

Malnutrición por defecto de un recién nacido por psicosis puerperal materna: presentación de un caso

Malnutrition per defect in a new born caused by maternal puerperal psychosis: presentation of a case

Dra. Bárbara Gavilla González, Dra. Leticia Díaz Cabrera

Policlínico Universitario José A. Echeverría. Cárdenas. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

En el siguiente trabajo se realizó el seguimiento de un niño desde la etapa de recién nacido hasta el año de edad, por malnutrición por defecto, de causa materna por psicosis puerperal. En este caso, la madre rechazaba a su hijo, negándose a alimentarlo, privando al bebé de algo tan importante en esta etapa de la vida como la lactancia materna exclusiva, requiriendo de alimentación complementaria en edad temprana para lograr un aumento de peso adecuado y un desarrollo psicomotor que se igualara, en un período corto de tiempo, al de niños sanos de su misma edad, sin que aparecieran secuelas que dieran al traste con su desarrollo posterior. Se necesitó darle atención diferenciada por un equipo multidisciplinario formado por el médico general integral de su consultorio, pediatra del grupo básico de trabajo, un nutricionista, rehabilitadores del Centro de Neurodesarrollo, y especialista en psicología/psiquiatría para el tratamiento de la madre, logrando a los 5 meses de edad llevarlo al estado de normopeso; no obstante, se le dio seguimiento especializado hasta que cumplió el año de edad.

Palabras clave: atención diferenciada, malnutrición, niño, psicosis puerperal.

ABSTRACT

In the following work we carried out the follow up of a child since the stage of newborn up to the age of 1 year by malnutrition per defect, caused by maternal

puerperal psychosis. In this case, the mother rejected the child, refusing to feed him, depriving the child of something so important in this life stage as the exclusive maternal breastfeeding. The child received a complementary feeding to achieve an adequate weight increase and a psychomotor development equal to the health children of the same age in a short period of time, without sequels that could damage his posterior development. It was necessary to give the child a differentiated care by a multidisciplinary team formed by the integral general physician working in his family consultation, the podiatrist of the main working group, a nutritionist, rehabilitators of the Neurodevelopment Center, and an specialist in psychology/psychiatry for treating his mother. When the child was 5 month old he reached the normal weight, but he received an specialized follow up until he was one year.

Key words: child, differentiated attention, malnutrition, newborn, puerperal psychosis.

INTRODUCCIÓN

La nutrición es un fenómeno peculiar y activo de los seres vivos en su proceso de intercambio con el medio. Se define como el conjunto de procesos biológicos mediante el cual el organismo obtiene y transforma los nutrientes contenidos en los alimentos, que son necesarios para su mantenimiento, crecimiento y desarrollo.^(1,2) La ciencia de la nutrición es multifactorial y contempla cuatro aspectos básicos: el papel de cada nutriente en el organismo, la fuente de su obtención, la cantidad diaria necesaria para el crecimiento y desarrollo, y el equilibrio entre ingreso-necesidades de nutrientes.⁽¹⁻⁵⁾

Se llama alimento a todo producto o sustancia de origen animal o vegetal que aporte elementos que cumplan una función nutritiva. Se denomina nutriente a toda sustancia básica contenida en los alimentos y que cumple una función biológica específica y no puede sustituirse por otra. El balance energético es la relación entre la energía que ingresa al organismo y se gasta, bien por utilización o por pérdida.⁽³⁻⁶⁾

Se entiende por requerimiento promedio a la cantidad de nutrientes que favorecerá un estado de salud en el individuo. Se recomienda la adición de una cantidad de nutrientes suficiente para cubrir las variaciones de las necesidades de un individuo a otro.⁽⁴⁻⁶⁾

El primer año de vida se caracteriza por un proceso rápido de crecimiento y desarrollo; estos son resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales. En la etapa hasta los 4 meses de vida, se desarrolla principalmente la succión, ya que el alimento ideal para esta etapa es la leche materna, aportando todo lo necesario para cubrir las necesidades del bebé.⁽⁴⁻¹¹⁾ El destete precoz ocurre por diferentes razones: unas son de causa materna, y otras por parte del niño, causando diferentes trastornos y afecciones en el niño, siendo uno de ellos la malnutrición tanto por defecto como por exceso.⁽⁷⁻¹¹⁾

En el caso que nos ocupa, se trata de un niño que se malnutrió en etapa de recién nacido (RN) por causa materna, ya que esta hizo una psicosis puerperal y rechazaba a su hijo, negándose a alimentarlo, privando al bebé de algo tan importante en esta etapa de la vida como la lactancia materna exclusiva (LME), requiriendo de alimentación complementaria en edad temprana para lograr un aumento de peso adecuado y un desarrollo psicomotor que se igualara, en un período corto de tiempo, al de niños sanos de su misma edad, sin que aparecieran secuelas que dieran al traste con su desarrollo posterior. Se necesitó darle atención diferenciada por un equipo multidisciplinario formado por el médico general integral de su consultorio, un pediatra del grupo básico de trabajo, un nutricionista, rehabilitadores del Centro de Neurodesarrollo (CND), y especialista en psicología/psiquiatría para el tratamiento de la madre, logrando a los 5 meses de edad llevarlo al estado de normopeso; no obstante, se le dio seguimiento especializado hasta que cumplió el año de edad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 13 días de nacido, masculino, mestizo, producto de un embarazo deseado, y a término de 38,5 semanas, con peso adecuado para su edad gestacional.

Antecedentes prenatales: sepsis urinaria a repetición en la madre durante el embarazo.

Antecedentes natales: nacido por parto distócico (cesárea primitiva) por sufrimiento fetal agudo con meconio ++, Apgar 9/9, a pesar de las condiciones del parto.

Mensuraciones al nacer:

-Peso: 3 200 gr - talla: 52 cm -cc: 34 cm

Evaluación nutricional:

-peso/talla: 10 y 25 percentil
-Talla/edad: 25 percentil
-peso/edad: 10 y 25 percentil

Examen físico al nacer: características propias y normales de un RN. No se detectaron alteraciones.

Motivo de consulta: poco aumento de peso.

HEA: RN de 13 días, que no se alimenta bien. Refiere el familiar que lo trae a consulta que la madre lo rechaza, no se conoce el motivo, y no le da de mamar, por lo que el bebé se queda con hambre y llora mucho.

Funciones fisiológicas normales.

-Peso: 2 750 gr - talla: 52 cm -cc: 35,5 cm

Evaluación nutricional: -peso/talla: menos del 3er percentil

-Talla/edad: 25 percentil -Peso/edad: menos del 3er percentil

Datos positivos al examen físico: Fascie simiesca, ojos hundidos, panículo adiposo disminuido, disminución de la masa muscular, costillas visibles con prominencia del esternón, abdomen plano, nalgas con pliegues cutáneos.

A. Resp: MV audible en ambos campos, no dificultad respiratoria. FR: 48 por min.

ACV: Tonos rítmicos y bien golpeados. No soplos. No cianosis. Buen llene capilar, pulsos periféricos presentes y normales.

Abdomen: plano, suave depresible, no visceromegalia. Cordón umbilical que ya cayó, sano.

SNC: Llanto frecuente, avidez por el alimento, tono muscular disminuido a pesar de ser un RN. Reflejos del RN presentes y normales. Fontanela anterior normotensa y Fontanela posterior cerrada.

Diagnóstico clínico: Malnutrición por defecto subaguda o subnutrido en ese momento, por estado nutricional por debajo del 3 percentil según peso/talla y peso/edad. Hipotonía generalizada con retardo del DSM.

Complementarios: se indica hemograma, orina, urocultivo, heces fecales, US abdominal y transfontanelar. (No se indican dosificación de microelementos por no tener medios.)

Conducta: Ingreso domiciliario, se introduce leche evaporada 3 onzas cada 3 horas, agua hervida, interconsulta con Pediatría, Nutrición, CND; Psicología y Psiquiatría para la madre y la familia, seguimiento semanal con peso y talla.

Evolución clínica: Siguiendo estas indicaciones, se comprueba que la progresión de peso es insuficiente, manteniéndose por debajo del 3 percentil; los complementarios están dentro de límites normales, no hay anemia ni sepsis urinaria, US abdominal y transfontanelar dentro de límites normales.

-A los 4 meses está entre el 3 y 10 percentil. Las consultas se programan quincenalmente y sigue atendándose por el equipo antes mencionado. Aparecen trastornos del tono muscular, una hipotonía generalizada, lo que le retarda el desarrollo psicomotor (DSM) en comparación con otros niños sanos de su edad.

-A los 5 meses ya está entre un 10 y 25 percentil (normopeso), pero se decide continuar con la atención diferenciada ya explicada. Hay mejoría de la hipotonía y del DSM.

-A los 9 meses se mantiene entre un 25 y 50 percentil (normopeso), pero hay mejoría evidente del tono muscular y del DSM.

-Al año de edad alcanza un estado nutricional entre 50 y 75 percentil y ha resuelto los problemas del tono muscular y del DSM. (Tabla, gráficos 1 y 2.)

Evaluación nutricional según peso y talla hasta el año de edad

Edad	Peso	Talla	Percentil
Al nacer	3 200 gr	52 cm	10 y 25
7 días	3 020 gr	52 cm	3 y 10
13 días	2 750 gr	52 cm	Menos del 3
21 días	2 750 gr	52 cm	Menos del 3
27 días	3 050 gr	53 cm	Menos del 3
1 mes y 7 días	3 200 gr	54 cm	Menos del 3
1,5 meses	3 350 gr	55 cm	Menos del 3
2 meses	3 750 gr	56 cm	Menos del 3
2,5 meses	3 900 gr	57 cm	3 y 10
3 meses	4 200 gr	59 cm	3 y 10
3,5 meses	4 700 gr	60 cm	3 y 10
4 meses	5 800 gr	63 cm	3 y 10
4,5 meses	5 900 gr	63 cm	3 y 10
5 meses	6 600 gr	65 cm	10 y 25
5,5 meses	6 900 gr	66,5 cm	10 y 25
6 meses	7 300 gr	68 cm	10 y 25
7 meses	8 350 gr	69 cm	25 percentil
8 meses	8 500 gr	70 cm	10 y 25 percentil
9 meses	8 900 gr	71 cm	25 y 50
10 meses	9 400 gr	72 cm	25 y 50
11 meses	9 900 gr	73,5 cm	50 y 75
12 meses	10,5 Kg	75 cm	50 y 75

Fuente: Historia clínica individual.

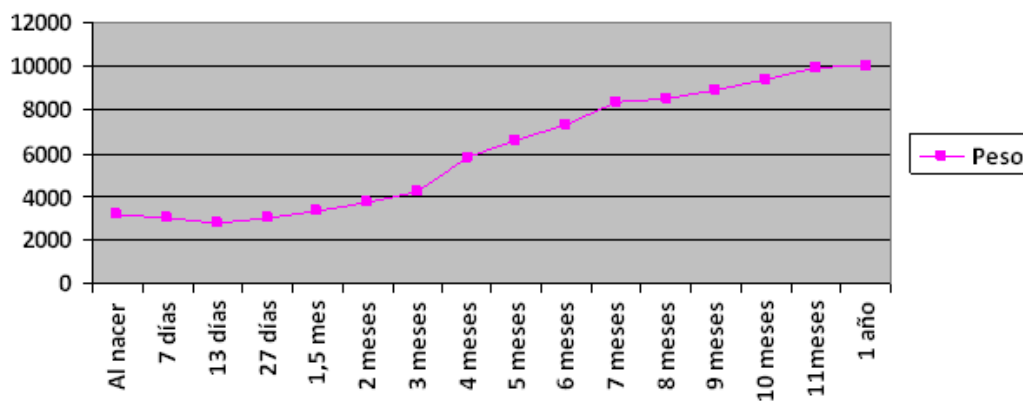


Fig. 1. Curva de peso en el primer año de vida.
Fuente: Tabla 1.

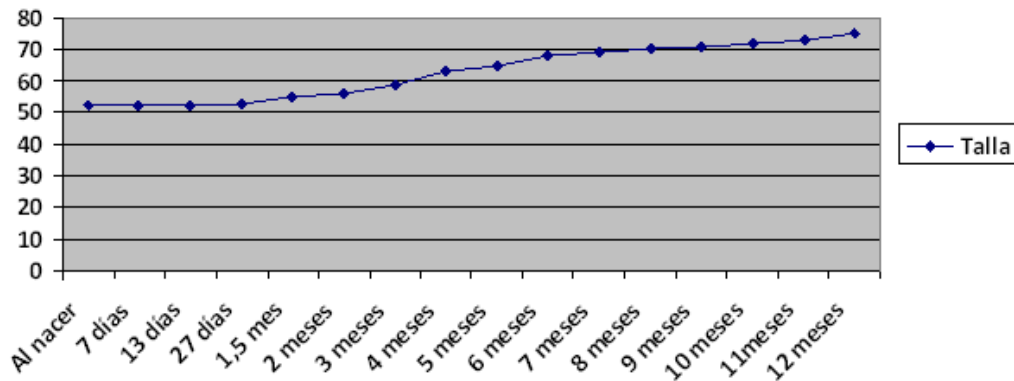


Fig. 2. Curva de talla en el primer año de vida.
Fuente: Tabla 1.

Comentario sobre la enfermedad

La malnutrición proteico-energética (DPE) es un estado anormal, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se acompaña de todo un cortejo sintomático, con grados variables de severidad y diferentes tipos de evolución en correspondencia con los factores de riesgo asociados, lo que le confiere el carácter de complejo sindrómico. Entre los factores de riesgo en los niños pequeños están los relacionados con el individuo, los padres, la familia y el medio ambiente.

La DPE atraviesa por diferentes etapas, según el tratamiento y la respuesta al mismo, será la evolución del paciente. En este caso el RN no recibió la cantidad de nutrientes necesarios que le debía aportar la LME, por ser de tipo cuantitativo se considera inanición, al clasificarla por la causa es de tipo primaria. Una de estas etapas es la de compensación donde el organismo se adapta al ingreso insuficiente de nutrientes y energía, si el desequilibrio es agudo y/o severo se pierde peso a expensas de la masa corporal magra, principalmente muscular, se acompaña de un desaceleramiento del crecimiento y desarrollo con retraso del DSM.

La alimentación se debe comenzar de forma progresiva y lo más rápido posible, siguiendo el esquema de alimentación para menores de 1 año, en la etapa de compensación se deben aportar de 100 a 120 Kcal/Kg de peso deseado/día, teniendo en cuenta el gusto del niño y la variabilidad de los alimentos para vencer la anorexia y suministrarle los requerimientos necesarios. Debemos lograr una dieta suficiente, balanceada, adecuada y completa, la frecuencia de la alimentación depende de la edad y la gravedad de la enfermedad entre otros factores a considerar.

Intervención terapéutica

Se mantuvo con seguimiento semanal en el primer mes, quincenal hasta los 5 meses; a los 3 meses se introduce puré de viandas y jugos de frutas no cítricas, adelantando el esquema de ablactación establecido por el MINSAP, ya que este niño fue privado desde la etapa de RN de la LM; se agrega al tratamiento vitaminoterapia: Multivit 15 gotas/día, hierro profiláctico para evitar anemia nutricional a 6 mg/kg/día, se añaden microelementos con sulfato de zinc (papelillos de 125 mg) 2 veces/día y cobre 150 mg/día por 6 meses, además se sustituye la leche evaporada por leche fortificada para mejorar el aporte de vitaminas y nutrientes a este bebé.

Al alcanzar el estado de normopeso a los 5 meses el seguimiento fue mensual, se continuó estimulación del DSM y rehabilitación para los trastornos del tono muscular, seguimiento por pediatría, nutrición, así como la atención por psicología/psiquiatría a la madre y a la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés Martín, S, Gómez Vasallo, A. Temas de Pediatría. Cap. 7. Nutrición y dietética. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 41-76.
2. Valdés Martín, S, Gómez Vasallo, A. Temas de Pediatría Cap. 4. Crecimiento y desarrollo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 18-27.
3. Pediatría. T. I. Parte V. Alimentación y nutrición. Cap. 18. Bases de la alimentación y nutrición del niño sano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 170-97.
4. Pediatría. T. I. Parte V. Alimentación y nutrición. Cap. 19. Ablactación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 198-201.
5. Pediatría. T. I. Parte II. Crecimiento y desarrollo. Cap. 6. Ablactación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 27-31.
6. Martín González, IC. Plasencia Concepción, D. González Pérez, TL. Manual de Dietoterapia. Sección tercera. Consideraciones dietéticas generales en los estados normales y patológicos del niño y el adolescente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 94-8.
7. Medicina General Integral. Vol. II. Cap. 74. Trastornos más frecuentes de la nutrición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 315-34.
8. Medicina General Integral. Vol. I. Cap. 19. Crecimiento y desarrollo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 220-34.
9. Behraman RE, Kliegman RM. Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. I. Cap. 43. Nutrición. Madrid: Editorial Mcgraw-Hill Interamericana; 2006. p. 173-212.
10. Behraman RE, Kliegman RM. Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. I. Cap. 11. Crecimiento y desarrollo. Madrid: Editorial Mcgraw-Hill Interamericana; 2006. p. 35-45.
11. Cruz M, Crespo J, Jiménez R. Compendio de Pediatría. Sección 6. Nutrición en Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 209-29.

Recibido: 15 de enero de 2012.

Aceptado: 18 de febrero de 2012.

Bárbara Gavilla González. Policlínico Universitario José A. Echeverría. Cárdenas. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: barbara.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gavilla González B, Díaz Cabrera L . Malnutrición por defecto de un recién nacido por psicosis puerperal materna: presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 34(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema11.htm>