

Policlínico Universitario “José Antonio Echeverría”. Cárdenas. Matanzas.

MALNUTRICIÓN POR DEFECTO EN UN RECIÉN NACIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Bárbara Gavilla González¹, Leticia Díaz Cabrera².

INTRODUCCIÓN

La nutrición es un fenómeno peculiar y activo de los seres vivos en los procesos de intercambio con el medio, y se define como el conjunto de procesos biológicos mediante los cuales el organismo obtiene y transforma los nutrientes que son necesarios para su mantenimiento, crecimiento y desarrollo, y que están contenidos de forma natural en los alimentos.¹⁻² La ciencia de la nutrición es multifactorial, y contempla 4 aspectos básicos: el papel de cada nutriente en el organismo, la fuente de obtención del mismo, la cantidad diaria necesaria para el crecimiento y desarrollo, y el equilibrio que debe existir entre los ingresos de nutrientes y las necesidades de los mismos.¹⁻⁵

Se llama “alimento” a todo producto o sustancia de origen animal o vegetal que aporte elementos que cumplan una función nutritiva. Por extensión, se denomina “nutriente” a toda sustancia básica contenida en los alimentos que cumple una función biológica específica, y que no puede sustituirse por otra. El balance nutrimental (del cual el energético es un caso peculiar) representaría entonces la relación existente entre los nutrientes que ingresan al organismo y los que se consumen, bien sea debido a la utilización celular o por pérdidas.³⁻⁶ Se entiende como

“requerimiento nutrimental promedio” a la cantidad de nutrientes que favorecerá un estado especificado de salud en el individuo. Las cantidades de nutrientes deben ser suficientes para cubrir las variaciones de las necesidades esperadas de un individuo a otro.⁴⁻⁶

El primer año de vida extrauterina del ser humano se caracteriza por un proceso rápido de crecimiento y desarrollo, como resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. La lactancia materna constituye la principal fuente de nutrientes para el niño recién nacido (RN) durante los primeros 6 meses de vida, y la leche de la madre es capaz de aportar todo lo necesario para cubrir las necesidades del bebé.⁴⁻¹⁰ El destete precoz, no importa las razones (sean éstas achacables tanto al niño como la madre) puede causar diferentes trastornos y afecciones en el niño, siendo la malnutrición (tanto por defecto como por exceso) uno de ellos.⁷⁻¹⁰

Esta presentación de caso describe un niño que se malnutrió durante la etapa de recién nacido debido al abandono materno a causa de una psicosis puerperal. El rechazo materno implicó la negación a alimentarlo, privando entonces al bebé de algo tan importante en esta etapa de la vida como la lactancia materna, lo que obligó a la introducción de la alimentación

¹ Máster en Atención integral al niño. Máster en Educación Superior. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. ² Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Recibido: 28 de Marzo del 2011. Aceptado: 22 de Junio del 2011.

Bárbara Gavilla González. Policlínico Universitario “José Antonio Echeverría”. Cárdenas. Matanzas.

Correo electrónico: barbara.mtz@infomed.sld.cu

complementaria en edades tempranas para lograr el aumento adecuado de peso, y asegurar un desarrollo psicomotor que igualara, en corto tiempo, al de los niños sanos de la misma edad, sin que aparecieran secuelas que afectaran las posteriores potencialidades del mismo. La atención diferenciada y seguimiento del recién nacido requirió de la conformación de un equipo multidisciplinario integrado por el médico general integral del Consultorio del Médico de Familia, el pediatra del grupo básico de trabajo, nutricionistas, y rehabilitadores del Centro de Neurodesarrollo. A los 5 meses de vida extrauterina se había logrado un peso adecuado para la edad. No obstante, el seguimiento especializado se prolongó hasta que el niño cumplió el año de edad. El cuadro psiquiátrico de la madre también fue abordado y tratado especializadamente por profesionales de Psicología y Psiquiatría.

PRESENTACIÓN DE CASO

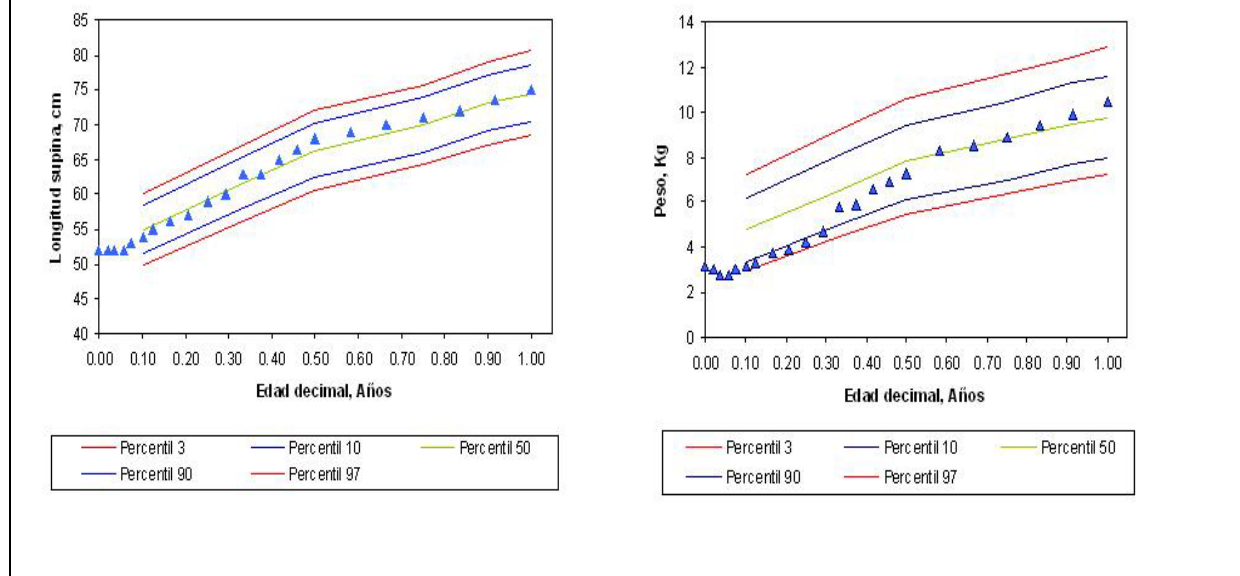
Se trata de un niño de 13 días de vida extrauterina, masculino, de piel mestiza, producto de un embarazo deseado, y nacido a término, después de 38.5 semanas de gestación, con un peso adecuado para la edad gestacional. Entre los antecedentes prenatales se recogió una sepsis urinaria a repetición en la madre durante el embarazo. El niño nació por cesárea primitiva debido a sufrimiento fetal agudo, con expulsión de meconio. A pesar de las condiciones distócicas del parto, el conteo APGAR fue de 9/9. Las mensuraciones al nacer fueron como sigue: Peso: 3200 gramos; Longitud supina: 52 centímetros; y Circunferencia cefálica: 34 centímetros. Los valores de Longitud supina y Peso quedaron incluidos dentro de los percentiles 10-25 de las Tablas cubanas para el sexo y la edad. Al nacer, el niño mostraba las características propias y esperados de un recién nacido sano. No se

encontraron alteraciones dignas de mencionar tras el examen físico.

El niño fue traído a la consulta del médico de familia debido al poco aumento percibido de peso. El familiar refirió que el niño no se alimentaba bien, y que además la madre lo rechazaba (aunque desconocía el motivo por el que lo hacía) y no le daba de mamar, por lo que el bebé se quedaba con hambre, y lloraba mucho.

Al examen físico se observaron signos de depleción nutricional debido a la disminución del panículo adiposo y la masa muscular: fascies simiesca, ojos hundidos, costillas visibles con prominencia del esternón, abdomen plano, y nalgas con pliegues cutáneos. El examen físico por aparatos no reveló datos de alarma: *Aparato respiratorio*: Murmullo vesicular audible en ambos campos y frecuencia respiratoria de 48 al minuto; *Aparato cardiovascular*: Tonos rítmicos y bien golpeados, sin que se escucharan soplos; ausencia de cianosis, buen llene capilar, y pulsos periféricos presentes y normales; *Abdomen*: Plano, suave, depresible, sin que se palpara visceromegalia; y con un ombligo que mostraba signos de cicatrización; *Sistema nervioso central*: Llanto frecuente, avidez por el alimento, y tono muscular disminuido, a pesar de ser un RN; y presencia de todos los reflejos propios del RN. La fontanela anterior estaba normotensa, mientras que la fontanela posterior se observó cerrada. Las variables antropométricas en el momento de la consulta médica fueron como sigue: *Longitud supina*: 52 cm ($\Delta = 0.0\%$; percentil 25 de las Tablas cubanas); *Peso*: 2750 g ($\Delta = -14.1\%$; $<$ Percentil 3 de las Tablas cubanas); y *Circunferencia cefálica*: 35.5 cm ($\Delta = +4.4\%$).¹¹ Se concluyó que el niño presentaba un cuadro de malnutrición subaguda por defecto, asociado con hipotonía generalizada y retardo del desarrollo (DSM).

Figura 1. Evolución de las variables antropométricas del niño durante el primer año de vida extrauterina. *Izquierda*: Longitud supina para la Edad. *Derecha*: Peso para la Edad. Las líneas continuas representan los percentiles 3-97, 10-90 y 50 de las Tablas cubanas para el sexo y la edad.



La conducta terapéutica prescrita fue: ingreso domiciliario, introducción de la lactancia artificial mediante el aporte de leche evaporada: 3 onzas cada 3 horas; aporte de agua hervida; e interconsultas de seguimiento por las especialidades de Pediatría y Nutrición; y el Centro de Neurodesarrollo. Las frecuencias de las interconsultas de seguimiento fueron como sigue: *Primer mes de vida*: Semanal; *Hasta los 5 meses de edad*: Quincenal; *Después de los 5 meses de edad y hasta el año de vida*: Mensual. A los 3 meses de edad se inició el esquema de la alimentación complementaria, con la introducción de las viandas en purés y los jugos de frutas no cítricas. La leche evaporada se sustituyó por leche fortificada para incrementar el aporte de vitaminas y nutrientes al bebé. La alimentación complementaria se acompañó de vitaminoterapia oral: MULTIVIT® (Industria Médica Nacional, Cuba): 15 gotas al día; Sal de hierro: $6 \text{ mg}^{-1} \cdot \text{Kg}^{-1} \cdot \text{día}$ como

profilaxis de la anemia nutricional; Sulfato de zinc (papelillos de 125 mg: 2 veces/día; y Cobre: 150 mg/día. También se orientaron interconsultas de Psicología y Psiquiatría para la madre y la familia.

La Figura 1 muestra el comportamiento de las variables antropométricas durante el primer año de vida del niño. La longitud supina se mantuvo dentro de los percentiles 10-90 de las Tablas cubanas para el sexo y la edad durante el tiempo de observación del niño. Por el contrario, la progresión del peso fue insuficiente durante el primer mes de seguimiento, y los valores del mismo se mantuvieron por debajo del percentil 3 para la edad y el sexo. Sin embargo, para cuando el niño cumplió los 4 meses de vida, el peso subió para ubicarse entre los percentiles 3-10 de las Tablas cubanas. Todavía en este momento del seguimiento persistían los trastornos del tono muscular, la hipotonía muscular generalizada, y el retraso del DSM.

Con 5 meses de edad el peso del niño se colocó entre los percentiles 10-25, y por ello se consideró como un niño normopeso. También se observó mejoría de la hipotonía y el DSM. Con la evolución ponderal satisfactoria, y la recuperación neuromuscular, el equipo médico decidió continuar con la atención diferenciada explicada más arriba.

Cumplidos los 9 meses de edad, el peso del niño ha aumentado hasta situarse entre los percentiles 25-50 de las Tablas cubanas. La mejoría del tono muscular y el DSM se hizo evidente. Al año de edad, el niño alcanzó un peso consistente con los percentiles 50-75 de las Tablas, y se había logrado resolución completa de los trastornos del tono muscular y el DSM.

COMENTARIOS FINALES

La malnutrición energético-nutricional (MEN) es un estado anormal, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se acompaña de todo un cortejo sintomático, con grados variables de gravedad y diferentes cursos posibles, en correspondencia con los factores de riesgo asociados, lo que le confiere a esta entidad el carácter de un complejo sindrómico. Entre los factores de riesgo de desarrollo de MEN en los niños pequeños están aquellos relacionados con el propio niño, los padres, la familia, e incluso el medio ambiente.

La MEN puede atravesar diferentes etapas. Según el tratamiento y la respuesta al mismo, así será la evolución del paciente. En este caso, el RN no recibió las cantidades de nutrientes necesarios que le debían ser aportadas por la LME. Por ser de tipo cuantitativo, la MEN se consideró a tipo inanición, y de acuerdo con la causa, se clasificó como de tipo primaria. Una de las etapas de la MEN en ausencia de intervención es la compensación, donde el organismo se adapta al ingreso insuficiente

de nutrientes y energía. Pero si el desequilibrio nutricional es agudo y/o grave, se pierde peso rápidamente a expensas de la masa corporal magra (especialmente muscular), y se produce un desaceleramiento del crecimiento y desarrollo del niño, con retraso del DSM.

Llegado el caso del tratamiento de la MEN en un niño, se recomienda iniciar la alimentación complementaria de forma temprana y progresiva. Las guías elaboradas por el MINSAP Ministerio de Salud Pública pueden servir con tales propósitos en los menores del año de vida. En la etapa de compensación nutricional se le deben aportar al niño cantidades de energía suficientes, del orden de las 100-120 Kcal⁻¹.Kg⁻¹ de peso deseado.día, y teniendo en cuenta los gustos y preferencias del niño. Se debe asegurar también una alimentación variada, suficiente, balanceada, adecuada y completa para prevenir la monotonía que conduce a la anorexia, por un lado; y la satisfacción de las necesidades nutrimentales previstas para la etapa vital, por el otro. La articulación de un equipo multidisciplinario, la intervención social sobre todos los integrantes del núcleo familiar que contiene al niño, y el seguimiento periódico, son también esenciales para el éxito de la terapia de repleción nutricional prescrita al desnutrido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Capítulo 7. Nutrición y dietética. En: Temas de Pediatría. Capítulo 7. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2006. pp 41-76.
2. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Crecimiento y desarrollo. En: Temas de Pediatría Capítulo 4. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2006; pp 18-27.
3. Anónimo. Bases de la alimentación y nutrición del niño sano. En: Pediatría.

- Tomo I. Parte V: Alimentación y nutrición. Capítulo 18. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2008. pp 170-197.
4. Anónimo. Ablactación. En: Pediatría. Tomo I. Parte V: Alimentación y nutrición. Capítulo 19. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2008; pp 198-201.
 5. Martín González IC, Plasencia Concepción D, González Pérez, TL. Consideraciones dietéticas generales en los estados normales y patológicos del niño y el adolescente. Manual de Dietoterapia. Sección tercera. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2001. pp 94-98.
 6. Álvarez Sintés R. Trastornos más frecuentes de la nutrición. En: Temas de Medicina General Integral. Volumen II. Capítulo 74. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2008. pp 315-334.
 7. Álvarez Sintés R. Crecimiento y desarrollo. Temas de Medicina General Integral. Volumen I. Capítulo 19. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2008. pp 220-334.
 8. Behraman RE, Kliegman RM. Nutrición. En: Tratado de Pediatría de Nelson. Volumen I. Capítulo 43. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Ciudad México: 2006. pp 173-212.
 9. Behraman RE, Kliegman RM. Crecimiento y desarrollo. Tratado de Pediatría de Nelson. Volumen I. Capítulo 11. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Ciudad México: 2006. pp 35-45.
 10. Cruz M, Crespo J, Jiménez R. Nutrición en Pediatría. En: Compendio de Pediatría. Sección 6. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2006. pp 209-229.
 11. Berdasco A, Esquivel M, Gutiérrez JA, Jiménez JA, Mesa D, Posada E, Romero JM, Rubén M, Sastre L, Silva LC, de la Vega R. Segundo Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Cuba, 1982: Valores de peso y talla para la edad. Revista Cubana de Pediatría 1991;63: 4-21.