



Katiuscia Chirico

Infermiera

Malattie Infettive - Dipartimento Diagnostica per Immagini

IL PAZIENTE CON TUBERCOLOSI POLMONARE: prendersi cura della stessa persona attraverso un percorso assistenziale integrato

La tubercolosi è una malattia importante, responsabile di circa 2 milioni di morti ogni anno nel mondo (dati OMS 1997/98).

Particolarmente colpiti sono soggetti indeboliti da altre malattie (come ben dimostrato dal caso dei malati di AIDS), soggetti che vivono in scadenti condizioni socio-economiche, soggetti indeboliti dall'età avanzata.

Le cattive condizioni di vita, ed in particolare la mal nutrizione, intesa come alimentazione scarsa ed insufficiente, favoriscono l'espansione della malattia perché indeboliscono l'organismo ed il suo sistema immunitario.



Nei paesi in via di sviluppo la TB colpisce circa il 60% dei giovani adulti, quindi donne fertili e uomini abili al lavoro ed al sostentamento delle famiglie. Il 9% delle giovani donne, dai 15 ai 45 anni, che ogni anno muore nel mondo è dovuto alla TB. L'HIV è responsabile del 3% delle morti nella stessa fascia d'età.

Ma a differenza di HIV e guerre la TB è una causa di morte che può essere affrontata, combattuta in modo relativamente semplice, riducendo o eliminando le ini-

quità sociali, osservando e controllando i gruppi sociali più vulnerabili, favorendo l'accesso al trattamento raccomandato dal WHO (OMS), noto come DOTS.

DOTS è il trattamento chemioterapico somministrato sotto diretta osservazione, a breve termine, che si è rivelato molto efficace (fonti WHO/OMS) associato ad altre misure combinate insieme:

- impegno politico dei paesi maggiormente coinvolti (paesi asiatici: India, Cina, Pakistan, etc);
- individuazione dei casi attraverso l'analisi delle secrezioni polmonari;
- regolare e costante fornitura degli antibiotici;
- monitoraggio e valutazioni costanti dei risultati del trattamento.

Nelle zone dove queste misure sono state adottate, i tassi di mortalità relativi all'infezione da TB sono stati ridotti di cinque volte e ora si aggirano intorno al 4-5%. (Fonte: U.N. Chronicle; n°1; anno 1999)

LA TUBERCOLOSI IN ITALIA E A REGGIO EMILIA



IL PAZIENTE CON TUBERCOLOSI POLMONARE: prendersi cura della stessa persona attraverso un percorso assistenziale integrato

In Italia l'incidenza dal 1986 al 2003, in 17 anni, ha avuto un andamento altalenante, con tendenza ad una certa stabilità, ed è attestato tra il 6% e l'8%.

Così per la nostra provincia, dove però la tendenza è alla crescita, attestata ora intorno al 15%, con fasi di alti e bassi negli anni in osservazione.

Nella nostra provincia (dati S.I.P.) viene curato con successo il 92.5% delle forme polmonari (le più diffuse), secondo le raccomandazioni WHO/OMS; il che significa che 32 malati su 39 guariscono.

Fattori chiave dell'aumento costante di casi dal 1980 sono:

- Incremento delle cause di immunodeficienza, associato al progressivo aumento delle persone anziane;
- Incremento dei flussi migratori (4.1% all'1-1-2000).



Inoltre è diventato più efficiente il sistema di notifica al S.I.P..

Nella nostra provincia dal 1999 è attivo un gruppo interaziendale provinciale con compiti di coordinamento, sorveglianza e controllo della TB composto da un selezionato numero di specialisti e professionisti interessati e coinvolti dal problema.

Questo gruppo interaziendale rappresenta il "BRACCIO OPERATIVO" di un modello organizzativo che ha messo in sinergia le diverse capacità, esperienze e professionalità, potenziandole anziché disperderle.

Punti di forza di tale modello sono:

- condivisione e adozione diffusa delle Linee Guida elaborate;
- il coinvolgimento dell'organizzazione "C. S. F. S." della Caritas;
- adozione di due ambulatori per il follow-up mensile dei pazienti (uno presso U.O. Pneumologia e uno presso U.O. Malattie Infettive);
- la presenza costante di un mediatore culturale durante le visite ambulatoriali e se necessario durante la degenza ospedaliera;

- la gratuità di tutte le prestazioni sanitarie e di tutti i farmaci (anche non in fascia A) che vengono distribuiti direttamente;
- adozione della DOT (terapia direttamente osservata) presso il "Centro S.F.S."

Grazie a questa organizzazione e a questo sforzo, anche culturale, nel 2000 sono stati notificati al S.I.P. 34 casi, di cui l'85.7% è stato trattato con successo; nel 2001, dei 41 casi notificati, quelli curati con successo sono stati il 90%.

Tre sono i motivi chiave dei risultati cui si è pervenuti a Reggio Emilia:

- organizzazione orientata ad una diagnosi precoce;
- organizzazione orientata ad una adesione alla terapia (terapia sotto osservazione-DOTS);
- controllo dei contatti più efficace.

Ruolo dell'infermiere nelle U.O. di Pneumologia e Malattie Infettive

Da un punto di vista tecnico l'assistenza al paziente affetto da TB (prevalentemente polmonare) è abbastanza semplice. Si tratta infatti, per lo più, di soggetti appartenenti a due distinte categorie:

- da una parte gli stranieri, spesso senza regolare permesso, provenienti da Cina, India, Pakistan, Nord-Africa e meno frequentemente dall'Est Europa. Sono quasi sempre giovani-adulti, nei quali la TB è spesso la sola emergenza patologica. A parte l'infezione tubercolare, infatti, sono uomini e donne che godrebbero di buona salute.
- Dall'altra parte gli anziani, ultra 65enni, nei quali più che di contagio si parla di riacutizzazione di una infezione provocata dal "risveglio" di Microbatteri dopo molti anni di "letargo".

Questa ricaduta coincide con il decadimento delle condizioni generali del soggetto anziano e l'indebolimento del sistema immunitario. Circostanze che permettono il "risveglio" dei Bacilli patogeni.

Per entrambe le tipologie di soggetti l'attenzione dell'infermiere è prevalentemente orientata a tre obiettivi:

- controllare e favorire la regolare e corretta assunzione dei farmaci (la terapia è di norma a base di quattro medicinali);
- controllare e favorire l'alimentazione dei pazienti che sono frequentemente sotto peso;
- controllare i contatti ed il rispetto delle misure di isolamento.

Isolamento

Isolamento, per il periodo di contagiosità, dei pazienti

IL PAZIENTE CON TUBERCOLOSI POLMONARE: prendersi cura della stessa persona attraverso un percorso assistenziale integrato

infetti dagli altri pazienti, in un ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'agente infettivo.

L'isolamento respiratorio è indispensabile per prevenire la trasmissione per via aerea che si verifica sia per disseminazione di nuclei di goccioline evaporate (che contengono microrganismi che rimangono sospesi nell'aria per un lungo periodo), sia di particelle di polveri contenenti l'agente infettivo.

L'isolamento è necessario fino a quando non si riscontrano segni clinici di ridotta contagiosità.

La stanza per l'isolamento deve essere a pressione negativa.



Durante il periodo di degenza deve essere effettuata una disinfezione sistemica su tutti i materiali biologici del paziente e sugli oggetti da questi contaminati; al termine della degenza ci sarà una disinfezione dell'ambiente in cui ha soggiornato il paziente.

È necessario informare il paziente sulle norme di isolamento:

- tenere le porte della stanza chiusa;
- lasciare la stanza solo per eseguire procedure indispensabili;
- ogni volta sia necessario lasciare la stanza indossare mascherina chirurgica;
- limitare le visite ed informare i visitatori sulle norme igieniche da osservare durante la visita riguardo a: lavaggio delle mani, uso delle mascherine bianche con facciale filtrante, gestione degli effetti personali.

Apporre sulla porta della stanza il cartello "entrare con mascherina bianca con valvola".

L'anti-camera della stanza deve essere fornita di mascherine con facciale filtrante per operatori e visitatori.

Se il paziente deve eseguire esami diagnostici all'esterno dell'edificio, programmare il trasporto in modo da ridurre al minimo il tempo di permanenza al di fuori della stanza, informare il personale addetto al trasporto.

Bisogna fare educazione sanitaria per istruire il paziente sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione di microrganismi ad altri degenti o all'ambiente.

Altre informazioni da fornire al paziente riguardano:

- modalità di trasmissione e decorso clinico;
- durata e modalità di assunzione della terapia anti-tubercolare;
- rischio di farmaco resistenza per una non corretta o incompleta assunzione dei farmaci;
- possibili effetti collaterali dei farmaci;
- come produrre un espettorato valido.
- indagini microbiologiche
- indagini sierologiche ed ematologiche
- controlli radiologici

Parametri da rilevare durante la degenza:

- peso corporeo ogni settimana;
- sintomi e segni clinici;
- aderenza alla terapia;
- eventuali effetti collaterali dei farmaci (tutti i giorni).

DIMISSIONE

Se il paziente prosegue il follow-up presso l'U.O. dove è avvenuto il ricovero bisogna programmare il primo controllo ambulatoriale entro 30 giorni; predisporre cartella clinica ambulatoriale.

Se il paziente è affidato al S.I.P. contattare il medico responsabile e programmare la data del primo controllo; consegnare al paziente la lettera di dimissione indirizzata al M.M.G. o ai sanitari del "centro famiglie straniere" se il paziente è straniero e non iscritto al S.S.N..

La sorveglianza post-trattamento va effettuata solo nei pazienti con TB farmaco-resistente con infezione da HIV. La durata complessiva del trattamento è di sei mesi.