

La medicina come frontiera: il paziente pluripatologico straniero

Roberta Gallo¹

Abstract

A Moroccan 66-year-old female patient arrives in the hospital, where the physicians make the diagnosis of hepatic encephalopathy, HBV-related cirrhosis and decompensated diabetes. This article points out the problems and the aims that a good nursing management must face in the case of a multipathological patient who doesn't speak Italian. In this case the difficulty consists also in the understanding and the acceptance of a new life-style by the patient and her family, due to the chronicity of the diseases. The team work, helped by the assistance of the Italian-speaking caregiver, taking into account the clinical condition and the culture and religion related needs, let the patient understand the therapeutic schedule to follow at home and obtained a good compliance by the patient and by her family.

Keywords: caregiver, nursing, foreign multipathological patient
Medicine as a frontier: the foreign multipathological patient
CMI 2011; 5(Suppl 2): 71-74

¹ Reparto di Medicina Interna, Ospedale degli Infermi, Biella

INTRODUZIONE

Il caso clinico in questione vuole porre l'attenzione su una nuova sfida alla quale la medicina contemporanea si trova a dover rispondere sempre più frequentemente: l'assistenza, intesa come risposta a bisogni clinici, relazionali, tecnici ed educativi a pazienti appartenenti a culture diverse dalla nostra.

Si identificherà quel tipo di assistenza infermieristica basata sul lavoro in équipe mirata a identificare i bisogni del paziente dal momento dell'ingresso in reparto fino alla dimissione: tale tipo di assistenza deve essere incentrata sulle esigenze del paziente e su quelle della sua famiglia.

CASO CLINICO

La paziente EL di 66 anni, straniera, si reca in DEA e in seguito viene ricoverata in Medicina Interna con la diagnosi di encefalopatia epatica con cirrosi HBV-correlata e diabete scompensato. Al momento del ricovero la paziente si presenta disorientata e con rallentamento ideomotorio; inoltre necessita di aiuto nell'esecuzione delle attività della vita quotidiana (ADL).

La situazione emodinamica all'ingresso nell'unità operativa è indicata nella Tabella I.

L'esame obiettivo evidenzia anche edemi declivi agli arti inferiori e addome globoso a causa dell'ascite.

Vengono informati i parenti circa i bisogni immediati dell'utente, cioè: valutazione continua dello stato di coscienza, quantificazione del grado di rallentamento ideomotorio e capacità residue. In base a ciò viene definito il piano assistenziale dei bisogni in fase acuta, volto a garantire il mantenimento delle funzioni vitali di base e il supporto della persona nell'esecuzione delle proprie ADL.

Contemporaneamente l'infermiere si occupa della corretta applicazione delle pre-

Corresponding author
Infermiera Roberta Gallo
robby02@interfree.it

Parametri	Risultati
Pressione arteriosa (PA)	120/80 mmHg
Frequenza cardiaca (FC)	90 battiti/min
Frequenza respiratoria (FR)	Eupnoica
Saturazione di ossigeno (SpO ₂) in aria ambiente	97%
Temperatura corporea	36,5 °C
DTX (glicemia da prelievo capillare)	441 mg/dl
Peso corporeo	58 kg
Ammoniemia	190 µg/dl

Tabella I

Risultati che riflettono la situazione emodinamica della paziente al momento dell'ingresso in reparto

scrizioni diagnostico-terapeutiche atte a stabilizzare l'iperglicemia e a ridurre l'iperammoniemia al fine di migliorare le funzioni cognitive.

Dopo essere stata impostata una dieta per diabetici e dopo aver somministrato lattuloso per os a diversi orari, si procede con il controllo glicemico alle ore 20.00 (orario definito come "tempo zero") che, tramite prelievo capillare, risulta essere HI (cioè *high*): il medico di reparto dà quindi indicazione di somministrare 10 UI di insulina rapida e di eseguire un prelievo ematico urgente per dosare il glucosio.

Quando perviene il risultato, la glicemia risulta essere 539 mg/dl, e per tale motivo viene avviata un'infusione endovenosa di 5 UI/h di insulina rapida associata a cristalloidi contenenti soluzioni di potassio, prevedendo rilevazioni glicemiche ogni 2 ore. La prescrizione medica pone le seguenti indicazioni:

- proseguire con infusione insulinica fino a che DTX (glicemia da prelievo capillare) risulti < 200 mg/dl. Quando DTX risulta al di sotto di tale soglia sospendere l'infusione insulinica e mantenere controlli capillari ogni due ore;
- riprendere l'infusione insulinica se al prelievo capillare risulta DTX > 250 mg/dl.

Nel secondo giorno di ricovero, alle ore 6.30, si sospende l'insulina endovena per DTX = 196 mg/dl. I successivi controlli DTX risultano essere < 200 mg/dl; la paziente si alimenta a colazione e si somministrano 10 UI di insulina rapida sottocutanea. Alle ore 10.30 risulta DTX = 298 mg/dl: si sospendono i controlli glicemici ogni 2 ore e poi si prosegue con le rilevazioni alle ore 12.00, 14.00, 18.00 e 20.00 e la visita del medico di reparto. I parametri vitali risultano invariati, ma all'esame obiettivo, rispetto al giorno precedente, si denota *flapping tremor* all'estensione degli arti superiori. La signora EL prosegue poi la cura con terapia

endovenosa di cristalloidi con potassio per kaliemia pari a 3,20 mEq/l e avvia la terapia con aminoacidi ramificati endovena e lattuloso per via orale e rettale.

Nel pomeriggio perviene il referto, da cui risulta emoglobina glicata = 10,1%, valori glicemici in aumento e sempre > 300 mg/dl: per tale motivo viene aumentata la terapia insulinica sottocutanea. La paziente riferisce, tramite il supporto del *caregiver*, un episodio di epistassi risoltosi spontaneamente.

Il terzo giorno di ricovero la paziente si presenta stabile e più reattiva rispetto ai giorni precedenti, e quindi si decide di mantenere la terapia invariata. L'ammoniemia, però, è in aumento ed è pari a 284 µg/dl, e nel pomeriggio si presenta nuovamente un episodio di iperglicemia: alle 14.00 risulta DTX = 345 mg/dl e quindi si somministrano 10 UI di insulina rapida, ma alle ore 16.00 DTX = 358 mg/dl. Si reimposta nuovamente infusione endovenosa di insulina come sopra fino alle ore 23.00 quando, per DTX = 153 mg/dl, viene sospesa.

Il quarto giorno la paziente è più reattiva e collaborante, e il *flapping tremor* agli arti superiori è in riduzione; non vengono più infusi aminoacidi ramificati, il peso corporeo è di 60 kg, in aumento di 2 kg dall'ingresso: viene impostata una restrizione idrica a 750 ml/die e impostato il diuretico potassio canreonato 200 mg; la paziente prosegue i controlli glicemici pre- e post-prandiali.

Nella mattina del quarto giorno si presenta una nuova criticità della paziente: le condizioni cliniche mutano rapidamente per l'insorgenza di ematemesi pur in un quadro di mantenimento di un buon compenso emodinamico; viene impostata una dieta assoluta e richiesta l'esecuzione di esofago-gastro-duodenoscopia urgente: il referto mostra sanguinamento di varici esofagee sottoposte a legatura elastica, ulcera gastrica di grado moderato e gastropatia congestizia. Viene allora avviata una terapia endovenosa con ceftazidime, sospesa la terapia diuretica e somministrata una fiala endovenosa di vitamina K. A causa di un nuovo riscontro di iperglicemia (246 mg/dl), si avvia nuovamente infusione endovenosa di insulina secondo il protocollo del *Duke University Hospital* sperimentato da Lien e colleghi [1].

Al controllo durante l'ematemesi viene riscontrata Hb = 7,7 g/dl e quindi si decide di richiedere 3 unità di concentrato eritrocitario, mentre nel pomeriggio vengono trasfuse 2 unità ematiche. I controlli glicemici sono rientrati nella norma.

Il giorno successivo, dopo l'emotrasfusione (Hb = 9,6 g/dl) il quadro clinico e assistenziale è in miglioramento, la paziente non lamenta disturbi e inizia ad alimentarsi con dieta morbida fredda e vengono adeguate, alla terapia insulinica in vena, UI sottocute ai pasti. Alle ore 16.00 sospende definitivamente la terapia insulinica in vena per un buon compenso DTX, pari a 75 mg/dl.

Il sesto giorno di ricovero il peso corporeo è pari a 64 kg (+ 6 kg dall'ingresso); viene incrementata la restrizione idrica e viene ripresa la terapia insulinica. Il quadro iniettivo risulta di scarso controllo, la pressione arteriosa omerale è di 130/80 mmHg e si evidenzia ancora la presenza di edemi agli arti inferiori e di ascite. La paziente prosegue con la terapia antibiotica endovenosa. L'ammoniemia è in discesa, con un valore di 48 µg/dl.

Il giorno successivo, per la mancata diminuzione del peso corporeo, riavvia il trattamento con canreonato 100 mg e successivamente furosemide 25 mg, riprende la dieta ipoglicidica e prosegue con controlli glicemici; viene introdotta anche la dieta iposodica.

Nei giorni successivi, a seguito di un ulteriore incremento ponderale sino a 69 kg, viene raddoppiata la terapia diuretica, con buon compenso. Il peso diventa poi stabile, con conseguente diminuzione degli edemi; la paziente è vigile, lucida e orientata, e si sospende la terapia antibiotica. Successivamente viene reintrodotta propranololo 10 mg 2 volte/die.

Si giunge quindi alla fase di valutazione in cui viene eseguita una EGDscopia di controllo, che evidenzia esiti di legatura elastica di varici esofagee, senza significativi vasi residui, ulcera gastrica e gastropatia congestizia di grado moderato: si avvia quindi una terapia con inibitori di pompa protonica (PPI).

Il giorno seguente la paziente si dimostra vigile, ma non collaborante e reattiva agli stimoli esterni e non esegue ordini semplici; viene allora sospesa la terapia diuretica e vengono richiesti una TC cerebrale urgente di controllo, e l'esecuzione di esami ematici urgenti per escludere aree ischemico-emorragiche e per dubbia ipostenia dell'emisoma destro.

Dal referto TC non vengono evidenziate lesioni ischemico/emorragiche, ma l'ammoniemia risulta essere pari a 121 µg/dl: viene quindi indotta la catarsi con lattulosio.

Nei giorni seguenti la paziente si dimostra più collaborante e reattiva, il compenso

glicemico risulta buono, e il peso corporeo in aumento (73 kg) anche dopo la reintroduzione della terapia diuretica; l'ammoniemia è pari a 199 µg/dl. La ritenzione idrica persiste nonostante la restrizione idrica e la dieta iposodica. Si somministra pertanto albumina umana 30 g/die per 6 giorni.

Dopo alcuni giorni il peso corporeo si stabilizza a 74 kg, gli edemi e l'ascite sono in via di diminuzione e il compenso glicemico appare buono. Viste le condizioni cliniche e lo scompenso, vengono eseguiti esami ematici urgenti che rilevano la diminuzione dell'emoglobina a 6,1 g/dl. Si decide pertanto di trasfondere altre 2 unità di globuli rossi e poi di dimettere la paziente.

DISCUSSIONE

Quando tutta la fase valutativa è risolta, il passo successivo è la dimissione della paziente; si interviene con la valutazione della terapia diuretica a domicilio, della terapia insulinica e del mantenimento dello stato di salute.

Una possibilità, in questo caso, sarebbe quella dell'attivazione di periodici controlli infermieristici domiciliari, ma poiché nella famiglia della paziente vige una gestione di tipo matriarcale, la donna potrebbe rifiutare l'accesso proposto, perché nonostante i familiari e il *caregiver* siano completamente d'accordo nell'accettare questa possibilità, colei che prende le decisioni in famiglia è la paziente stessa, la quale al momento della proposta effettuata dall'équipe in reparto è sembrata poco propensa a tale eventualità, esprimendo con i propri familiari il suo dissenso. Con la signora EL non è stato possibile fornire questo tipo di supporto che sarebbe stato sicuramente rilevante per mantenere lo stato di salute, evitando eventuali scompensi nei quali si potrebbe incorrere in futuro.

Si giunge poi alla valutazione degli obiettivi attesi e si concorderanno periodiche visite di controllo nell'ambulatorio di diabetologia ed epatologia, più frequenti rispetto agli accessi precedenti.

Gli obiettivi proposti durante la degenza saranno quindi:

- evitare nuovi ricoveri ospedalieri (per quanto possibile, data la patologia cronica);
- la dimissione "protetta", volta a ridurre al minimo i problemi che possono insorgere successivamente in pazienti con importanti comorbidità;

- l'educazione del paziente stesso a una nuova accettazione del proprio stile di vita, l'educazione del *caregiver* al riconoscimento di eventuali segni o sintomi di scompenso epatico, glicemico e di sanguinamento.

L'infermiere e i medici trovandosi a collaborare, in questo caso, con un paziente straniero dovranno cooperare in maniera molto più strategica poiché le informazioni pertinenti a tutta la degenza e al riconoscimento di eventuali segni e sintomi sono più "labili". In casi come questo l'infermiere stesso è tenuto a prestare maggiore attenzione ai comportamenti e alle richieste, talvolta singolari, stabilendo un rapporto più concreto di fiducia reciproca con il *caregiver*, il figlio per la signora EL, che ricoprirà il ruolo di accesso alla comprensione dei bisogni del paziente, valutando mediante la continuità assistenziale, l'evolversi della condizione clinica e il variare dei bisogni, interverrà supportando e aiutando l'équipe nella spiegazione dell'importanza delle rilevazioni glicemiche orarie che si riveleranno causa di notevole disagio.

Per effettuare un'assistenza adeguata si porrà l'attenzione su una buona mediazione culturale intervenendo sulla lingua, poiché la paziente in questione è di nazionalità marocchina e ha difficoltà a esprimere i propri bisogni e a farsi comprendere; risulta ancora una volta cruciale il ruolo del *caregiver* come tramite, che sarà presente durante tutto il ricovero della paziente e al quale tutta l'équipe farà riferimento. Si presterà anche attenzione al rispetto della cultura e delle credenze della paziente, permettendole di svolgere le pratiche religiose nonostante i ritmi e i tempi di gestione dell'Unità Operativa, ma soprattutto insieme ci si dovrà concentrare sulla formulazione di obiettivi atti a migliorare lo stato di salute della propria assistita tramite l'ottenimento di una *compliance* adeguata da parte della paziente e anche da parte dei familiari.

Nella nostra ASL sono presenti direttive che permettono di collaborare con un mediatore culturale ma, vista la presenza e il

supporto fornitoci dai familiari e dal *caregiver*, in questo contesto il mancato contatto è stato ben supportato: tutta l'équipe è riuscita fin da subito a collaborare e a stabilire un rapporto di fiducia reciproca con i familiari, che ha permesso di agire in modo positivo per la paziente nel rispetto dei suoi spazi, garantendole un sostegno sempre presente, come lei desiderava, fornitole dai familiari.

Sono stati attuati piani educativi attraverso nozioni infermieristiche applicate all'individualità della paziente stessa e della famiglia anche con l'ausilio di opuscoli informativi. Le valutazioni da parte del gruppo infermieristico del *caregiver* parlante italiano hanno consentito di rilevare una graduale comprensione durante il periodo di degenza dell'assistita fino a una completa e chiara comprensione del piano stesso e delle procedure che dovranno essere messe in pratica al domicilio.

Le problematiche degli obiettivi preposti comparse nella fase iniziale del ricovero sono state poi completamente superate: per quanto riguarda l'insulinoterapia è stato sufficiente il solo ausilio del piano educativo, mentre per quanto riguarda la dieta ipoglicidica e iposodica il piano educativo è stato più complesso da attuare poiché, tenendo conto delle differenze culturali e non dovendo "imporre" una dieta assoluta, il percorso da affrontare è stato più lungo e laborioso proprio per cercare di trovare un compromesso tra le varie culture, nel rispetto della persona, ma senza trascurare il buon mantenimento dello stato di salute della paziente.

Questo è quanto l'infermiere si deve proporre per essere in grado di gestire il proprio assistito con un metodo incentrato sulla globalità del paziente, definendo gli obiettivi in base ai suoi bisogni, ma rispettando il suo stile di vita e le sue scelte in maniera da migliorare la salute del paziente stesso.

DISCLOSURE

L'Autrice dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Lien LF, Spratt SE, Woods Z, Osborne KK, Feinglos MN. Optimizing hospital use of intravenous insulin therapy: improved management of hyperglycemia and error reduction with a new nomogram. *Endocr Pract* 2005; 11: 240-53