

**SCIENCE MAGAZINE**  
**Rivista Scientifica Aziendale**  
**Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli**  
**Reggio Calabria**

Azienda Ospedaliera “Bianchi-Melacrino-Morelli” Reggio Calabria

**U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza**

**Direttore f.f. Dott. Francesco Moschella**

F. Moschella-F. Barreca-F.Caccamo-R. Caridi-M.R.Giofrè-G.Lavilla-M.G.Pensabene

**Le polmoniti post-influenzali in Osservazione Breve Intensiva**

**Dott. Francesco Moschella Via S. Caterina Dir. I n. 14 Reggio Calabria. email:f.moschella@alice.it**

Dott. Filippo Barreca

Dott. Filippo Caccamo

Dott. Rocco Caridi

Dott. Maria Rosa Giofrè

Dott. Giuseppe Lavilla

Dott. Maria Grazia Pensabene

**Parole chiave:** Polmonite, osservazione breve intensiva.

**Key words:** Pneumonia, intensive short observation.

**Riassunto:** Gli autori descrivono i casi di polmonite secondaria a sindrome influenzale in Osservazione Breve Intensiva.

**Summary:** The authors describe the cases of pneumonia secondary to influenza in Short Intensive Observation.

## **Introduzione**

La stagione influenzale 2014-2015, ha raggiunto il suo picco massimo nel periodo gennaio-febbraio 2015, l'influenza, in tale periodo ha colpito indistintamente tutte le età, ma le sue complicanze, tra cui le polmoniti, si sono manifestate, in maniera più significativa nelle persone anziane, nei pazienti cronici, nei pazienti affetti da BPCO.

I virus influenzali coinvolti nell'epidemia influenzale sono rappresentati da ceppi del gruppo A: H3N2 e H1N1 e da ceppi del gruppo B: B/Yamagata e B/Victoria.

Per la stagione 2014-2015 è stata modificata la definizione clinica di "sindrome influenzale" per renderla omogenea a quella adottata in tutta Europa.

La recente definizione clinica di sindrome influenzale, include manifestazioni acute con sintomi generali e respiratori.

Qualsiasi soggetto che presenti improvviso e rapido insorgere di:

- Febbre o febbre
- Malessere/spossatezza
- Mal di testa
- Dolori muscolari

e almeno uno tra i seguenti sintomi respiratori

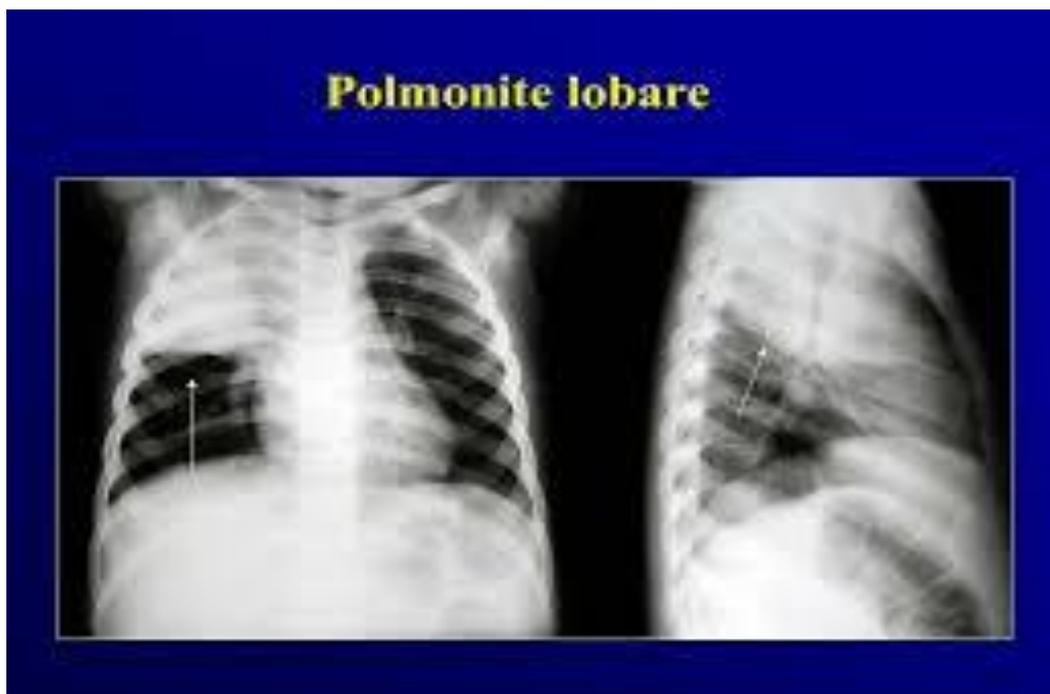
- Tosse
- Mal di gola
- Respiro affannoso

Una delle più frequenti complicazioni della sindrome influenzale è rappresentata dal riscontro di addensamenti polmonari in pazienti con sindrome influenzale in atto o in fase di convalescenza.

Tali patologie sono determinate, frequentemente dallo Streptococco Pneumonie e dall'Hemophilus influenzae,

I germi, di solito raggiungono i polmoni per via inalatoria o per aspirazione. Si localizzano nei bronchioli, proliferano e danno origine a un processo infiammatorio che inizia negli spazi alveolari con l'essudazione di un liquido ricco di proteine. I fluidi agiscono come terreno di coltura per i batteri e facilitano la disseminazione agli alveoli vicini, causando tipicamente una polmonite lobare, che si

manifesta in modo brusco, con brividi, innalzamento rapido della temperatura fino a 39-40°C, dolore intenso ad un emitorace che limita i movimenti respiratori, tosse, segni di compromissione generale dell'organismo (aumento della frequenza cardiaca e diminuzione della pressione arteriosa, cefalea, nausea e vomito). Con adeguata terapia antibiotica la polmonite lobare si risolve completamente in una o due settimane.



### **Materiali e metodi**

Nel periodo 1.1.2015-28.2.2015, presso l'UOS OBI dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, sono stati ricoverati n. 26 pazienti affetti da broncopolmonite, 14 uomini in età compresa tra 55 e 91 anni e 12 donne in età compresa tra 61 e 85 anni.

Tutti i pazienti si erano presentati in Pronto Soccorso perchè affetti da sintomi riconducibili a sindrome influenzale o per dispnea e dolori al torace, durante la fase di convalescenza.

Il 50% di tali pazienti presentavano patologie croniche (diabete mellito, cardiopatie, BPCO, ecc.).

20 pazienti erano già stati sottoposti a radiografia del torace direttamente in P.S., che evidenziava segni di addensamento polmonare, per i rimanenti 6 pazienti, l'addensamento è stato riscontrato in seguito a Rx torace eseguito in OBI.

All'ingresso in OBI solo 7 pazienti su 26 si presentavano febbrili.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti in OBI a :

- Esami di laboratorio
- EGA
- Opportuna terapia antibiotica con Levofloxacina 500 mg /IV, tranne per due pazienti con allergie ai fluorochinoloni trattati con Ceftriaxone 2 g/IV.
- Terapia antipiretica con Paracetamolo 1000
- N. 5 pazienti affetti da BPCO sono stati sottoposti a terapia di supporto con tiotropio bromuro.

### **Risultati**

Tutti i pazienti sono stati dimessi direttamente dall'UOS OBI, dopo una degenza media di 36/48 ore e per nessuno degli stessi si è reso necessario il ricovero presso reparti di degenza.

Alla dimissione è stato consigliato il proseguimento della terapia con Levofloxacina 500 cp:1 cp/die per ulteriori 8 giorni e l'indicazione alla ripetizione della radiografia del torace dopo 15 giorni.

Nessuno dei pazienti ha fatto ritorno in P.S. per problematiche connesse al motivo del ricovero.

### **Conclusioni**

Il trattamento delle polmoniti lobari in OBI, in pazienti non complicati, contribuisce in maniera notevole, in un momento in cui vi è una contrazione dei posti letto per acuti, a favorire la deospedalizzazione e un più appropriato utilizzo sia delle risorse che dei posti letto.

Da quanto si evince dal presente studio, è innegabile il vantaggio ottenuto nel trattare i pazienti con polmonite lobare non complicata presso le Unità di Osservazione Breve Intensiva, tali vantaggi si compendiano in:

- a) Rapidità di accesso al trattamento;
- b) Minori costi per il SSN;
- c) Notevole riduzione dei tempi di degenza;
- d) Minore utilizzo dei posti letto specialistici a tutto vantaggio di patologie più complesse.

### **Bibliografia**

1. *Archivio Cartelle Cliniche U.O.S. OBI - Azienda Ospedaliera Reggio Calabria*
2. *Influnet. Protocollo operativo sorveglianza epidemiologica e virologica 2014-2015. Ministero della Salute*
3. *Masterton RG et al. J Antimicrobial Chemotherapy 2008, 62:5. Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia in the UK: report of the working party on hospital-acquired pneumonia of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy.*
4. *Niedermann MS, Mandell LA, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD, Dean N, File T, Fine MJ, Gross PA, et al Am J Respir Crit Care Med 2001;163:1730-1754. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention.*
5. *Liberati A, D'Amico R, et al. Cochrane Database System Rev 2004; issue 1: CD000022. Antibiotic prophylaxis to reduce respiratory tract infections and mortality in adults receiving intensive care.*