HIPOGLICEMIA NEONATAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Há divergência de valor mínimo aceitável da glicemia sérica quanto ao risco de complicações neuropsicomotoras futuras, visto que:

- não há ponto de corte específico,
- a sensibilidade à hipoglicemia é individual.
- a tolerância varia com:
  - a idade gestacional - prematuros têm glicemias menores que recém-nascidos a termo
  - dias de vida - glicemias costumam ser mais baixas, fisiologicamente, nas primeiras 72 horas de vida
  - presença ou não de sintomas associados - glicemias maiores se sintomas compatíveis que melhorem com a oferta de glicose.
- A maioria dos autores define hipoglicemia com glicemia sérica ≤ 40 mg/dl.

ETIOLOGIA

- Baixa produção de glicogênio hepático: CIUR, prematuridade.
- Aumento do consumo/depleção dos estoques de glicogênio hepático: CIUR, estresse perinatal (sepse/hipotermia), pós-datismo e policitemia.
- Hiperinsulinismos: GIG, filho de mãe diabética, doença hemolítica perinatal; tumor produtor de insulina, uso materno de Beta-adrenérgicos.
- Presença de doença de base: Erros Inatos do Metabolismo (EIM), doenças endócrinas com hipopituritarismo, deficiência de glucagon, hipocortisolismo.
- Outras: pós exsangüineotransfusão total (por sangue com anticoagulante citrato-fostato-dextrose)

CLASSIFICAÇÃO (quanto ao tempo de evolução)

- Transitórias (até 4-8 semanas de vida):
  - Prematuridade, GIG e filhos de mães diabéticas, policitemia, eritroblastose, uso de drogas maternas, sepse/hipotermia, PIG e asfixia podem ter hipoglicemia mais duradora.
- Persistentes (após oito semanas de vida):
  - Hiperinsulinismo por insulinomas ou defeitos do canal PotássioATP, EIM, doenças endócrinas.

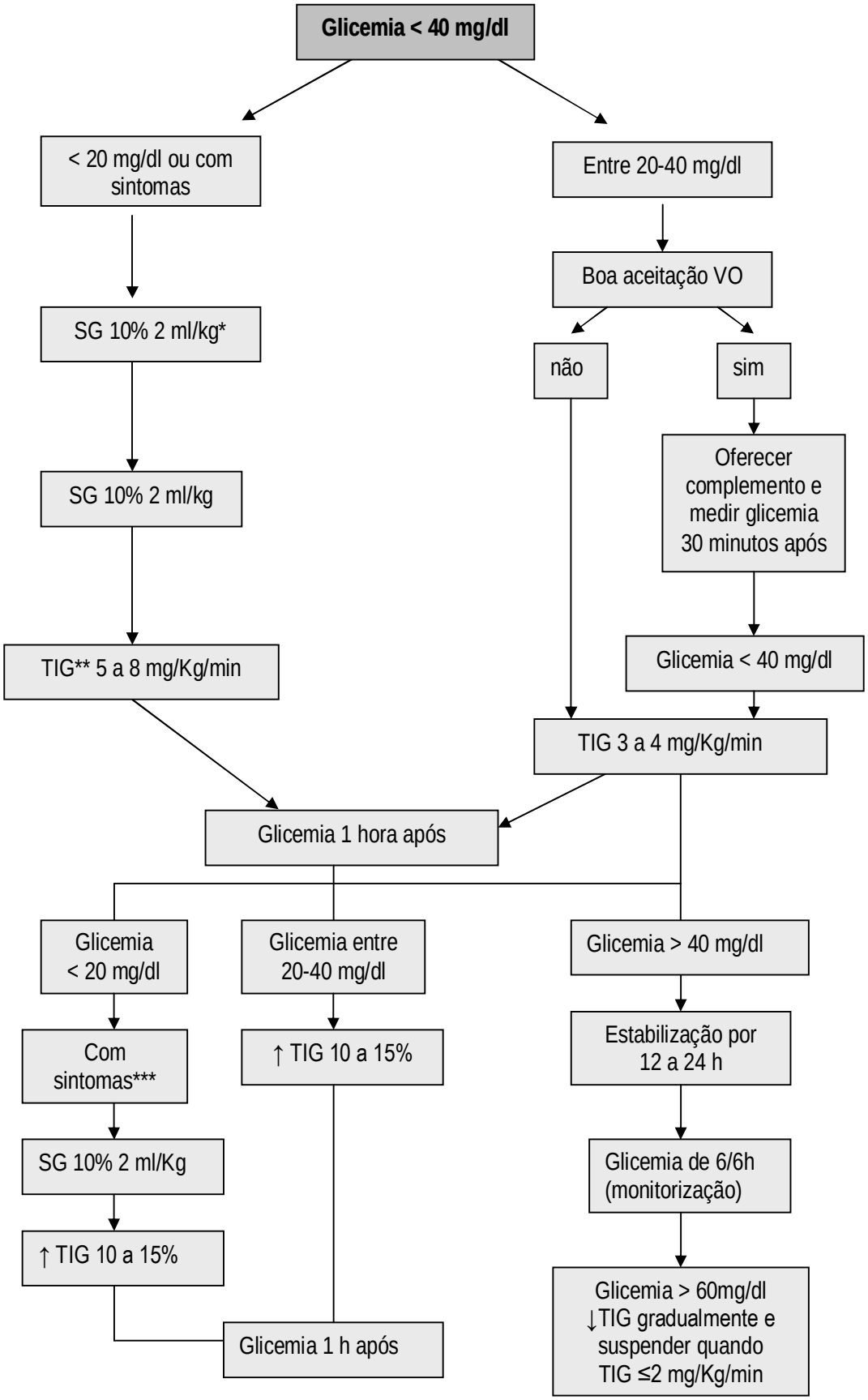
QUADRO CLÍNICO

- É Inespecífico
- Choro anormal, apnéia, cianose, gemência, hipotonia, tremores, irritabilidade, vômitos, sudorese, taquicardia e convulsões

PREVENÇÃO

- Evitar tanto jejum materno prolongado quanto oferta excessiva de glicose intravenosa durante o trabalho de parto e ato operatório.
- Determinação seriada e glicemia capilar nos grupos de risco (esquemas variáveis):
  - GIG e PIG: 1h/2h/3h/4h/6h/9h/12h/24h e 48h
  - Filhos de mãe diabética: 1h/2h/3h/4h/6h/9h/12h e 48h
  - Pós cirurgia/EXTF: 3h/6h/9h e 12h
- No geral: 1, 2, 4 e 6 horas de vida. Após 6 horas de vida = 6/6 horas pelo menos 24 a 48 horas.

TRATAMENTO



* Preferência mini-bolus (200 mg/Kg) – evita hiperinsulinismo rebote
** Teste de infusão de glicose
*** Avaliar necessidade de doses maiores em bolus (até 500 mg/Kg)

CONDUTA NA HIPOGLICEMIA REFRATÁRIA (quando TIG superior a 12-15 mg/Kg/min):

- Hidrocortisona 10-15 mg/Kg/ dia de 2 a 3 vezes/dia
- Prednisolona 2 mgKg/dia, dose única diária.
- Considerar: glucagon – 0,1 a 0,3 mg/Kg/IM
- Diazóxido (no hiperinsulinismo) – 10 a 20 mg/Kg/dia de 2 a 3 vezes, IV ou VO (segundo avaliação de especialista)
- Octreotide – 2 a 5 mg/Kg/dia de 3 a 4 vezes, SC (dose inicial)

LEITURA SUGERIDA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.3. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v3.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.