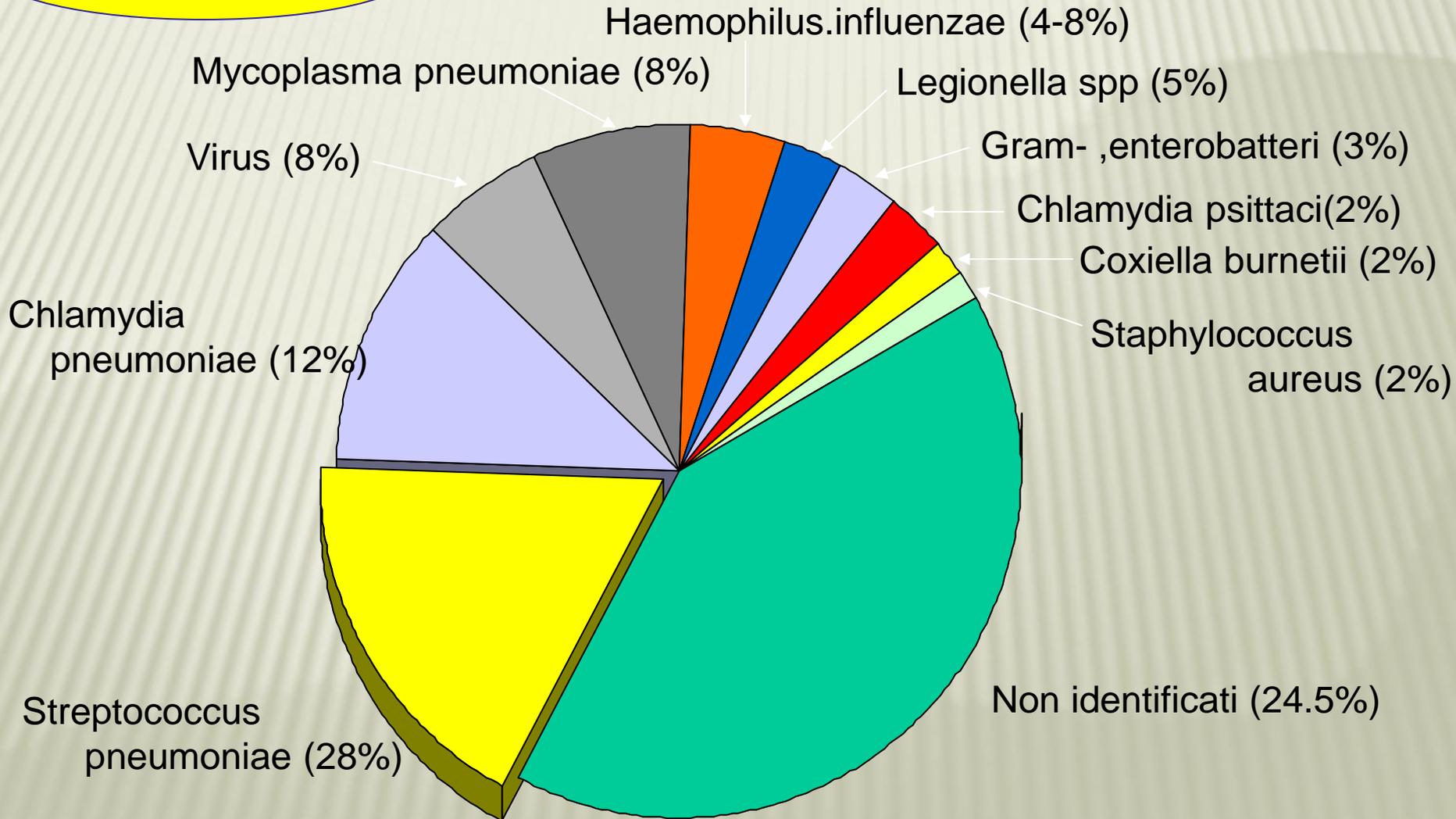
EZIOLOGIA

Nel 20 - 40% non viene isolato alcun agente patogeno specifico.

*Mandell LA et Al. (Consensus Guidelines on the management CPA, A.T.S.)
2007*

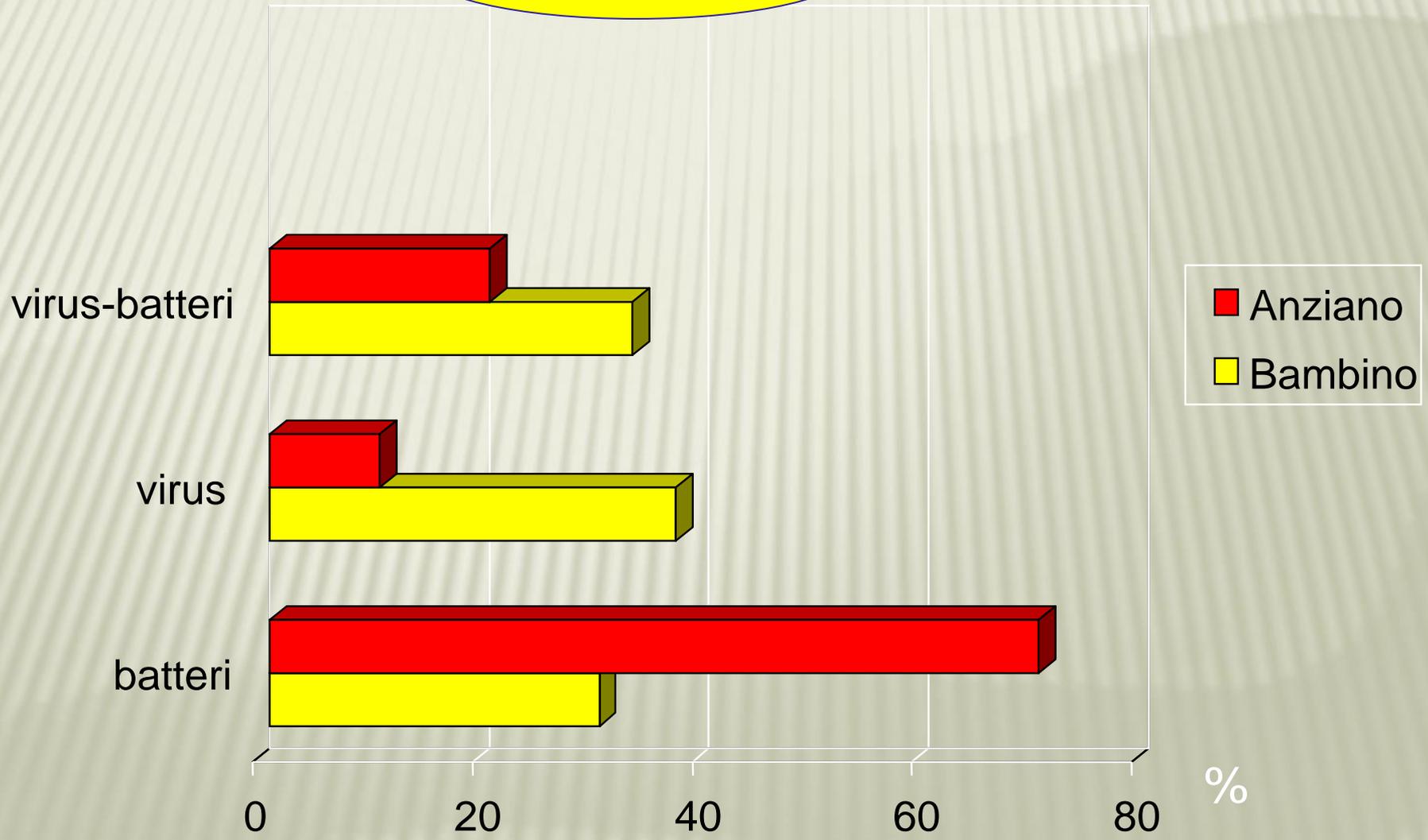
Polmonite extraospedaliera

EZIOLOGIA



Polmonite extraospedaliera

EZIOLOGIA



GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Streptococcus pneumoniae :

- **15-50%** di tutte le polmoniti degli adulti.
- 46/1000 nelle persone di età > 65 anni.
- 60% delle complicanze setticemiche.

Chlamydia pneumoniae

- **5-12%** degli adulti più anziani
- Spesso con quadro grave(ricovero)

Bacilli gram negativi :

- **40-60%** di tutte le polmoniti degli adulti.
- Frequenti negli ambienti ospedalieri
- *Klebsiella*, *Pseudomonas aer.*, *Enterobacter* sp, *Proteus* sp, *E. coli*.
- Possono colonizzare il faringe posteriore nei pazienti debilitati.

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Batteri anaerobi :

- **20%** dei casi di polmonite acquisita nella collettività.
- **31%** dei casi di polmonite nosocomiale.
- **Fusobacterium nucleatum, Prevotella melaninogenica, Peptostreptococchi, Peptococchi, Bacteroides fragilis.**
- Generalmente è conseguente all'aspirazione.

Haemophilus influenzae :

- **8-20%** delle polmoniti nell'anziano. Questi microrganismi
- Causa più frequente della polmonite nei pazienti affetti da bronchite cronica.

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Legionella sp :

- **5%** di tutte le polmoniti diagnosticate mediante coltura
- La predisposizione aumenta con l'età.
- Dall'epidemia del 1976(Filadelfia),oggi si conoscono circa 23 specie di Legionella
- ***L. pneumophila*** è responsabile dell'85% circa di tutte le polmoniti da *Legionella* negli anziani.

Giovedì, 16 ottobre 2014

The Bellevue-Stratford Hotel



Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE



Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Virus:

- Virus influenzali e parainfluenzali causano il 36% delle polmoniti geriatriche.
- L'influenza è la causa principale di polmonite nell'anziano. 4 volte superiore a quella osservata nei soggetti < 40 anni.
- Circa il 90% dei decessi dovuti all'influenza, negli USA, si verifica in persone di età sup. ai 65 anni.
- Il decorso dell'influenza può essere complicato da una polmonite batterica secondaria(in genere Stafilococco Aureo).
- Adenovirus e virus respiratorio sinciziale(bambini e anziani).

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE



Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

SINTOMATOLOGIA

SINTOMI TIPICI

- **Febbre** (Solo nel 33-60% dei pazienti anziani la malattia esordisce con febbre elevata)
- **Tosse**
- **Dispnea**
- **Leucocitosi**
- **Opacità polmonari**

SINTOMI ATIPICI

- **Delirio**
- **Confusione mentale**
- **Tachipnea e Tachicardia**
- **Cadute**
- **Riacutizzazione di patologie croniche**

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Anziani: Polmonite “silente”, possibile coesistenza di delirio, anoressia, profonda astenia, difficoltà alla stazione eretta. Spesso assenti la febbre e i segni obiettivi. Utile il rilievo di tachipnea.

Andrews J. 2003

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

| Scala di Borg | Entità della dispnea |
|---------------|----------------------|
| 0 | Nulla |
| 0,5 | Estremamente lieve |
| 1 | Molto Lieve |
| 2 | Lieve |
| 3 | Discreto |
| 4 | Piuttosto intenso |
| 5/6 | Intenso |
| 7 | Molto Intenso |
| 8 | |
| 9 | Quasi insopportabile |
| 10 | Insopportabile |

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE



SCALA DI BORG NAPOLETANA (`O calvario)

| | |
|-----|---|
| 0 | ASSOLUTAMENTE NIENTE <i>(manco p' `a capa)</i> |
| 0,3 | |
| 0,5 | ESTREMAMENTE DEBOLE APPENA PERCETTIBILE <i>(fesseria `e cafè)</i> |
| 1 | MOLTO DEBOLE <i>(nu pucurillo)</i> |
| 1,5 | |
| 2 | DEBOLE <i>(`na `ntecchia)</i> |
| 2,5 | |
| 3 | MODERATO <i>(accussi accussi)</i> |
| 4 | |
| 5 | FORTE <i>(Madonna d'`o Carmine)</i> |
| 6 | |
| 7 | MOLTO FORTE <i>(nun ce `a faccio cchiu')</i> |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | ESTREMAMENTE FORTE <i>(aiutateme ! sto' pe' muri !)</i> |
| 11 | MASSIMO ASSOLUTO IL PIU' ALTO POSSIBILE <i>(nun m'`o credevo)</i> |



GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

PRIMO CASO

Uomo di 70 anni con dolore toracico insorto improvvisamente, con enzimi cardiaci lievemente alterati ed ECG con anomalie del tratto S-T

Anamnesi:

Diabete Mellito in trattamento con A.D.O. da circa 10 anni (Metformina 500 mg tid), Ipertensione arteriosa da circa 10 anni (Candesartan 32 mg, Amlodipina 5mg) fuma circa 5 sigarette die e non presenta storia di BPCO.

Giungeva al nostro P.S. per ***dolore toracico in regione ascellare sinistra ed irradiazione al braccio omolaterale (fino al gomito)***. Non riferiva tosse, dispnea o febbre.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

L'ECG mostrava segni di un minimo sottoslivellamento del tratto S-T nelle precordiali sinistre e lieve movimento della Mioglobina e della Troponina.

Dopo la consulenza cardiologica il paziente veniva trattenuto in osservazione per ripetere ECG ed enzimi di necrosi dopo 3 ore.

Controllo a tre ore dell'ECG e degli enzimi : sovrapponibili ai precedenti, pertanto veniva consigliata consulenza internistica.

Cons. Internistica : Presenza di rantoli a piccole e medie bolle alla base polmonare di sinistra, SAT. O₂ = 94 % in aria ambiente. T.C. = 37,3°C.

La Rx del torace, consigliata dall'internista, metteva in evidenza addensamento polmonare basale sinistro con piccola componente fluida del seno costo-frenico omolaterale.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Ricovero in Medicina, dopo aver eseguito Ecocardiogramma per verificare un eventuale interessamento pericardico.

Instaurata terapia con Ceftriaxone 2 gr/die e.v. + Azitromicina 500mg/die e.v. per tre giorni, poi tre giorni per os.
In settima giornata la Rx del torace metteva in evidenza la totale scomparsa dell'interessamento pleurico e l'avanzata risoluzione del processo polmonare, T.C. = 36,5°C, SAT. O2 = 96% in aria.

Il paziente, pertanto, veniva dimesso con terapia domiciliare con Cefditoren pivoxil 400 mg/bid per 10 giorni e con Azitromicina per os 500 mg per altri tre giorni (da iniziare 7 giorni dopo l'ultima somministrazione ospedaliera).
Controllo ambulatoriale a 10 giorni : esame clinico completamente negativo, quindi non si è ritenuto opportuno ricontrollare radiologicamente il paziente.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

SINTOMATOLOGIA ATIPICA

Nell'anziano si assiste ad una compromissione dello stato generale, che coinvolge non solo la forza fisica, ma anche la capacità di nutrirsi, l'idratazione, la continenza sfinterica, il tono dell'umore e le funzioni cognitive

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

SECONDO CASO

Donna di 81 anni con disorientamento, stato confusionale e decadimento delle condizioni generali insorti negli ultimi tre giorni.

Diabete mellito tipo II in trattamento con Insulina Rapida 3/die, Basale ore 22,00. Osteoporosi con crolli vertebrali multipli (D6, D7, D8) in trattamento con Ac. Alendronico e Colecalciferolo ogni 7/giorni, più corsetto steccato(che la paziente, però, usa saltuariamente). Diverticolosi del colon da circa cinque anni (Rifaximina cp, 200 mg bis/die, a cicli). Inoltre assume Cardioaspirina 100 mg e Pantoprazolo 20 mg/die.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

ECG : tachicardia sinusale(104 /m'), non turbe significative della ripolarizzazione ventricolare, **P.A.** = 110/60 mmHg, **SAT O2** = 95 % (2L/m di O2). **T.C.** = 38,5°C. Enzimi di necrosi nella norma. G.B = 11.200 con 85 % di neutrofili. Glicemia = 200 mg/dl, Creatininemia = 1,79 mg/dl.
E.G.A = PO2 : 65, PCO2 : 34, SAT O2 : 94 % in O2 Terapia(2/l m')

La valutazione dello stato di coscienza con la Glasgow Coma Scale era di **11(E = 3; V = 4; M = 4)**.

La TC del Cranio evidenziava segni di vasculopatia cerebrale cronica non focale e segni di iniziale atrofia.

Alla Rx del Torace invece era presente un **addensamento basale destro** con seno costo-frenico omolaterale libero.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

VALUTAZIONE STATO DI COSCIENZA (**GCS, Glasgow Coma Scale**)

E' un punteggio della valutazione dello stato di coscienza quindi della gravità del coma, in base alla valutazione della risposta fornita dal paziente su:

- Apertura degli occhi
- Risposta verbale
- Migliore risposta motoria

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

(GCS, Glasgow Coma Scale)

Per ogni area viene assegnato un punteggio, la cui somma costituisce lo score della GCS che va da un minimo di 3 punti ad un massimo di 15 punti.

| AREA | | RISPOSTA | PUNTI |
|---------------------|---|--------------------------|-------|
| APERTURA OCCHI | E | Spontanea | 4 |
| | | Alla voce | 3 |
| | | Al dolore | 2 |
| | | Nessuna | 1 |
| RISPOSTA VERBALE | V | Orientata | 5 |
| | | Confusa | 4 |
| | | Parole inappropriate | 3 |
| | | Suoni incomprensibili | 2 |
| | | Nessuna | 1 |
| | | RISPOSTA MOTORIA | M |
| Localizza il dolore | 5 | | |
| Retrae al dolore | 4 | | |
| Flette al dolore | 3 | | |
| Estende al dolore | 2 | | |
| Nessuna | 1 | | |

Generalmente, le lesioni cerebrali sono classificate come:

Grave, GCS ≤ 8
Moderata, GCS 9-13
Minore, GCS ≥ 14 .

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Veniva instaurata terapia con : O₂ a flussi di 2/l m' per 24 ore die. Infusione di 2 litri di Soluzione Fisiologica all'0,9 % /die. Levofloxacin 500 mg/die. Paracetamolo 1000 mg e.v. all'occorrenza.

Si osservava ripresa progressiva delle condizioni neurologiche nelle prime 24 ore e defervescenza definitiva in seconda giornata.

L'Ossigenoterapia continua fu sospesa in terza giornata. I valori di Glicemia non subirono grosse oscillazioni.

La radiografia del torace di controllo, effettuata in sesta giornata, metteva in evidenza un notevole miglioramento dell'addensamento.

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Alla dimissione, in ottava giornata, la paziente deambulava autonomamente, era discretamente orientata nel T/S, i valori della Creatininemia erano tornati nella norma (1,34 mg/dl). Saturava in aria ambiente 96 %.

La paziente continuava la terapia con Levofloxacina 500 mg/die per altri 10 giorni.

Il controllo radiologico, eseguito a distanza di 15 giorni dalla dimissione, mostrava la completa guarigione radiologica.

Giovedì, 16 ottobre 2014

TERAPIA EMPIRICA

Pazienti domiciliari

(in presenza di comorbidità senza fattori di rischio per Pseudomonas aer.)

•**β-lattamico** (amoxicillina/ac. clavulanico, ceftriaxone) macrolide (claritromicina o azitromicina).

Oppure

•Monoterapia con **fluoroquinolonico** ad attività antipneumococcica (levofloxacin, moxifloxacin)

Pazienti ricoverati in reparto medico

•**β-lattamico** (amoxicillina/ac. Clavulanico, ampicillina/sulbactam oppure **Ceftriaxone, cefotaxime**) **Macrolide** (claritromicina o azitromicina) ev.

Oppure

•**Fluoroquinolonico** ad attività antipneumococcica ev (levofloxacin) in monoterapia

Oppure

•**Ertapenem** macrolide ev

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

PREVENZIONE

- Vaccinazione anti influenzale
- Vaccinazione antipneumococcica
- Immunomodulanti

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

GRAZIE

Giovedì, 16 ottobre 2014

GIORNATA GERIATRICA REGIONALE

Appendice 1

Indicazioni al ricovero ospedaliero (Linee guida Alberta)

Giudizio clinico del medico

- Impossibilità di garantire l'assistenza adeguata al grado di gravità

- Impossibilità a fornire ossigeno

- Impossibilità di garantire il corretto svolgimento della terapia

- Frequenza respiratoria > 40 atti/min

- Frequenza cardiaca > 125 battiti/min

- Insufficienza cardiaca congestizia

- Pressione sistolica <90 mmHg

- Segni di instabilità emodinamica imminenti

- Insufficienza respiratoria

- Alterazione acuta dello stato di coscienza

Una o più di queste condizioni creano l'indicazione al ricovero ospedaliero