

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

Malnutrition by defect of a newborn because of the puerperal maternal psychosis: presentation of a case

### AUTORAS

Dra. Bárbara Gavilla González (1)

**E-mail:** [barbara.mtz@infomed.sld.cu](mailto:barbara.mtz@infomed.sld.cu)

Dra. Leticia Díaz Cabrera (2)

1) Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño y en Educación Superior. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico Universitario José Antonio Echeverría. Cárdenas.

2) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario José Antonio Echeverría. Cárdenas.

---

### 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, nutricionista, rehabilitadores del Centro de Neurodesarrollo, y por psicología y psiquiatría para el tratamiento a 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:** recién nacido, malnutrición, psicosis puerperal.

---

### SUMMARY

In the following work we followed up a child since he was a newborn until he was 1 year old for malnutrition by defect, caused by the puerperal maternal psychosis. In this case the mother rejected her son, refusing to feed him, depriving him of such important thing in this stage of life like the exclusive maternal breastfeeding, requiring of complementary nourishing in such early age to get an adequate weight gain and a psychomotor development that would equalize, in a short period of time,

the ones got by healthy children of the same age, without sequels affecting his subsequent development. It was necessary a differentiated attention by a multidisciplinary team formed by the integral general physician of the family consultation, a pediatrician of the Working Basic Group, a nutritionist, rehabilitators from the Centre of Neurodevelopment, and a psychologist and a psychiatrist for treating the mother. When he was 5 months old he reached the normal weight; nevertheless, he was given a specialized follow up until he was 1 year old.

**Key words:** newborn, low birth weight, puerperal psychotic.

---

## 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 los cuales 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 lactancia materna exclusiva (LME), 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 se presenta, 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 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, pediatra del GBT, nutricionista, rehabilitadores del Centro de Neurodesarrollo (CND), y por psicología psiquiatría para el tratamiento a 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 quincenal y sigue atendiéndose por el equipo antes mencionado. Aparecen trastornos del tono muscular, una hipotonía generalizada, lo que le retarda el desarrollo sicomotor (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.

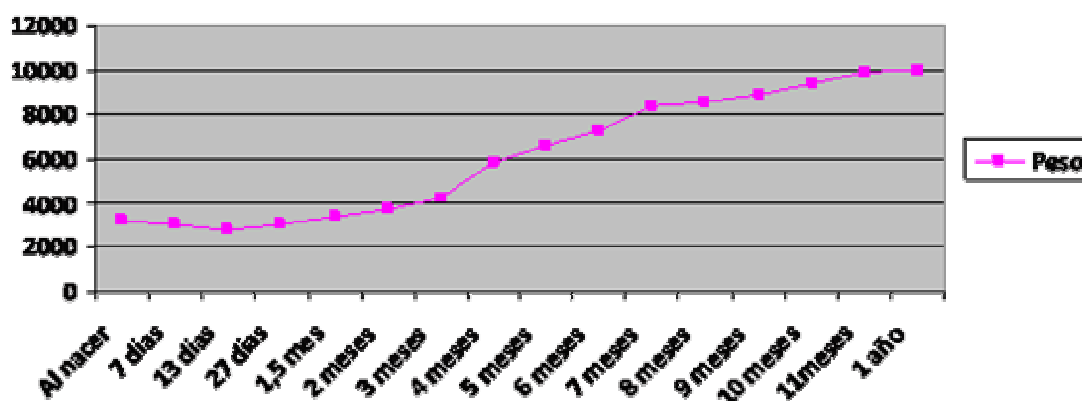
En la tabla No. 1, se puede apreciar la evaluación nutricional según peso y talla hasta el año de vida, en las consultas de seguimiento que se le dieron al bebé, los datos se obtuvieron de la historia clínica. En los gráficos 1 y 2 se observan las curvas de peso y talla respectivamente, acorde a las mensuraciones obtenidas en dichas consultas. El peso se afectó más que la talla, pues comenzó a perder peso desde los primeros días de nacido hasta el mes, en que logra alcanzar de nuevo el peso con que nació. A partir de aquí el aumento de peso fue lento e insuficiente, por lo que se tomó conducta para lograr la recuperación tanto nutricional como en el DSM.

Tabla No. 1. Evaluación nutricional según peso y talla hasta el año de edad

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

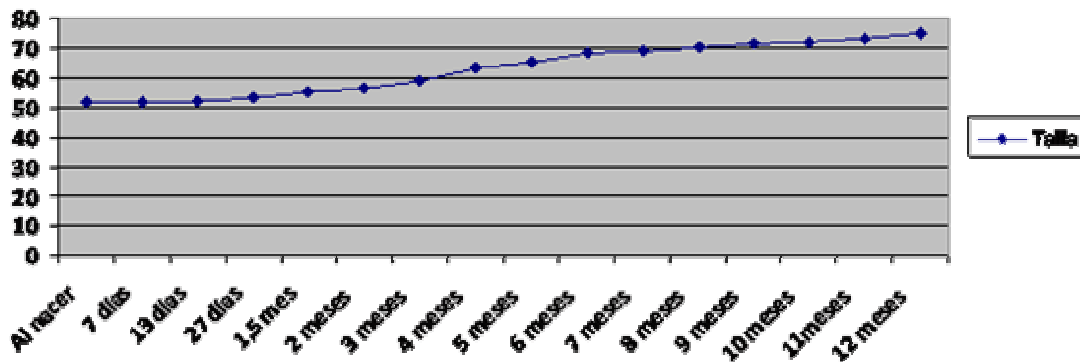
Fuente: historia clínica individual

Gráfico 1. Curva de peso en el primer año de vida



Fuente: Tabla No. 1.

Gráfico 2. Curva de talla en el primer año de vida



Fuente: Tabla No. 1.

## DISCUSIÓN

La malnutrición proteico-energética (DPE, por sus siglas en inglés) 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.

En el caso que se estudia 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, fe 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 la 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. Nutrición y dietética. En: Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Temas de Pediatría [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/temas\\_pediatria\\_nuevo/cap7.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/temas_pediatria_nuevo/cap7.pdf)
2. Crecimiento y desarrollo. En: Valdés Martín S, Gómez Vasallo A, Báez Martínez JM. Temas de Pediatría [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/temas\\_pediatria\\_nuevo/cap3.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/temas_pediatria_nuevo/cap3.pdf)
3. Bases de la alimentación y nutrición del niño sano. Cap. 18. En: Pediatría. Tomo I [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/pediatria\\_tomoi/partev\\_cap18.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/pediatria_tomoi/partev_cap18.pdf)
4. Ablactación. Capítulo 19. En: Pediatría Tomo I [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/pediatria\\_tomoi/partev\\_cap19.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/pediatria_tomoi/partev_cap19.pdf)
5. Crecimiento y desarrollo. Capítulo 6. En: Pediatría. Tomo I [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/pediatria\\_tomoi/parteei\\_cap06.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/pediatria_tomoi/parteei_cap06.pdf)
6. Consideraciones dietéticas generales en los estados normales y patológicos del niño y el adolescente. Sección tercera. En: Martín González IC, Plasencia Concepción D, González Pérez TL. Manual de Dietoterapia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros/dietoterapia/seccion\\_tercera.pdf\\_p94-98](http://bvs.sld.cu/libros/dietoterapia/seccion_tercera.pdf_p94-98)
7. Rodríguez Anzardo BR, Salas Mainegra I, Plasencia Concepción D. Trastornos más frecuentes en la nutrición. Parte XVIII. Afecciones por exceso y por defecto. Capítulo 74. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, et al. Medicina General Integral. Volumen II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/mgi\\_tomii\\_seg\\_edicion/cap74.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomii_seg_edicion/cap74.pdf)
8. Medina Gondrés Z. Crecimiento y desarrollo. Detección de los retrasos en el desarrollo. Capítulo 19. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, et al. Medicina General Integral. Volumen I. Capítulo 19. La Habana: Ciencias Médicas; 2008 [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/mgi\\_tomoi\\_seg\\_edicion/cap19.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_seg_edicion/cap19.pdf)
9. Behraman RE, Kliegman RM, Nelson. Tratado de Pediatría. Vol I. Cap. 43. Nutrición. Madrid: Mcgraw-Hill Interamericana; 2006. p. 173-212.
10. Crecimiento y desarrollo. Cap 11. En: Behraman RE, Kliegman RM, Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. I. Madrid: Editorial Mcgraw- Hill Interamericana; 2006. p. 35-45.
11. Nutrición en Pediatría. Sección 6. En: Cruz M, Crespo J, Jiménez R. Compendio de Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 209-29.

## 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]. 2011 Nov-Dic [citado: fecha de acceso]; 33(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol6%202011/tema12.htm>