

MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA EN EL NEONATO DE MADRE DIABÉTICA

AUTORES: Juana López Márquez. M^a Dolores Rivas Macías.

INTRODUCCIÓN

El recién nacido de madre diabética insulino dependiente tiene un mayor riesgo de presentar hipoglucemia (10-50%) en las primeras horas de vida (24h y principalmente en las primeras 4-6h), siendo más frecuente en neonatos macrosómicos y pretérminos, diabetes mal controladas y si la madre recibe un aporte elevado de glucosa durante el parto. Es secundaria al hiperinsulinismo por hiperplasia de las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas fetal, por un elevado aporte de glucosa durante el embarazo. Los síntomas son inespecíficos, manifestándose de forma muy variable: irritabilidad, letargia, temblor, convulsiones, etc. ; y en ocasiones es asintomática.

PALABRAS CLAVE:

Diabetes, recién nacido, hipoglucemia, lactancia materna, neonatal hypoglycemia, management, breastfeeding.

RESULTADOS

Existe controversia en cuanto a la definición de hipoglucemia, los niveles a partir de los cuales existe riesgo de daño cerebral y cuando iniciar el tratamiento. Las matronas/enfermeras que atiendan a las mujeres diabéticas insulino dependientes y sus recién nacidos durante las primeras 24h postparto :

- ✓ Promoverán el contacto continuo entre éstos para facilitar el inicio precoz de la lactancia materna o facilitarán leche de fórmula a las madres que no deseen lactancia materna
- ✓ Realizarán una glucemia al neonato en los primeros 60 minutos de vida y controles periódicos en las primeras 6-12 horas de vida antes de la alimentación. Los controles pueden ser suspendidos tras 12 horas de valores de glucemia normales
- ✓ Promoverán la alimentación frecuente del recién nacido, mínimo cada 2-3h y vigilarán la aparición de signos de hipoglucemia
- ✓ Si glucemia <45mg/dl aumentar la frecuencia de las tomas y control cada 1-2h
- ✓ Si persiste hipoglucemia o < 20 mg/dl sueroterapia i.v. con glucosa 5-10% a 4-6mg/Kg/minuto hasta 12mg/Kg/minuto. Si persiste se valorará la administración de glucagón a dosis de 0,5 mg/Kg.

CONCLUSIÓN

Dada la controversia existente en los valores que definen la hipoglucemia neonatal y su riesgo de daño neurosensorial irreversible, frente a los efectos colaterales de su sobretratamiento (interferencia en la lactancia, técnicas invasivas, etc.); promovemos la prevención de ésta garantizando la alimentación precoz y frecuente del neonato, así como su vigilancia estrecha y el control sistemático de su glucemia durante las 6-12 primeras horas de vida, reservando la terapia enteral sistemática o intravenosa para aquellos que presentan glucemias < 45 o 20 mg/dl respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Salvía M D, Alvarez E, Cerqueira MJ. Hijo de madre diabética. [internet]. Madrid; 2008 [acceso el 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
- J. R. Fernández Lorenzo, M. Couce Pico, J. M. Fraga Bermúdez. Hipoglucemia neonatal. [internet]. Madrid; 2008 [acceso el 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
- American Academy of Pediatrics. Clinical Report: postnatal glucose homeostasis in Late-Preterm and Term Infants. Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics [internet] 2011. [acceso el 25 de octubre de 2016];127:3 575-579doi:10.1542/peds.2010-3851. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/3/575.full>
- Paul J Rozance, MD. Management and outcome of neonatal hypoglycemia. En: Uptodate [internet] 2016 [acceso el 27 de octubre de 2016].
- Csont G L, Groth S, Hopkins P, Guillet R. An Evidence-Based Approach to Breastfeeding Neonates at Risk for Hypoglycemia. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. [Revista online]. 2014. [acceso 27 de octubre de 2016]; 43: 71-81. doi: 10.1111/1552-6909.12272

OBJETIVO:

Conocer la actuación del profesional sanitario para diagnosticar y tratar la hipoglucemia en el recién nacido de madre diabética.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en español e inglés, de los últimos 10 años, en las bases de datos Medline, Uptodate, CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute; también se revisaron las guías de las principales sociedades pediátricas.