

GESTIONE INFERMIERISTICA DELLA CHETOACIDOSI DIABETICA (DKA)

Relatori: Inf. Ped. Alice Bignoli – Inf. Ped. Maria Concetta Iozzo

GESTIONE DELLA CHETOACIDOSI DIABETICA IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Sintomi:

- Poliuria con nicturia FC,FR)
- Polidipsia
- Glasgow
- Polifagia
- Calo ponderale
- Cefalea
- Astenia

Segni:

- Valutazione PV (PAOS, SATO2,
- Refill capillare
- Stato idratazione

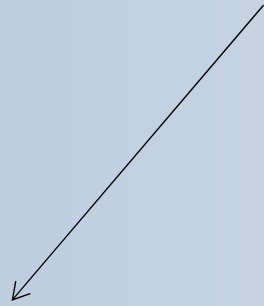
GLASGOW COMA SCORE		
Apertura degli occhi	spontaneamente	4
	alla parola	3
	al dolore	2
	non apre gli occhi	1
Risposte verbali	orientata, cioè il paziente relaziona con l'ambiente, capisce e risponde	5
	confusa	4
	parole non appropriate, parole a casaccio, urla, bestemmia, cose insensate, anche se pronunciate bene	3
	suoni incomprensibili, per esempio farfuglia	2
	nessuna	1
Risposte motorie	obbedisce ai comandi	6
	localizza il dolore, se non vi è risposta ai comandi si applica uno stimolo doloroso che viene mantenuto finché non si abbia il massimo della risposta: inizialmente si applica la pressione al letto ungueale con il risultato di estensione o flessione del gomito; se vi è una di queste risposte allora lo stimolo viene effettuato al collo o al tronco per ricercare la "localizzazione" che si intende effettuata quando gli arti si muovono per tentare di rimuovere lo stimolo doloroso.	5
	si retrae, flette normalmente ma non localizza il dolore.	4
	Anormale flessione allo stimolo doloroso (decorticazione)	3
	Estensione allo stimolo doloroso, si ha quando la risposta è in adduzione delle braccia, rotazione interna e pronazione dell'avambraccio nel modello stereotipato della decerebrazione. (decerebrazione)	2
	nessuna	1
	RISULTATO	
Grave, con GCS ≤ 8	Moderata, GCS 9-13	Minore, GCS ≥ 14.

ossati

e urinaria

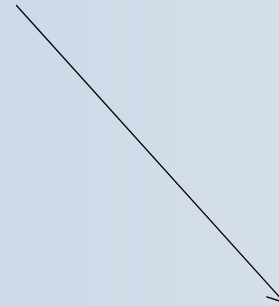
PAZIENTE DIABETICO IN DKA

Quando sono presenti segni e sintomi di DKA in un paziente con terapia insulinica multi iniettiva o con microinfusore, nella maggior parte dei casi si predilige la sospensione della terapia in atto e si tratta la DKA su valutazione diabetologica



ATTENTI AI SEGNI DI SHOCK:

- Ipotensione
- Aumento FC
- Pallore
- Estremita' fredde
- Ipotermia
- Vomito



ATTENTI AI SEGNI DI EDEMA CEREBRALE:

- Cefalea
- Bradicardia
- Vomito ricorrente
- Cambiamenti d'umore
- Ipertensione
- Desaturazione

COME AGIRE:

1. Posizionare 2 CVP
2. Riscontro rapido capillare di glicemia e chetonemia
3. Eseguire esami ematici d'urgenza (EGA, glicemia, elettroliti, creatinina, azotemia, emocromo, PCR)
4. Esame urine (se incosciente posizionamento CV)
5. ECG
6. ECG
7. Peso corporeo quando possibile



ACCOGLIENZA IN REPARTO

- Sistemazione in camera di degenza
- Mantenere digiuno
- Monitoraggio continuo PV – GLASGOW (DKA severa)
- Monitoraggio diuresi
- Preparazione terapia come da indicazione medica secondo protocollo interregionale

- Se shock ipovolemico (raro in caso di DKA)

- Eseguire boli di SF
- O₂ 100%
- SNG se vomito

- Se non shock ipovolemico,

- Reidratare con SF 0,9 % i primi 60/120 minuti (max 300 ml/h)
- Dopo 120 min se la glicemia > 300 mg/dl : proseguire SF 500 ml + 20 mEq K (50 % KCl e 50% K Fosfato per ridurre il rischio ipercloremico)

- In seconda via avviare insulina regolare:

- Humulin R o Actrapid o Insuman R

PREPARAZIONE DELL'INSULINA

MATERIALE:

- Insulina regolare
- Siringa da 1 ml
- Siringa da 60 ml Luer-lock
- Ago grosso calibro
- Prolunga 100 cm
- Sol. fisiologica 50 ml
- Rubinetto 3 vie



PREPARAZIONE INSULINA

PAZIENTE > 30 Kg:

- Aspirare 49,5ml di Sol. Fisiologica in siringa da 60ml
- Aggiungere 0,5ml (50UI) di Insulina regolare
- (50UI in 50ml=1UI/ml)
- Saturare con 20ml della soluzione ottenuta , la prolunga

PREPARAZIONE INSULINA

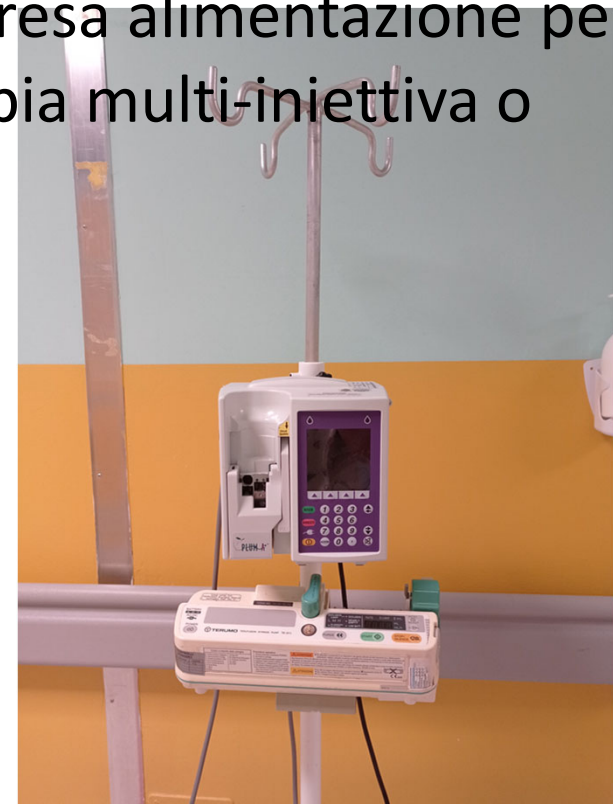
PAZIENTE < 30 Kg:

- Aspirare 49,75ml di Sol. Fisiologica in siringa da 60ml
- Aggiungere 0,25ml (25UI) di Insulina regolare
- (25UI in 50ml=0,5UI/ml)
- Saturare con 20ml della soluzione ottenuta , la prolunga

- Dopo i primi 120 minuti, quando glicemia $<250-300$ mg/dl utilizzare contemporaneamente SF da 500ml e Sol. Glucosata 10% /20% da 500ml nella stessa via infusiva entrambe addizionate con 20mEq K (50%k fosfato e 50% kcl)

- Mantenere insulina in seconda via

- Quando $PH > 7,3$, scomparsa di chetoni e ripresa alimentazione per os: avviare terapia insulinica sottocute con terapia multi-iniettiva o microinfusore



MATERIALE:

Soluzione Fisiologica 500ml

-

Soluzione Glucosata 10% 500ml

-

Deflussore plum

-

Deflussore semplice

-

- 1 fiala

di KCl



Soluzione ottimale dove abbiamo le infusioni in doppia via infusiva ed insulina in continuo in pompa siringa.

L'insulina va raccordata il piu' vicino possibile al paziente!

MONITORAGGIO A TRATTAMENTO INIZIATO

- Monitoraggio completo dei PV ogni ora in DKA severa/ogni 2 ore negli altri casi
- Glicemia capillare ogni ora
- EGA ogni 2 ore alternata a chetonemia capillare ogni 2 ore sino a risoluzione della DKA
- Monitoraggio diuresi
- Restanti reperti ematici da ripetere al bisogno

**GRAZIE
PER
L' ATTENZIONE**

Inf. Ped. Alice Bignoli - Inf. Ped M.Concetta

lozzo