

MeB – Pagine Elettroniche

Volume IX

Aprile 2006

numero 4

CASO CLINICO INTERATTIVO

Una bambina con polipnea

Margherita Londero¹, Silvia Minisini¹, Elena Faleschini²,
Gianni Messi³, Egidio Barbi¹

¹Clinica Pediatrica, IRCCS “Burlo Garofolo”, Università di Trieste
²Day Hospital endocrinologico, IRCCS “Burlo Garofolo”,
Università di Trieste
³U.O.C. Pronto Soccorso e Primo
Accoglimento, IRCCS “Burlo Garofolo”, Trieste.

Indirizzo per corrispondenza: margheritalondero@yahoo.it

Questa volta il caso interattivo viene presentato in modo un po' diverso dal solito: alle domande non seguono risposte predefinite. E' un invito a pensare in modo compiuto e, prima di andare all'altra pagina, a definire ipotesi cliniche e un programma di gestione.

Sarebbe bello se ciascun lettore segnalasse i suoi dubbi, cosa ha pensato e cosa avrebbe fatto di diverso, scrivendo a: redazione@medicoebambino.com

BOX 1: TRATTAMENTO DELLA CHETOACIDOSI DIABETICA

Il successo del trattamento della chetoacidosi diabetica dipende dalla adeguata correzione dello stato di disidratazione, dell'iperglicemia, della chetoacidosi e del deficit elettrolitico.

Il primo obiettivo è quello di espandere il volume extracellulare e ristabilire un'adeguata perfusione renale. Questo si può ottenere con l'infusione di salina isotonica ad una velocità di 10-20 mL/Kg all'ora (in mezz'ora in caso di shock), durante la prima ora. Dopo la prima ora di sola reidratazione, non appena usciti dalla fase di shock, si avvia infusione di insulina a basse dosi (0,1 U/kg/h)

Nelle tre ore successive si procede con l'infusione di 7ml/kg/h di SF diluita a 3/4 per evitare il sovraccarico di sodio. Inoltre, non appena il paziente ha iniziato ad urinare e il livello del potassio scende sotto i 4,5 mEq/l, è raccomandata l'infusione di 40 mEq/l di questo elettrolita (20 mEq/l sotto forma di potassio fosfato e 20 mEq/l sotto forma di cloruro di potassio)(1) per mantenere una concentrazione sierica compresa fra 4 e 5 mEq/l.

Infatti il trattamento della chetoacidosi è associato ad una rapida diminuzione del potassio sierico, dovuta principalmente al suo rientro nel compartimento intracellulare dovuto alla correzione dell'acidosi e alla terapia insulinica.

Per prevenire una rapida diminuzione della glicemia e il possibile sviluppo di un'ipoglicemia, quando il livello di glucosio plasmatico raggiunge i 200 mg/dl è opportuno proseguire la

reidratazione con soluzione glucosata al 5% tamponata con 1U di insulina ogni 4 gr di glucosio.

I pazienti con pH inferiore a 7.3, shock e riduzione del livello di coscienza dovrebbero essere trasferiti in un reparto di terapia intensiva.

ritorna al caso