



Os valores normais de glicemia e os valores que se associam a sinais de hipoglicemia variam de acordo idade pós-natal, condições clínicas e disponibilidade de fontes de energia para necessidade de cada recém-nascido (RN). A hipoglicemia representa desequilíbrio entre suprimento e uso de glicose. O nível de hipoglicemia associado a sequela neurológica não é bem estabelecido, portanto trabalha-se com uma margem de segurança cujo parâmetro de normalidade é glicemia > 45mg/dL nas primeiras 24 horas de vida e >50 mg/dL após 24 horas de vida.

## I. ASSISTENCIAL

### 1. DIAGNÓSTICO

#### Achados clínicos

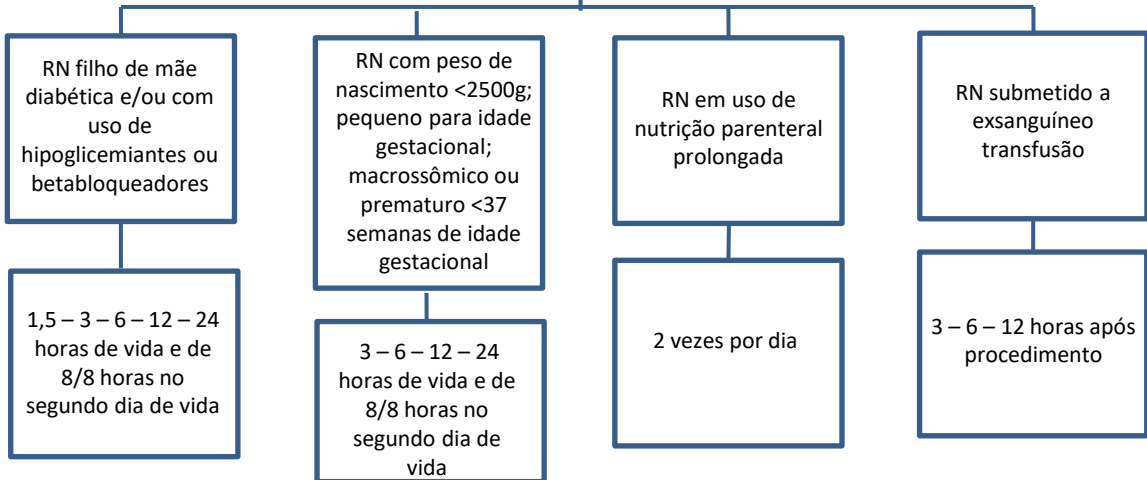
Os sintomas são inespecíficos: cianose, apneia, irritabilidade, hipotermia, déficit de sucção, alterações do nível de consciência, tremores, letargia, convulsão, hiper-reflexia e coma. Uma proporção dos casos é assintomática o que justifica a detecção precoce antes de aparecimento dos sintomas em RN com risco detectado.

#### Confirmação diagnóstica

Níveis baixos de glicemia capilar devem ser confirmados através de dosagem plasmática de glicose. Mas o início do tratamento não deve aguardar o resultado deste exame.

### 2. INDICAÇÃO DE TRIAGEM ATRAVÉS DE GLICEMIA CAPILAR

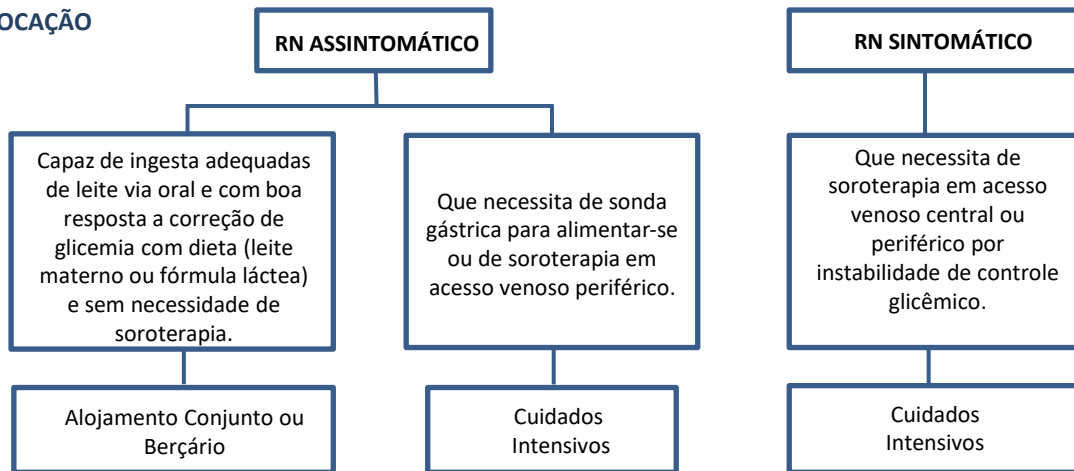
No período pré-prandial deve ser realizada glicemia capilar nos RN com risco para hipoglicemia na seguinte frequência:



### 3. MECANISMOS DE RISCO PARA HIPOGLICEMIA

- Filho de mãe diabética;
- RN grande para a idade gestacional PN > percentil 90 para a idade gestacional
- Eritroblastose fetal;
- Síndrome de Beckwith-Wiedemann;
- Uso materno de agentes beta- simpaticomiméticos
- Uso materno de hipoglicemiantes (clorpropamida);
- Após exsanguineotransfusão;
- Prematuridade
- Restrição de crescimento intrauterino- pequeno para idade gestacional
- Baixo peso de nascimento < 2500g;
- Estresse perinatal (sepse, choque, asfixia, hipotermia, insuficiência respiratória);
- Erros inatos do metabolismo;
- Policitemia;
- Terapia materna com betabloqueadores.

#### 4. ALOCAÇÃO



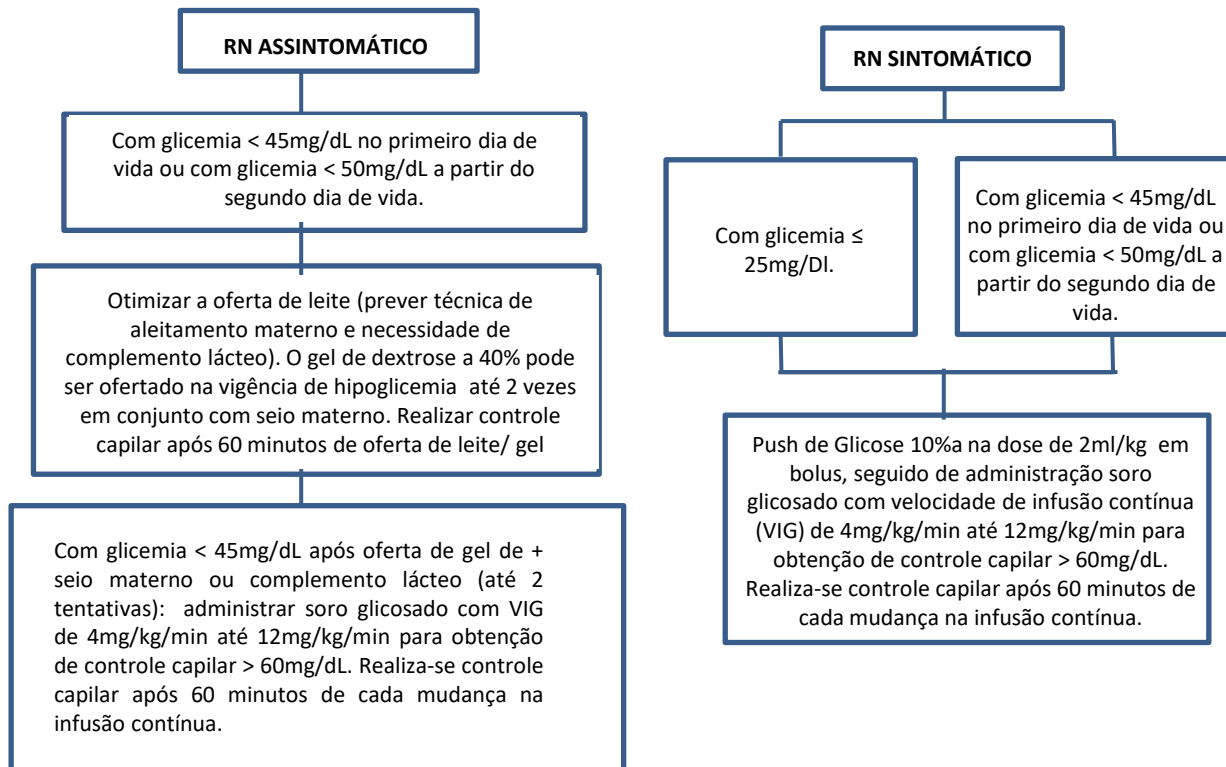
#### 5. EXAMES ADICIONAIS

Os exames adicionais são realizados somente nas *hipoglicemias persistentes ou de difícil controle*.\*

- Coleta sérica, em vigência de hipoglicemia, de insulina, cortisol, hormônio do crescimento (GH), hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), tiroxina (T4) e glicemia;
- Coleta de urina para dosagem de aminoácidos, cetonas e substâncias redutoras;
- Exames de imagem ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética) podem ser necessários na investigação endocrinológica e tumoral.

\*A hipoglicemia persistente é definida pela duração após 3 dias de vida e a hipoglicemia de difícil controle é definida pela necessidade de infusão de glicose contínua a taxa >12mg/kg/min.

#### 6. TRATAMENTO



## 7. MANEJO SUBSEQUENTE

- A dose do gel de dextrose 40% a ser oferecida é de 200mg/kg dose ou 0,5 ml/kg dividida em duas alíquotas , uma em cada canto da boca. A oferta do gel pode ser repetida 1 vez caso a hipoglicemia persista
- A soroterapia é reduzida de 1 em 1 mg/kg/min com intervalos mínimos de 4-6 horas, desde que a glicemia capilar mantenha-se acima de 60 mg/dL;
- Suspende-se a soroterapia quando a infusão de glicose atinge 2mg/kg/min com manutenção de glicemia capilar > 60 mg/dL;
- Após 1 hora da suspensão da soroterapia realiza-se glicemia capilar e a cada 8 horas para garantir que o RN mantém glicemia segura;
- Suspende-se o acesso venoso e pode ser considerada alta hospitalar após pelo menos 24 horas de controles normais de glicemia capilar com RN recebendo adequada oferta calórica.

Pacientes com hipoglicemia de difícil controle podem necessitar de terapias adicionais e exames diagnósticos mais específicos:

- Corticosteroides
- Glucagon
- Diazóxido
- Somatostatina

## II. HISTÓRICO DE REVISÃO

Alterações realizadas que impactam assistencialmente/ conduta – descrever quais alterações foram realizadas na revisão ou se não houve alteração

Versão 4: Revisão Periódica

## III. REFERÊNCIAS

- [1] Adamkin DH, Committee on Fetus and newborn. Clinical Report- postnatal Glucose Homeostasis in Late preterm and Term Infants. *Pediatrics* .2011;127(3):575-79
- [2 ] Luo K, Tang J, Zhang M, He Y. Systematic review of guidelines on neonatal hypoglycemia. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2024 Jan;100(1):36-49. doi: 10.1111/cen.14995. Epub 2023 Nov 24. PMID: 37997458.
- [3] Harding JE, Alsweiler JM, Edwards TE, McKinlay CJ. Neonatal hypoglycaemia. *BMJ Medicine*. 2024;3:e000544. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2023-000544>

|                                      |   |  |   |   |   |
|--------------------------------------|---|--|---|---|---|
| <b>Código Documento:</b><br>CPTW89.4 | <b>Elaborador:</b><br>Romy Schmidt<br>Brock Zacharias | <b>Revisor:</b><br>Fernando Ramos<br>de Mattos | <b>Aprovador:</b><br>Andrea Maria<br>Novaes Machado | <b>Data de Elaboração:</b><br>20/04/2021<br><br><b>Data de atualização:</b><br>25/05/2026 | <b>Data de Aprovação:</b><br>29/05/2026 |
|--------------------------------------|---|--|---|---|---|