

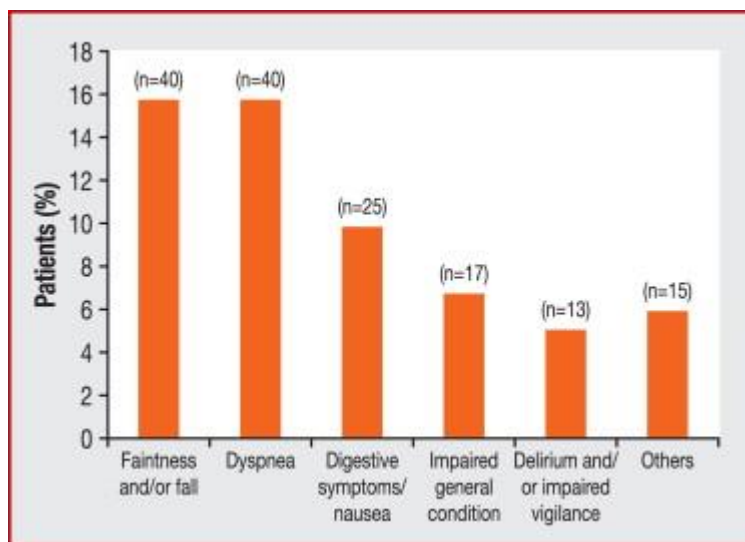
Manuale di Competenze in Geriatria

ITEM 18

La diagnosi differenziale prevede la possibilità che le malattie più frequenti (addome acuto, sindromi coronariche, infezioni delle vie urinarie, polmonite, disidratazione, ecc) abbiano una presentazione clinica atipica negli anziani.

Le variazioni fisiologiche *age-related* descritte nell'item precedente facilitano la comprensione della frequente presentazione atipica delle malattie dell'anziano. Non raramente è la più comune presentazione delle malattie soprattutto nei più anziani e in quelli fragili; solo il 40% degli anziani presenta sintomatologia tipica come prevede il modello tradizionale della *one-disease*. In Geriatria è comune invece l'atipicità, la non specificità dei sintomi come anche l'*underreporting* dei sintomi. Un mutamento delle condizioni cliniche richiede la valutazione multidimensionale geriatrica e la revisione delle cure in atto in particolare dei farmaci assunti. La presentazione atipica delle malattie (PAM) diventa anche la descrizione dei *giants of geriatrics* che comprendono cadute, delirium, riduzione della mobilità, iatrogenesi, incontinenza urinaria, perdita della capacità a svolgere le ADL, declino cognitivo.

Il setting riveste un ruolo importante: al pronto soccorso (PS) la PAM è presente in circa un terzo degli anziani che vi accedono e riguarda soprattutto gli episodi di caduta che rappresenta una vera sindrome geriatrica. Anche l'assenza di febbre è di frequente riscontro; le infezioni delle vie urinarie e la demenza sono i fattori di rischio di presentazione atipica frequentemente riscontrati in questo setting. Nella figura che segue sono elencate le cause di presentazione clinica atipica in pazienti anziani con cardiopatia ischemica.



La diagnosi in questi casi richiede accortezza, ma anche tempo per emergere: le strutture di Osservazione Breve Intensiva possono rappresentare un modello organizzativo funzionale per i pazienti geriatrici per ovviare ai problemi clinici citati. In RSA il 90% degli ospiti presentano fragilità a causa delle molte malattie croniche e i conseguenti problemi cognitivi, affettivi e funzionali; sono vulnerabili ai danni diretti e indiretti dei farmaci; sono ad alto rischio di PAM che hanno la peggior prognosi.

La rilevazione dei segni vitali è fondamentale soprattutto se di questi preziosi parametri si conosce l'andamento nel tempo. Nella tabella che segue sono riportate le PAM che più frequentemente sono state segnalate e attribuite a cambiamenti fisiologici, riduzione della riserva funzionale degli organi, ma anche a interazioni fra più malattie coesistenti:



Manuale di Competenze in Geriatria

MALATTIA	PRESENTAZIONE TIPICA	PRESENTAZIONE ATIPICA
Polmonite	tosse, dispnea, febbre, espettorato	assenza dei sintomi usuali ma presenza di confusione mentale, anoressia, apatia, malessere
Infarto del miocardio	forte dolore sottosternale, nausea	scarso dolore, confusione, debolezza, vertigini, dispnea
Infezioni urinarie	disuria, pollachiuria, ematuria, febbre	incontinenza, anoressia, confusione mentale
Infezioni	febbre, tachicardia, leucocitosi	assenza di febbre e tachitardia, modesto aumento di leucociti, delirium
Herpes zoster	dolore, vescicole pustolose	dolore toracico o dorsale
Depressione	umore triste, aumento del sonno, fluttuazione del peso corporeo	apatia, confusione, non si sente depresso
Iperipertiroidismo	agitazione, tachicardia	letargia, aritmie, perdita di peso, fatica
Appendicite	dolore al quadrante addominale destro, febbre, tachicardia	dolore addominale diffuso, urgenza minzionale, confusione mentale, assenza di febbre e tachicardia
Demenza		si può presentare come <i>failure to thrive</i>
Ipoglicemia	sudorazione, tachicardia, midriasi	sudorazione poco evidente, assenza di tachicardia

Anche la demenza può avere presentazione atipica: si ricorda la possibilità che inizialmente ci sia l'afasia fluente e non fluente oppure una progressiva disfunzione visiva. Le manifestazioni atipiche e non specifiche più frequenti come manifestazione iniziale di una malattia sono: anoressia, delirium e letargia, vertigini, cadute, dispnea, comparsa di incontinenza urinaria, nausea, self-neglect e riduzione non spiegata del peso corporeo. I cambiamenti di stato sono fondamentali: la loro rilevazione richiede adeguate attenzioni da parte degli infermieri e dei caregiver. Anche i dati forniti dal laboratorio possono essere poco significativi; attenzione al rapporto urea/creatinina, indicativo dello stato di idratazione. La diminuzione anche modesta delle capacità funzionali e dell'appetito sono spesso i primi segni della malattia nell'anziano; si ricorda in particolare il delirium che è una delle più comuni presentazioni atipiche delle malattie in età geriatrica; è anche un segno prognostico negativo.

La rilevazione dei parametri vitali è fondamentale nell'anziano e ci sono alcune particolarità da ricordare. La frequenza respiratoria (16-18 atti respiratori/min) deve essere integrata dalla ricerca di eventuali alterazioni del ritmo come il respiro periodico; sarà utile disporre del pulsossimetro che informa sulla saturazione periferica dell'ossigeno (%satO₂). La temperatura corporea deve essere rilevata ricordando la sua importanza clinica soprattutto se misurata nel tempo e nelle sedi opportune (si deve definire il tipo di febbre: continua, intermittente e remittente); esistono moderni strumenti di misurazione che agevolano le operazioni. Non raramente le malattie infettive decorrono nell'anziano in modo atipico, e cioè anche senza ipertermia. L'evento ipotermia è più frequente negli anziani e richiede l'utilizzazione di un termometro adeguato. La valutazione della pressione arteriosa (PA) fornisce informazioni rilevanti se eseguita sia in posizione orizzontale (5 minuti di riposo) che nei tre minuti successivi alla assunzione della posizione eretta. Se la PA sistolica diminuisce di 20 mmHg o più dopo 3 minuti si parla di ipotensione ortostatica (è sintomatica o asintomatica); se si valutano i valori della PA con continuità già nei 60 secondi che seguono l'assunzione della posizione eretta si può esprimere un giudizio sulla velocità del recupero dei valori della PA sistolica che indica la funzionalità del riflesso barocettivo sottoposto al carico derivante da fattori diversi che rispondono allo spostamento della massa ematica verso il basso, fra i quali bisogna annoverare anche i farmaci assunti



Manuale di Competenze in Geriatria

e la massa ematica (volemia). Fondamentale è l'utilizzazione di uno sfigmomanometro moderno che memorizzi i valori e che fornisca indicazioni anche sulla frequenza del polso periferico e sulla sua ritmicità. Non si deve dimenticare che nel vecchio la rigidità della parti arteriose ostacola la compressione del vaso e può determinare la pseudoipertensione (è consigliabile durante la misurazione della PA valutare anche il polso radiale per confermare il reperto auscultatorio quando utilizzato per rilevare la PA massima e minima). Le prestazioni fisiche e cognitive diventano un quinto segno vitale nella persona anziana: la depressione è il più frequente problema di salute mentale nell'anziano, compromette una buona qualità della vita, provoca disabilità funzionale ed è fattore di rischio di mortalità e molto spesso ha una presentazione atipica.

Abbiamo più volte ricordato che il setting condiziona i comportamenti e l'appropriatezza degli interventi. L'ospedalizzazione dell'anziano e soprattutto del grande vecchio non è sempre la decisione più appropriata; infatti, i risultati della ospedalizzazione del grande vecchio spesso non sono buoni. L'anziano ricoverato è "acuto" anche se presenta multipatologia e disabilità variabile e una sindrome geriatrica: l'ospedale spesso non è in grado di offrire cure ed assistenza proporzionate e qualificate a questa casistica.

Il **Modified Early Warning Score** (MEWS) è un semplice strumento per valutare la gravità clinica e il rischio di mortalità di un paziente, anche anziano, che presenta un evento acuto di varia natura. Esso prevede la semplice rilevazione dei segni vitali fondamentali (pressione arteriosa, temperatura corporea, frequenza cardiaca e respiratoria) e dello stato di coscienza valutato con la risposta a stimoli con AVPU (*alert, voice, pain, unresponsive*). La tabella di seguito aiuta a creare lo score del MEWS.

PUNTEGGIO	3	2	1	0	1	2	3
Pressione sistolica	<70	71-80	81-100	101-199	-	>200	-
Freq. cardiaca (BPM)	-	<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
Freq. respiro (RPM)	-	<9	-	set-14	15-20	21-29	>30
Temperatura (°C)	-	<35	-	35.0-38.4	-	>38.5	-
AVPU	-	-	-	A	V	P	U

Stato di coscienza: A=vigile – V=risponde alla parole – P=risponde agli stimoli dolorosi – U=non risponde

Un punteggio elevato è predittivo di ammissione al pronto soccorso (PS), alla terapia intensiva. La valutazione del MEWS nel tempo fornisce indicazioni prognostiche in quanto misura l'instabilità clinica. Monitorando i segni vitali si calcola l'indice MEWS nel tempo. La sua valutazione all'ingresso del PS predice l'evento mortalità e anche la durata del ricovero in pazienti anziani. In questa casistica il 56,7% degli anziani ammessi al PS avevano un punteggio MEWS di 0, il 27,9% di 1-2; se il MEWS è uguale o maggiore di 3 la probabilità di morte è stata pari al 9,8%, 15,8% e 22,5% per valori di MEWS rispettivamente di 3,5 e più di 5; l'OR (rischio di morte) è rispettivamente di 9,5, 15,8 e 22,6.

CONCLUSIONI

La PAM può avere tre espressioni: 1) presentazione vaga e indefinita; 2) presentazione modificata; 3) assenza di sintomi. L'atipia della presentazione indica la mancanza dei segni più tipici delle malattie che a volte sono sostituiti dalla emergenza delle sindromi geriatriche come cadute, delirium, incontinenza urinaria, apatia, fatica, anoressia, disturbi del sonno. L'incapacità di riconoscere le malattie che si manifestano in modo atipico compromette la tempestività dei trattamenti.

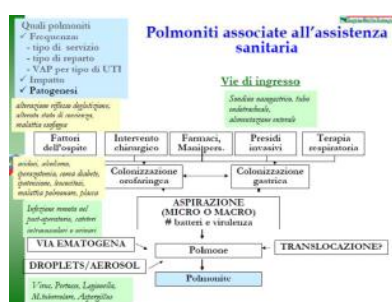
I fattori di rischio di PAM sono: l'età (più frequente dopo gli 80-85 anni), la presenza di multimorbilità e politerapia, preesistenti alterazioni cognitive e funzionali. L'identificazione dei fattori di rischio che si associano alla presentazione atipica delle malattie è importante; la disponibilità di una documentazione clinica qualificata agevola l'iter diagnostico. In grande considerazione si deve tenere il



Manuale di Competenze in Geriatria

calo ponderale (> 5%), il declino funzionale e cognitivo, la depressione, il cambiamento rilevanti delle abitudini di vita.

I sintomi aspecifici e atipici delle malattie più comuni sono diversi: confusione mentale, negligenza, cadute, incontinenza urinaria, apatia, anoressia, difficoltà a bere (deglutire), dispnea, fatica, perdita di peso fino alla *failure to thrive* (FTT). Questo quadro in cui il paziente “non ce la fa” deve far pensare ad importanti malattie non ancora evidenti. Questa sindrome FTT è caratterizzata da perdita di peso, stato di nutrizione compromesso, inattività, depressione, disidratazione, immunità compromessa, colesterolemia ridotta. Si consideri il peso corporeo un parametro fondamentale dal punto di vista clinico, che deve essere valutato anche nei pazienti allettati utilizzando strumenti ampiamente disponibili. L'infarto del miocardio (IM) silente è frequente nella popolazione anziana; potrebbe trattarsi di un IM non precedentemente diagnosticato; il 30% degli IM con onda Q evidente non è clinicamente riconosciuto soprattutto nei soggetti con più di 75 anni. La polmonite può dare sintomi modesti ma non dovrebbe sfuggire all'attenta auscultazione dei campi polmonari e alla rilevazione di un aumento della frequenza respiratoria (segno vitale). I pazienti anziani sono spesso disidratati o hanno una ridotta capacità di tossire e di produrre espettorato.



La polmonite non richiede obbligatoriamente l'ospedalizzazione; la radiografia del torace può essere fatta anche a domicilio. Nell'anziano ospedalizzato è frequente la polmonite nosocomiale associata anche alle procedure sanitarie (vedi figura sopra); essa insorge 48-72 ore dopo il ricovero e nella sua patogenesi ha un ruolo importante l'aspirazione di materiale orofaringeo, sede di colonizzazione batterica soprattutto in carenza di igiene del cavo orale da parte del personale infermieristico.

L'alterata deglutizione è frequente nell'anziano e dovrebbe essere valutata con test semplici: al paziente seduto in posizione comoda ed eretta si richiede di bere senza interruzione tre sorsi d'acqua da un bicchiere e si valuta poi la presenza di segni di disfagia come tosse (fino a un minuto dopo la deglutizione), gorgoglio o cambiamenti di voce.

Si ricorda poi la casistica degli anziani che accedono al PS dell'ospedale per motivi sociali, per l'impossibilità a rimanere a casa da soli per motivazioni non mediche, come l'impossibilità ad aver cura di se stessi. La diagnosi è acopia che indica la *inability to cope* dal punto di vista fisiologico, funzionale e anche sociale; è il caso non infrequente dell'anziano la cui abitazione non è adeguata ai suoi bisogni. Non si deve dimenticare che anche l'abuso può influenzare fortemente le manifestazioni cliniche delle malattie e in particolare quelle da trauma fisico.

