

Esperienza in Africa

Stefania Norbedo
Presidente SIMEUP FVG

Sono passati 8 anni dall'ultima volta che sono stata in Africa. Non cambia molto il mio pensiero al riguardo: andare TUTTI via e lasciare che impari a camminare con le proprie gambe. Non si può insegnare a un bambino a correre quando non sa nemmeno stare seduto né si può pretendere che impari se gli si porge tutto in mano prima ancora che lo chieda o lo si tiene in braccio tutto il tempo. Così, a mio parere, è quello che gente di buon senso dovrebbe fare per l'Africa se le stesse a cuore veramente.

Per me invece era giunto il momento di respirare un po' di ossigeno e allontanarmi dal fare medicina "all'occidentale" (piena di inesistenti



emergenze e oberata di psicodrammi) quindi ho mandato il curriculum a Medici Senza Frontiere (MSF) e sono stata presa a bordo della loro nave, stupendomi che i pediatri siano tra i più ricercati. Meta del mio viaggio Monrovia, Liberia.

EBOLA

Ho lavorato nell'ospedale di MSF creato durante l'emergenza Ebola lo scorso anno. I medici locali, già pochi, sono per la maggior parte scappati in altri paesi per la paura del contagio e la carenza di vere strutture sanitarie. A sentire i racconti delle persone che l'hanno vissuta è stata una vera tragedia: perché le strutture e la preparazione di base non è sufficiente, perché a causa delle guerre precedenti, almeno una generazione non è andata a scuola e questo ha portato un'ignoranza generale che è la peggior povertà che ci sia al mondo; perché l'igiene è complessissima dovendo ancora, anche nella capitale, prendere l'acqua dai pozzi (e il contagio da Ebola si previene lavandosi le mani con il sapone!). Le persone non hanno creduto alla reale esistenza dell'Ebola (molti pensavano fosse un trucco del governo per ricevere soldi dalle ONG internazionali) e temevano più la stigmatizzazione da parte della famiglia e dei vicini che la morte. Perché ancora oggi chi ha avuto l'Ebola o è stato a contatto con un malato viene allontanato dalla società. E per questo nel nostro ospedale avevamo anche una "Survivors Clinic", clinica tenuta da psichiatri e psicologi che supportavano le famiglie dei sopravvissuti. Famiglie decimate, persone che hanno visto cadaveri riversi per le strade, persone trattate nei Centri di trattamento per l'Ebola (ETU) scappate alla morte. Mamme, bambini, anziani, giovani...tutti. Esemplificativa è l'arte di quel periodo che ritrae cadaveri sanguinanti per le strade e le task force di disinfezione bardate con i presidi per non infettarsi.

Ed è proprio per il rischio di contagio che il nostro ospedale BARNSESVILLE Junction Hospital possedeva un pre-triage dove le persone si sedevano a distanza di 2 metri dall'operatore, rispondevano a una serie di domande (ripetute più volte perché molti mentivano) e misuravano la temperatura. A questo punto, se non c'erano motivi di sospetto di Ebola, il paziente seguiva un normale triage. Venivano accolti solo bambini sotto i 5 anni e i codici rossi e gialli. Molti pazienti arrivavano in coma o convulsioni per malaria cerebrale, per intossicazioni da erbe (insufficienze epatiche gravissime), ipoglicemia, sepsi o malnutrizione.

L'accesso alle cure nel nostro ospedale era gratuito (come nel resto degli ospedali pubblici fino ai 5 anni). All'arrivo le madri venivano fornite di un cesto di plastica contenente la rete antizanzare, una coperta per il bambino, del sapone per lavarsi, alcuni pannolini, i bicchieri per entrambi ed altre cose necessarie per stare in ospedale e venivano forniti i tre pasti principali. Non erano ammessi altri ospiti al di fuori di chi accudiva il bimbo in ospedale per questioni di igiene e sicurezza correlate all'Ebola.

Se c'era un sospetto di Ebola, il paziente e la madre venivano isolati nella High Risk Zone e gli operatori potevano entrare solo adeguatamente vestiti senza lasciare un millimetro di cute o mucosa esposti. Io mi sono vestita un paio di volte e devo dire che ho ammirato moltissimo quelli che hanno lavorato giorni in quelle saune di tute di plastica a 30-40 gradi. E ho capito anche perché ci siano

stati così tanti morti anche all'interno delle strutture preposte: anzitutto è quasi impossibile visitare bene il paziente con quelle tute che ti coprono le orecchie e non ti permettono banalmente di auscultare il torace, secondariamente meno stai con il paziente meglio è per tutti perché rischi meno il contagio e di sbagliare nella sequenza di vestizione/svestizione (il massimo concesso era di un'ora per evitare svenimenti dentro la zona a rischio e quindi il possibile contagio). Lavorare nella zona a rischio ti imponeva di vestirti e spogliarti seguendo un preciso rituale che, nella svestizione, era scadenzato dal lavaggio ad ogni step con delle soluzioni clorate 0,5% a cui Ebola sembra non resistere.

Il numero totale dei posti a maggio era di 104. Il PS possedeva 10 letti di cui 5 per osservazione di max 8 ore e 4 per le visite. Vi era un *Red box*, ovvero il box emergenze con concentratore di ossigeno a 10litri, lettino semirigido con piattaforma sottostante su cui salire per eseguire una corretta RCP (prima di far costruire questa il concetto di perpendicolarità delle braccia nel massaggio era meno che teorica essendo il lettino alto circa 1,30cm), un mobile con i materiali dell'urgenza e principalmente EZIO, cannule di Mayo ed agocannule.

La cosiddetta **terapia intensiva** (non intubati, no CPAP o altro) era situata sullo stesso piano del PS e consisteva di 15 posti letto di cui uno sarebbe diventato un Red box perché l'RCP sui letti dell'ICU era molto difficile essendo questi letti da adulti. Avevamo almeno una RCP al giorno.

In mancanza del red box avevo fatto costruire delle tavole di legno da mettere sotto il paziente durante l'RCP per evitare di saltare con il paziente sul materasso. La maggior parte dei pazienti ricoverati in ICU sono pazienti SAM (ovvero severe acute malnutrition) e quando hanno una "banale" diarrea li puoi perdere perché la disidratazione non è così semplice da curare non potendo usare la via endovenosa; ogni distress respiratorio può essere segno di una polmonite che non senti, di una sepsi, di una disidratazione, di uno scompenso cardiaco o una TB. E ti devi ingegnare perché non hai quasi esami di laboratorio (ne hai veramente pochi e costano 30 euro l'uno... impari a fare una sorta di triage di massa in cui per quelli più gravi e che ritieni non sopravvivranno non sprechi risorse...) né hai una radiologia o un'ecoFast. Sbagli? Sì, probabilmente molto, soprattutto all'inizio quando ancora non hai a fuoco le cose. E oltre a questi ricevi tanti intossicati. La credenza popolare fa sì che le erbe vengano date per ogni cosa; per la diarrea, le stomatiti, l'irritazione dei genitali, per la febbre, per chiudere il "buco in testa" ai neonati (da noi volgarmente chiamato Fontanella...!) ecc... Peccato che invece di risolvere il problema, ne creino uno nuovo che può essere l'insufficienza epatica (con relativo coma, ipoglicemia, ematemesi, convulsioni e stati di male che durano anche qualche gg, distress respiratorio che non si modifica né con antibiotici né con diuretici né con broncodilatanti, insufficienza renale acuta, quando possibile

EMERGENCY

eseguire gli elettroliti ipocalcemia e iper o ipokaliemia) oppure può essere rappresentato da una specie di sindrome da iperstimolazione con agitazione o convulsioni o coma, distress respiratorio importante, wheezing, stridore inspiratorio che non si modifica con steroidi, tachicardia con frequenza superiore ai 200, oligoanuria e solitamente morte prima delle 12-24h dall'arrivo in Ps. In 6 mesi solo 3 pazienti sono sopravvissuti.

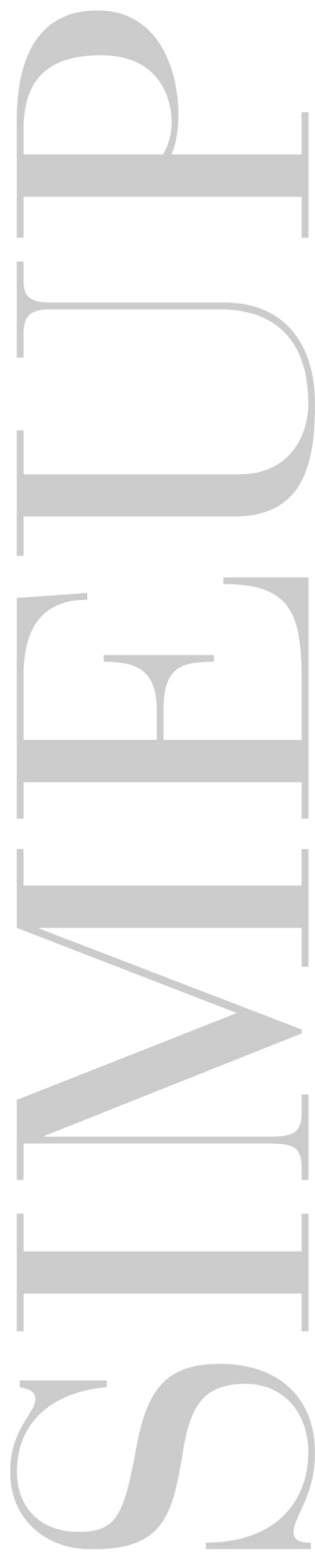
La cosa peggiore è che i genitori, non capendo la gravità della situazione, mentono e negano deviandoti (all'inizio, poi impari) su altre diagnosi. Ho visto anche alcuni casi di rabbia e sono veramente delle brutte morti, e alcuni tetani infantili.

Il primo piano possiede 31 letti di pediatria in cui solitamente si vedono bronchioliti (che spesso si rivelano essere scompensi cardiaci), morbillo, gastroenteriti, malarie cerebrali, Tubercolosi miliari, endocarditi (diagnosi clinica), celluliti importanti, sindrome nefrosiche, epilessie (nessun EEG, nessun dosaggio farmaci, nessun neurologo, quindi iniziavamo il barbiturico perché potevano proseguirlo anche nell'ambulatorio dell'ospedale di riferimento). Più tutta una serie di altre patologie più particolari dal NOMA, al tetano, la rabbia, problemi neurologici di difficile definizione, epatosplenomegalia non correlata all'anemia falciforme e forse su base oncologica ma di cui non potevamo far diagnosi e comunque era inutile posto che in tutta la Liberia non vi è possibilità di cure oncologiche.

Al secondo piano il Neonatal Intensive Care Unit che ha raggiunto i 22 letti con bambini da 1,5kg. Non ci sono CPAP, vi è un'unica lampada per fototerapia. Due concentratori da 10l con gli split per dar 2l massimo ciascuno, più due altri concentratori uno da 5 litri e uno da 10 posto nel red box. Avevamo creato anche una stanza buia e chiusa per i casi di tetano neonatale (almeno 1-2al mese). Non vi è possibilità di chirurgia neonatale quindi le NEC con necessità chirurgiche o le supposte fistole tracheo-esofagee spesso non sopravvivevano.

Pochissime madri fanno i controlli prenatali e moltissime (stimerei il 90%) partoriscono a casa perché partorire in ospedale pubblico costa 100 dollari. Il che implica un numero elevatissimo di mortalità materna durante il parto, asfissie e sepsi neonatali. Vi erano anche molte meningiti neonatali e qualche neonato malnutrito perché la madre non voleva allattarlo perché doveva andare a scuola o non voleva che il seno si rovinasse oppure perché la madre aveva l'ipogalattia ma non possedeva i soldi per comprare il latte.

Oltre a rifare il reparto abbiamo cercato di formare le infermiere della NICU sulla rianimazione del neonato, sul dolore da prelievo, sull'uso della lampada da fototerapia ecc.





Infine il **reparto di malnutrizione**, 26 letti con bambini dal mese ai 5 anni. A differenza di altri Paesi, qui un numero inferiore al 10% dei pazienti è HIV positivo, ma molti di loro hanno la Tuberculosis o cardiopatie. Solitamente le madri li portavano o quando erano quasi morti, e spesso morivano. Anche a loro non veniva risparmiata la somministrazione di erbe varie. Per rendere l'idea, l'ordine di grandezza della malnutrizione prevedeva bambini che ad 1 anno pesavano 4kg oppure a 6 mesi 2,9kg.....

Anche per la tubercolosi abbiamo avuto grandi problemi da dicembre a febbraio. Tutto il paese, TUTTO, era rimasto senza farmaci per la tubercolosi per i bambini. Il che chiaramente ha comportato un danno biologico enorme per tutti quelli che avevano iniziato la terapia, in un paese peraltro in cui le defezioni sono elevate e quindi il rischio di micobatteri resistenti è alto, e molti dei nostri malnutriti sono morti di polmonite da TB.

MSF è riuscita a far arrivare la terapia completa per 200 pazienti ma purtroppo a fine aprile ci siamo trovati nella medesima condizione di assenza di farmaci.

Complessivamente per me è stata un'ottima esperienza perché ho visto patologie dimenticate (da me e da tutti gli occidentali), casi strani che mi hanno portata a studiare (grazie all'aiuto da casa di una mia specializzanda, per esempio, abbiamo fatto diagnosi di steatonecrosi sottocutanea ad un lattante); ho avuto la possibilità di migliorare su procedure manuali quali intraossee (fatte tra le 15-20 in 5 mesi) o toracentesi (mai capitate di farle in precedenza a casa). Bella la parte di formazione con i PA, con cui abbiamo discusso e studiato casi, rivisto protocolli insieme, eseguito sessioni pratiche di rianimazione (a partire da cose banali tipo non forzare la mandibola per inserire una MAYO durante una convulsione), svolto una sorta di PALS ridotto per assenza di manichini, defibrillatori e presidi avanzati. E poi il rinnovamento dell'ospedale con l'ampliamento dei posti letto in base alle necessità, l'implementazione vera dei reparti per necessità effettive.

MSF sul campo mi è sembrata funzionare molto bene, con protocolli presenti in loco (unica critica troppa poca elasticità rispetto a questi,anche se comprensibile cambiando i medici ogni 6 mesi almeno), telemedicina e possibilità di discussione con i referenti, anche se avere contatti via internet a volte poteva risultare non così immediato.

Ottima anche la presenza di personale paramedico locale che sguinzagliato nelle vie del quartiere circostante faceva prevenzione informando ad esempio la popolazione rispetto alle vaccinazioni, alle intossicazioni da erbe locali, all'allattamento ecc...

Un'altra esperienza? Sì probabilmente sì, per me stessa. Ci son mille cose da studiare e da imparare, cresci come medico e ti rapporti con persone da tutto il mondo con cui vivi ogni giorno.

La consiglio? Beh sì certo, sicuramente