

Criticità e bisogni della persona con diabete

Hotel Europa Bologna nel setting assistenziale
9 giugno 2014 della medicina d'urgenza



Take Home

Relatori e Moderatori

Casagranda Ivo	Alessandria
Cavani Giuliana	Baggiorevara - Modena
Cavani Rita	Modena
Cavazza Mario	Bologna
Cervellin Gianfranco	Parma
Ciavarella Adolfo	Bologna
Di Bartolo Paolo	Ravenna
Di Battista Nicola	Bologna
Di Luzio Raffaella	Bologna
Fabbri Andrea	Forlì
Forlani Gabriele	Bologna
Francesconi Raffaella	Faenza
Giostra Fabrizio	Bologna
Groff Paolo	San Benedetto del Tronto
Magnacavallo Andrea	Piacenza
Manicardi Valeria	Reggio Emilia
Marchesini Reggiani Giulio	Bologna
Michellini Erica	Baggiorevara - Modena
Miselli Valerio	Reggio Emilia
Pesenti Campagnoni Massimo	Aosta
Pinelli Giovanni	Modena
Pironi Loris	Bologna
Tomasi Franco	Ferrara



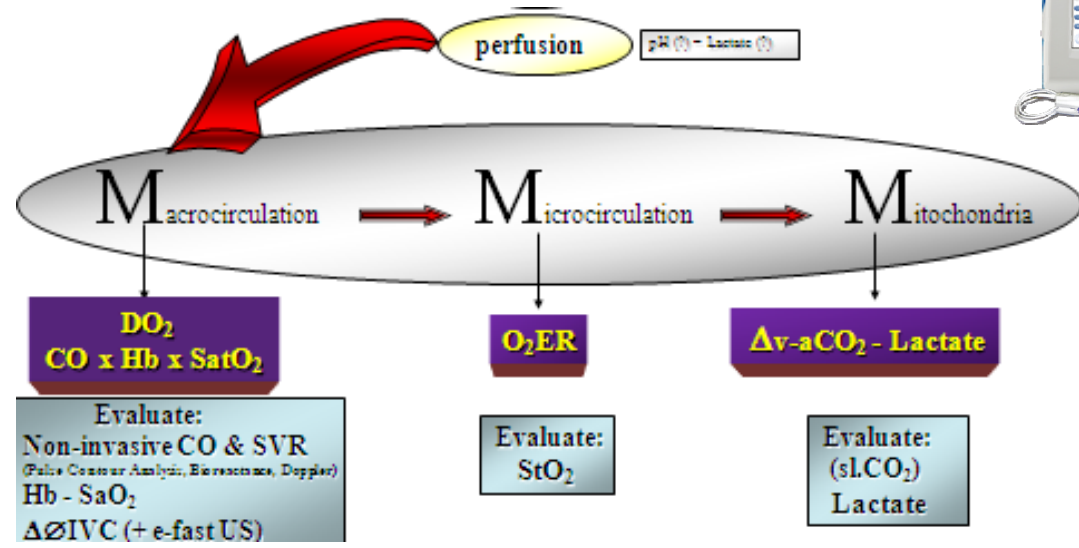
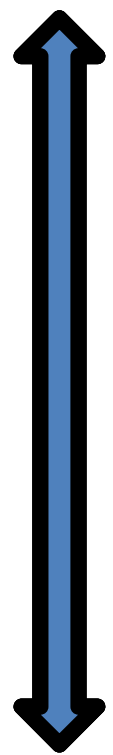
1

Hemodynamic instability

Target



Perfusione



2

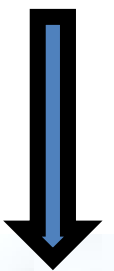
Iper/ipoglicemia

Target



Disponibilità ed Utilizzo del substrato energetico

Insulina:
farmaco dell'urgenza



Cose da fare e non fare in caso di iperglicemia in DEU



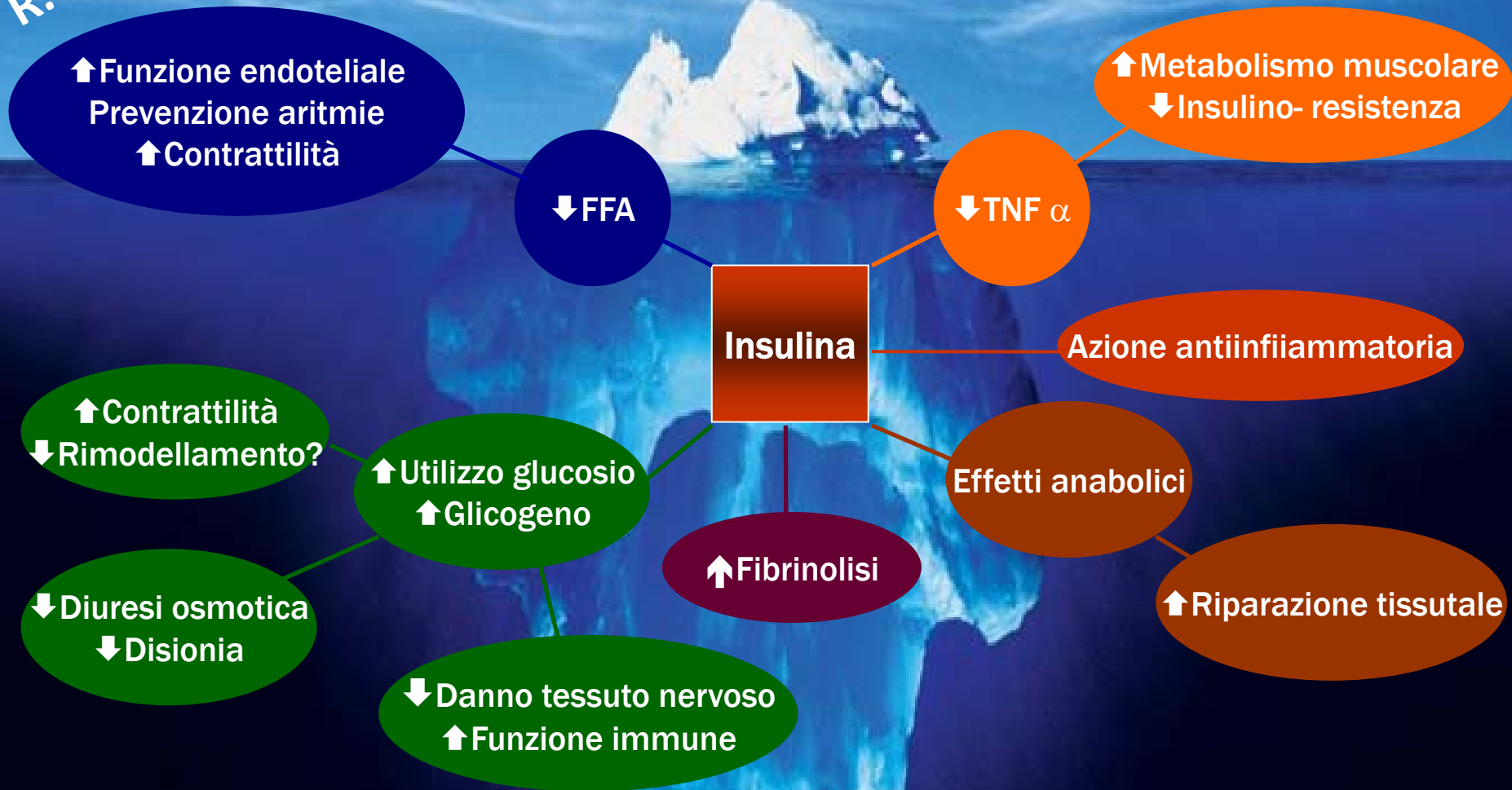
- Sospendere gli antidiabetici orali e iniziare la terapia insulinica
- Assicurare l'insulinizzazione basale
- Programmare boli di insulina rapida ai pasti
- Programmare boli di insulina di correzione dell'iperglicemia utilizzando il fattore di correzione
- In caso di glicemia bassa posticipare l'insulina rapida a fine pasto e ridurre il dosaggio
- Concordare con i pazienti "esperti" il dosaggio di insulina
- Educare il paziente insulin-naive



- Mantenere gli antidiabetici orali
- Utilizzare la sliding scale per correggere l'iperglicemia
- Omettere l'insulina basale se la glicemia è normale/bassa al momento della iniezione
- Omettere l'insulina rapida del pasto se la glicemia è normale/bassa
- Mantenere il dosaggio di insulina rapida prefissato senza fare correzioni in caso di iperglicemia

R. Di Luzio

iperglicemia



Attenzione a non sottovalutare la resistenza o la carenza insulinica nel paziente "instabile"!!!

*Hirsch IB 2002;
Montori VM e Trece DL, 2003;
Capes SA, 2000, 2001
Ceriello A, 2004;*

G. Pinelli
E. Michelini
G. Cavani

Take home messages

I vantaggi di un protocollo a gestione infermieristica del paziente ospedalizzato con iperglicemia sono:

- ✓ miglior controllo glicemico (minor variabilità dei valori glicemici -soprattutto minor numero di ipoglicemie-)
- ✓ minor numero di sticks glicemici (vd Lantus® e precoce sospensione nei casi di stabilità)
- ✓ valorizzazione dell'interdipendenza professionale medico-infermieristica
- ✓ minor numero di chiamate al Medico di Guardia (minor difformità prescrittiva)

Ipoglicemia

“Take home message”

- L'ipoglicemia **rimane un problema** concreto e significativo nel trattamento del diabete, accentuato ogni volta che si cercano di raggiungere target glicemici più prossimi alla normalità
- L'ipoglicemia **produce effetti negativi** in termini di costi sanitari diretti ed indiretti (ospedalizzazione, traumi, incidenti stradali), e qualità di vita
- Gli effetti negativi dell'ipoglicemia severa sono ancor più evidenti nella **popolazione più fragile**, ove può divenire evento terminale e causa di mortalità (non rilevato nelle SDO)
- Occorre **riconsiderare** con grande attenzione i target terapeutici nella popolazione fragile, accanto all'uso di farmaci che tendono a ridurre l'incidenza

Take home

- ❑ HHS e DKA rappresentano i due estremi di uno spettro di urgenze causate da un **cattivo controllo del diabete**.
- ❑ La somministrazione di **fluidi** rimane la pietra angolare della terapia di emergenza di HHS e di DKA
- ❑ Nella **chetoacidosi** la terapia con **bicarbonato** va presa in considerazione solo a valori di pH molto ridotti ($\text{pH} < 7$)

Take home

- ❑ Nell'HHS la terapia con fluidi , dopo l'iniziale riempimento volêmico, deve tener conto della **sodiemia**
- ❑ In ambo i casi la terapia con **insulina a basso dosaggio, in infusione continua**, è la terapia di scelta
- ❑ La somministrazione di **potassio** è indicata quando la concentrazione è $<5,5$ mEq/L. Un terzo dovrebbe essere somministrato come fosfato di potassio
- ❑ Il paziente va monitorizzato costantemente da un punto di vista clinico e strumentale

Key Message

“Iperglicemia da stress
e iatrogena”

- L’insorgenza del diabete mellito nei pazienti sottoposti a terapia steroidea risulta essere **uno degli effetti indesiderati più frequenti** associati a tale trattamento, in particolare quando le dosi di cortisone siano elevate o quando il trattamento sia in cronico.
- Un elevato livello di **vigilanza** dovrà, quindi, essere attuato in questi pazienti per la **pronta diagnosi** e l’inizio di un adeguato approccio terapeutico.
- Una diagnosi e una proposta terapeutica pronta appare importante per la presenza delle importanti comorbidità per il quale lo steroide viene prescritto e per evitare che il **deragliamento metabolico** secondario ad un diabete in stato di non adeguato compenso glicemico comprometta ulteriormente la qualità della vita, la durata della ospedalizzazione ed infine la prognosi in pazienti già caratterizzati da livelli molto elevati di fragilità.

F. Tomasi



La Terapia Medica Nutrizionale nel Diabete Mellito



•La Nutrizione Artificiale va iniziata, di norma, solo quando la glicemia è \leq a 200 mg/dL, in assenza di chetonuria o complicanze come disidratazione o iperosmolarità. (Livello di prova V, Forza della raccomandazione B)

•L'induzione della NA deve essere lenta e graduale, specie per la quota di glucosio. Il fabbisogno calorico-proteico della persona con diabete non è dissimile da quello dei non diabetici. (Livello di prova V, Forza della raccomandazione B)

•Nei soggetti in NA e iperglicemia il raggiungimento di target glicemici "prossimi alla normalità" deve essere graduale: anche nelle terapie intensive deve realizzarsi in 6-24 ore, per non aumentare il rischio di ipoglicemia. (Livello di prova VI, Forza della raccomandazione B).

V. Manicardi



*Criticità e bisogni della persona
con diabete nel setting assistenziale
della medicina d'urgenza*

APP

Le APP per cellulari o palmari sono uno **strumento utile** per ricordare protocolli di trattamento, formule, ecc soprattutto in urgenza e quindi in setting assistenziali quali la medicina d'urgenza

Ma

Solo come complemento di un corso di **formazione** dedicato e condiviso

90s

C

PE/COPD

admissions to
ology / ICU)

Intensive Care

Today

Noninvasive

hemodynamic instability

Sepsis

**Early assesment of
Metabolic Stress**



***“Non fa scienza,
senza lo ritenere,
avere inteso”***

Dante, Paradiso canto V, 41-42



**Buona serata a tutti
e ancora grazie a Lilly
per questa preziosa
opportunità...**

Criticità
e bisogni
della persona
con diabete

Hotel Europa **Bologna** nel setting assistenziale
9 giugno 2014 della medicina d'urgenza