



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Infografía
Hipoglucemia Neonatal.

Nombre del alumno: José Alberto
Cifuentes Cardona.

Grupo: "B" Grado: Sexto semestre.

Materia: Pediatría.

Nombre del profesor: Dr. Cristian Jonathan
Aguilar Ocampo.

INTRODUCCIÓN

La hipoglucemia es el desorden metabólico más común en el período neonatal, con consecuencias potencialmente devastadoras por el posible daño neurológico si no es reconocida y tratada con rapidez. Es importante adelantarse a la aparición del problema y debe evaluarse a todos los recién nacidos con riesgo de desarrollarla prematuro, pequeño para la edad gestacional.

La definición de hipoglucemia y el establecimiento de un valor límite inferior de glucemia de seguridad para evitar secuelas neurológicas, ha sido y sigue siendo un tema muy controvertido. Muchos neonatólogos defienden mantener los niveles de glucosa por encima de 40 mg/dl (2,2 mmol/l) durante las primeras 24 h y por encima de 50 mg/dl a partir del primer día.

→La presencia de niveles de glucosa por debajo de 50 mg/dl (2,7 mmol/l) a cualquier edad debe ser evaluada clínicamente y tratada.

→Otros autores definen la hipoglucemia con cifras de glucemia inferiores a 50 mg/dl, y el objetivo terapéutico es mantener las concentraciones de glucosa en plasma por encima de 60 mg/dl. Los signos y los síntomas de hipoglucemia en el recién nacido son muy inespecíficos: letargia, apatía, flacidez, apnea, llanto débil, temblor, irritabilidad, palidez, cianosis, convulsiones y coma. Es importante recalcar que se deben tomar muestras de sangre y orina durante la hipoglucemia espontánea, antes del tratamiento, para estudio de los siguientes parámetros:

1) En sangre: glucosa, equilibrio ácido-base, Na, K, Cl, anión GAP, lactato, piruvato, cuerpos cetónicos, ácidos grasos libres, aminoácidos, amonio, carnitina total y libre, acil-carnitina, insulina, péptido C, cortisol y hormona de crecimiento.

2) En orina: cetonas, sustancias reductoras y ácidos orgánicos.

HIPOGLUCEMIA Neonatal

¿Qué es?

Se define como una concentración de glucosa en suero < 40 mg/dL, en las primeras 72 h, sin importar la edad gestacional.

Es la más frecuente y se observa en 30 a 50% de los HMD

Después de las 72 h, todas las cifras < 54 mg/dL son anormales.

Factores de Riesgo

- Grande para la edad gestacional
- Estrés perinatal
- Parto prematuro o postérmino
- Hijo de madre diabética
- Dificultad de alimentación
- Medicamentos ingeridos por la madre: (Bbloqueadores, Hipoglucemiantes, Valproato)

En general ocurre en las primeras 6 a 24 h de vida, por lo general es transitoria y con frecuencia asintomática.

Clasificación de Hipoglucemia

- Transitoria** (frecuente)
- Prematuros, retraso de crecimiento uterino
- Persistente** (rara)
- Hiperinsulinismo, déficits hormonales

Manifestaciones Clínicas

- Estupor
- Apnea
- Letargia
- Dificultad respiratoria
- Pobre succión y Rechazo al alimento
- Temblores, Cianosis
- Crisis convulsivas
- Llanto agudo o alteración de conciencia

Tratamiento y Manejo

Glucosa entre 25-45mg/dl

Alimentación a seno materno.

Glucosa entre < 25 mg/dl

Iniciar Sol glucosada al 10% y continuar manejo como sintomático

En caso de hipoglucemia sintomática:

- Administrar bolo de solución glucosada 10% 2ml/kg (200mg/kg) seguido de:
- Infusion IV de solución glucosada 10% 6-8mg/kg/min.

HIPOGLUCEMIA NEONATAL PERSISTENTE

(No se puede mantener niveles séricos normales)

Sin respuesta al Tx:

- Hidrocortisona IV 10mg/kg/día después de 24-48 hrs por 1-2 días.
- Mas graves: Glucagon IM 0.3 mg/kg y sin respuesta C/6hrs.
- Diazoxido en casos de hiperinsulinismo, dosis de 5-10mg/kg día VO C/8 hrs
- Somatostatina de acción prologada 2.5 a 10mcg/kg C/6hrs.

MAC - SOMIA FETAL Y DIABETES GESTACIONAL
#CuidandoTuCuerpo

Dr. EGO

CONCLUSIÓN

Es bien conocido que la hipoglucemia puede llevarnos a una morbilidad neurológica a largo plazo. Sin embargo, no existe un consenso en cuanto al valor para fijar como límite, y sigue siendo uno de los temas más confusos y controversiales en el manejo del recién nacido.

La mayor variabilidad en la forma de tratamiento se da en el lactante asintomático diagnosticado dentro de las 2 h del nacimiento. Este tipo de hipoglucemia suele ser transitoria (fisiológica) y responde, por lo general, a la administración precoz de alimento enteral. Lamentablemente, no hay estudios controlados que demuestren el impacto de esta alimentación precoz en la recuperación de la hipoglucemia a largo plazo.

Las estrategias de tratamiento de la hipoglucemia dependerán, primero, de si se trata de un evento transitorio o persistente y de si el paciente está asintomático o si ya presenta síntomas. Todos los RN con hipoglucemia sintomática deben ser tratados con infusión endovenosa de glucosa

OBJETIVOS

1. Mantener la glucemia por encima del punto de corte.
2. Corregir la glucemia en los pacientes sintomáticos.
3. Prevenir la hipoglucemia en los pacientes de riesgo.
4. Identificar a los RN con alteración patológica de la glucemia para evitar tratamientos innecesarios en los RN sanos con glucemias en el límite inferior de los valores normales durante la transición a la vida extrauterina.
5. Prevenir complicaciones neurológicas a largo plazo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Pediatría. Martínez^{7ª}. Ed Salud y enfermedad del niño y del adolescente. "Academia Nacional de Medicina en el Certamen Nacional de Obras Médicas, 1978". Editorial Manual Moderno S.A de C.V México DF.