



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA
DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Yauli Santos, Mayra Alexandra

Tutor: Dr. Esp. Alulema Velasco César Augusto

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Análisis de Caso Clínico sobre el tema:

“SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA”

De Yauli Santos Mayra Alexandra estudiante de la Carrera de Medicina considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para el ser sometida a evaluación del jurado examinador designado por el H Concejo Directivo de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Septiembre del 2016

EL TUTOR

Dr. Esp. Alulema Velasco César Augusto

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo sobre Análisis de Caso Clínico con el Tema: SÌNDROME DE NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA” así como el análisis, las conclusiones finales y recomendaciones emitidas son exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre 2016

LA AUTORA

Yauli Santos Mayra Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que realice el análisis de este caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del mismo dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga un rédito económico y se respete mis derechos como Autora.

Ambato, Septiembre 2016

LA AUTORA

Yauli Santos Mayra Alexandra

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el Tema: SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA” trabajo de Mayra Alexandra Yauli Santos estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTA

.....
1ER VOCAL

.....
2DO VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado, en primer lugar a las personas que me enseñaron que nada es imposible en la vida, que con esfuerzo, amor y cariño me impulsaron a seguir adelante, sostuvieron mis sueños, jamás me dijeron que no a pesar de las adversidades económicas, a los héroes de mi vida, mis padres, a mis hermanos y a todos mis familiares que de una u otra manera contribuyeron con su granito de arena para que este hermoso sueño de verme convertida en profesional se haga realidad y finalmente a todas aquellos que me enseñaron que la superación del ser humano es la personal e intelectual.

Mayra Alexandra, Yauli Santos

AGRADECIMIENTO

A través de este trabajo quiero agradecer en primer lugar a Dios por haber permitido que puede alcanzar este logro en mi vida y llegar a ser profesional, a mis padres quienes con su amor, esfuerzo, cariño y constancia me encaminaron a la consecución de esta meta ,a todos y cada uno de mis maestros de cuyos consejos y enseñanzas aprendí que por más difícil que parezcan las cosas con esfuerzo, persistencia y amor por lo que uno quiere las metas trazadas a lo largo de nuestra vida se pueden cumplir, y así también a los establecimientos de salud que me abrieron las puertas para poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias y finalmente quiero agradecer a mi tutor quien con paciencia me supo guiar hacia la culminación de este trabajo.

Mayra Alexandra, Yauli Santos

TABLA DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 MARCO TEÓRICO	2
SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO	2
Definición.....	2
Epidemiología.....	3
Tipos.....	4
Factores de riesgo.....	4
Indicadores de maltrato	6
MALTRATO POR NEGLIGENCIA	8
Orientaciones para diagnóstico	14
Tratamiento	15
Prevención	15
Pronóstico	16
Consecuencias.....	16
DESNUTRICIÓN GRAVE	17
2.1. OBJETIVO GENERAL:	24
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	24
3. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INVESTIGACIÓN	25

3.1 METODOLOGÍA	25
3.2. RECURSOS	25
4. DESARROLLO	26
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO CLÍNICO	26
4.2 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	38
4.3ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	41
4. 4 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.....	42
4.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	44
4.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	45
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
RECOMENDACIONES	47
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
LINKOGRAFÍA	48
CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA	50
6. ANEXOS.....	52
ANEXO1.....	52
EXÁMENES DE LABORATORIO (23/05/2016)	52
ANEXO 2.....	53
ECO RENAL	53
ANEXO 3.....	54
ECO TESTICULAR	54
ANEXO 5.....	55
TABLAS DE CRECIMIENTO OMS.....	55
ANEXO 6.....	56

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA”

Autora: Mayra Alexandra Yauli Santos

Tutor: Dr. Esp. Alulema Velasco César Augusto

Fecha: Septiembre del 2016

RESUMEN

El siguiente caso trata de un paciente masculino de 4 años 11 meses, preescolar, nacido y residente en Ambato- Ambatillo, producto de sexta gesta, embarazo mal controlado bien tolerado, parto domiciliario, llanto inmediato, alimentación con leche materna exclusiva hasta el año de edad, inmunizaciones completas para la edad a través de visitas domiciliarias, crecimiento pondero estatural adecuado hasta los 11 meses según refiere madre, hospitalizado aparentemente a los 11 meses de edad por EDA + Deshidratación, posterior a lo cual el niño presenta pérdida progresiva y crónica de peso cuyo control y seguimiento se realiza en Subcentro de Salud de Ambatillo. Acude referido por primera vez de SCS por Cardiopatía Congénita e Hipertensión Pulmonar Severa, al examen físico paciente con aspecto sindrómico, desproporción céfalo corporal, aspecto senil, caquético, tórax con deformación medial protruyente, acropaquias con cianosis distal, hipotrofia muscular, panículo adiposo disminuido universal respetando bolsa de Bichat, caries dental, retraso psicomotor, corazón soplo sistólico audible en toda el área cardiaca, paciente permanece hospitalizado por 10 días recibiendo atención médica y de personal de enfermería, educación nutricional a la madre, valorado por los servicios de Odontología, Psicología, Trabajo Social, Asesoría Jurídica, es dado de alta para seguimiento por Consulta Externa estable y con ganancia de peso.

PALABRAS CLAVE: MALTRATADO INFANTIL, NEGLIGENCIA, DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

ANALYSIS OF CASE ON :

**“SYNDROME CHILD ABUSE FOR NEGLIGENCE AS CAUSE OF SEVERE
CHRONIC MALNUTRITION ”**

Author : Alexandra Mayra Santos Yauli

Tutor: Dr. Eng Alulema César Augusto Velasco

Date: Septiembre, 2016

SUMMARY

The next case involves a male patient, 4 years, 11 months, preschool, born and resident in Ambato- Ambatillo product of sixth deed, pregnancy poorly controlled well tolerated, home birth, crying immediately, feeding exclusively breastfed until 6 months , complete for age immunizations, pondo growth suitable estatural through 11 months as reported mother, hospitalized at 11 months of age by EDA + subsequent dehydration to which child has chronic weight progressive loss and whose control and monitoring is performed in Subcentro Health of Ambatillo. He goes first referred to Subcentro of Health for Congenital Heart Disease and Pulmonary Hypertension Severa, physical examination patient with syndromic appearance, body , senile appearance, cachexia, chest with medial deformation protruding, clubbed with distal cyanosis, muscle hypertrophy, adipose panicle decreased universal respect bag Bichart, dental caries, psychomotor retaraso, blow heart III / IV audibly machinery in all foci, patient remains hospitalized for 10 days receiving medical care and nurses, nutrition education to the mother, valued by services Dentistry, Psychology, Social Work, Legal, is discharged for outpatient follow-up stable and weight gain.

KEYWORDS: ABUSED CHILDREN , NEGLIGENCE, SEVERE CHRONIC MALNUTRITIO

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato a los niños es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos, vulnera derechos fundamentales del niño, adolescente y aunque el término maltrato infantil se ha venido manejando desde hace mucho tiempo atrás no es hasta el año de 1960 cuando una junta médica interesada en esta patología engloba este acto dentro del “Síndrome del Niño Golpeado o Maltratado” y la Organización Mundial de la Salud en su última actualización sobre esta patología la define como todo acto de omisión intencionada o no por parte de un adulto, sociedad o país que influya en la salud, crecimiento, desarrollo físico o psicomotor de un niño, actos negligentes que en ocasiones pueden conllevar a estados de malnutrición grave sabiendo que este fenómeno médico social muchas veces es resultado final de problemas sociales en el hogar del cual proviene el niño como el desconocimiento, la pobreza o simplemente la desatención del infante, por lo que el éxito de su tratamiento estará en el identificar y corregir estos factores médicos sociales de forma oportuna y temprana, por lo que aunque no es un problema netamente sanitario si es uno de los más importantes ya que la actuación del personal de salud no se ha de limitar únicamente al tratamiento de las lesiones agudas si no que jugaran un rol importante en cuanto a su prevención.

En la actualidad, en América Latina, más del 50 % de los niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición y el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento. En nuestro país la situación es más crítica en el área rural. Los niños/as del área rural presentan baja talla (26.6%) y bajo peso (18.4%) para su edad, en tanto que, en el área urbana, 12% y 12.4%, respectivamente.¹²

Los indígenas son un grupo poblacional históricamente excluido, particular que se corrobora con las tasas de desnutrición. La desnutrición crónica tiende a afectar relativamente más a los varones que a las mujeres (19.5% y 15.2%), al igual que la desnutrición global (16.2% y 13%).¹²

1.1 MARCO TEÓRICO

SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Definición

El fenómeno médico-social que actualmente se denomina “síndrome de niño maltratado» (SNM) tiene cada día mayor impacto mundial pues el maltrato infantil es, por encima de todo y antes que nada, un problema de salud en el sentido más amplio del concepto de salud² y la Organización Mundial de la Salud en su última actualización sobre esta patología la define como “todo acto de omisión intencionada o no por parte de un adulto, sociedad o país que influya en la salud, crecimiento, desarrollo físico o psicomotor de un niño”.¹

Según UNICEF se define como: “Niños y jóvenes que hasta dieciocho años sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual y emocional, ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. Puede ser ejecutado por omisión, supresión, o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, pudiendo existir el abandono completo o parcial. Debe haber intencionalidad del maltratador como elemento sustantivo para calificar un hecho como maltrato”¹.

La Constitución de Montecristi, en el artículo 46, numeral 4, consagra que el Estado protegerá y atenderá a los menores “contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones”.³

Legislación de menores. El Código de la Niñez y Adolescencia, en su artículo 67, dice: “Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima”.³

Sin embargo el maltrato infantil va mucho más allá de la agresión física o psicológica la negligencia como forma de maltrato puede ser una forma poco visible

pero muy peligrosa, este hecho se define como la omisión y/o descuido por las personas adultas que se hallen al cuidado del niño ya sea personal administrativo o de servicio, padre, madre o cuidador/a responsable, en el cumplimiento de sus obligaciones o responsabilidades de atención y cuidado para con niños y niñas.⁷

Epidemiología

Como ocurre con las otras formas de maltrato es imposible cuantificar la incidencia de la negligencia en niños ; muy probablemente solo conocer parte del problema pues, existe un elevado desconocimiento de esta importante desprotección infantil considerada hoy por hoy la de mayor incidencia y de pronóstico desfavorable³ . Datos estadísticos publicados por la OMS muestran que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención. Se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.¹

América Latina y el Caribe con una población de más de 190 millones de niños, es una de las regiones que posee los mayores índices de violencia, que afectan principalmente a mujeres, niños y niñas, en la región la violencia contra los menores de edad al interior de las familias se manifiesta principalmente a través del castigo físico como una forma de disciplina, el abuso sexual, el abandono y la explotación económica. Una de las principales fuentes de información sobre el maltrato infantil son las denuncias que se realizan en diversas instituciones, como en los servicios sociales, policías.³

En situaciones de conflicto armado y entre los refugiados, las niñas son especialmente vulnerables a la violencia, explotación y abusos sexuales por parte de los combatientes, fuerzas de seguridad, miembros de su comunidad, trabajadores de la asistencia humanitaria y otros.

Tipos

La OMS considera las diferentes formas de presentación del maltrato:

- Físico
- Sexual
- Negligencia
- Emocional

El SMI también puede ser clasificado en 6 categorías:

- Abuso físico.
- Abuso sexual
- Abuso psicológico
- Negligencias
- Abuso prenatal
- Síndrome de Münchausen por poder⁵

De estas 6 categorías, la negligencia es la más frecuente y posiblemente la de mayor morbilidad y mortalidad¹. Es importante destacar que la negligencia se diferencia de los accidentes porque estos no tienen en cuenta la responsabilidad de los padres o tutores, mientras que en la mayoría de las negligencias está presente un fallo por parte de los padres o tutor, en ofrecerle al niño: amor, abrigo, amparo, supervisión, educación, atención médica y soporte nutricional y psicológico⁷.

Factores de riesgo

El nivel o la condición de riesgo, que va desde la mayor vulnerabilidad a la mayor protección, depende de la presencia tanto de factores de riesgo como de los mecanismos y factores protectores que interactúan en cada familia; ello determina la mayor o menor probabilidad de que ocurra maltrato¹².

Las condiciones de riesgo para la presencia de maltrato pueden originarse en los padres, el embarazo, el niño y las características de la convivencia familiar, incluyendo aspectos sociales y culturales relacionados con la violencia⁴:

-Condiciones de riesgo en los padres

Padres maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia, niños producto de madre adolescente, de bajo nivel de escolaridad, con insuficiente soporte conyugal, familiar y social. Padres o personas a cargo del cuidado del niño que padecen patología psiquiátrica, alcoholismo o adicción¹⁴.

- Condiciones de riesgo por embarazo: estos involucran embarazo no deseado o de alto riesgo biológico problemas de depresión posparto¹¹.

Condiciones de riesgo en el niño: involucra aspectos del infante tales como:

- Recién nacido con malformación o prematuros.
- Alteración de los primeros vínculos.
- Hospitalización precoz prolongada.
- Niño portador de patología crónica.
- Niño con discapacidad física o psíquica.
- Niño con conducta difícil.
- Niño no escolarizado, inasistente o de bajo rendimiento, o fracaso escolar.
- Niño de la calle.
- Niño de la frontera.
- Maltrato étnico¹².

Condiciones de riesgo en la familia

Familias con antecedentes de conducta violenta, con procesos psiquiátricos, en etapa de desintegración, con antecedentes de alcoholismo o desintegradas.⁴

Condiciones de riesgo en el entorno

Condiciones de vida difícil, marginación, cesantía, pobreza, aceptación cultural de la violencia o simplemente la ausencia de redes sociales de apoyo a la comunidad.²

Indicadores de maltrato

En la práctica médica diaria la detección de maltrato requiere de la búsqueda activa de indicadores; sin embargo, no es frecuente que éstos sean requeridos como motivo de consulta.¹ Además no existen signos patognomónicos ni excluyentes como elementos para el diagnóstico diferencial respecto a otras causas de violencia. Asimismo, el temor del médico a verse involucrado en un proceso que podría tomar curso legal, dificulta el proceso de diagnóstico. En el examen físico del niño, es importante buscar, constatar o descartar la presencia de signos sugerentes de maltrato.¹⁴

-Maltrato físico

Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo que involucran un conjunto de acciones no accidentales ocasionados por adultos al cuidado del niño, que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta.³

- Se pueden observar contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, deformidad de la región; signos de intoxicación o envenenamiento, así como de traumatismo craneal con daño visceral; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas. Estas lesiones, que generalmente son múltiples, no están ubicadas en el rango de lo posible para un menor, bien por su localización poco habitual, por su mayor frecuencia e intensidad o porque se trata de lesiones aparentemente inexplicables o que no corresponden a las explicaciones dadas por los padres.³ En los casos de maltrato crónico, las lesiones descritas pueden coexistir con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o con secuelas neurológicas o sensoriales.⁴

-Abuso sexual

Es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiar. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña menores de 18 años con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima.⁵

Las formas más comunes de abuso sexual son: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño y la exposición de órganos sexuales a un niño.

Los indicadores que nos pueden guiar al diagnóstico son:

- Ante toda laceración o daño en el área genital de un niño o niña que no se explique claramente como accidental se debe sospechar de abuso sexual, al igual que cuando se presentan enfermedades de transmisión sexual en un niño o preadolescente.³
- Las lesiones más frecuentemente encontradas son: equimosis en la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado (en niñas), dificultad para caminar, rastros de semen y en etapas más tardías, prurito e infecciones frecuentes y masturbación.³
- Es común que el abuso sexual sostenido ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física.³

-Maltrato psicológico.

La detección de estos indicadores debe realizarse mediante la observación, durante la consulta de la conducta del niño y del adulto que lo acompaña, así como valorando la calidad de la relación entre ambos; además se debe hacer una búsqueda sistemática de información acerca de la ocurrencia de maltrato.¹

La obtención de esta información es compleja, no sólo por el ocultamiento y la negación de los adultos temerosos de un castigo legal o de la censura social, sino también porque el propio niño puede negar el abuso por temor, por un sentimiento de lealtad hacia su familia o porque piensa que no le van a creer. El secreto del que participan también el niño y otros miembros de la familia, permite la manipulación de la dependencia afectiva de los niños por parte del adulto responsable.¹⁰

Algunos indicadores psicológicos o emocionales de maltrato están dados por lo siguiente:

- Es frecuente observar en el niño conductas de temor y retraimiento, o bien de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional o técnico que presta la atención.
- Otros indicadores psicológicos y conductuales observados son: bajo rendimiento escolar, inasistencia a clases o retardos frecuentes, hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización, o bien, se pueden identificar niños tímidos, poco comunicativos y de apariencia descuidada.¹⁰

MALTRATO POR NEGLIGENCIA

La palabra negligencia viene del vocablo en latín “negligentia” que significa descuido, falta de cuidado o aplicación por lo que a este tipo de maltrato se lo puede definir como la falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para la supervivencia del niño y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc, que puedan asegurar el completo bienestar del paciente.⁵

Tipos de negligencias: pueden ser: físicas, médicas, educacionales, en la seguridad, supervisión, negligencia nutricional y el abandono.

Sin embargo algunos autores clasifican a este tipo de maltrato en 3 grupos: la física que incluye la negligencia médica, la educacional y de seguridad.⁴

- **Negligencia física.** Se refiere a un fallo en proporcionar al niño sus necesidades básicas, tales como: alimentos, vestido, amparo, cuidado médico y supervisión, por lo que el niño no puede desarrollar su potencial de crecimiento y desarrollo sin una alimentación adecuada. La negligencia nutricional es la causa más frecuente del bajo peso en los lactantes y puede estar presente en el 50 % de los casos de fallo de progreso. El deterioro en el

vestuario, ropa sucia inadecuada para la estación, despeinado (sobre todo si los padres o hermanos lucen diferente), debe llamar la atención del médico.⁶

Los prestadores de salud suelen ser los que identifican la negligencia médica que resulta de un fallo del padre o tutor, en ofrecer adecuada atención sanitaria, así como su seguimiento en las consultas del niño sano y de especialidades en caso de enfermedades agudas o crónicas.⁶

La negligencia médica constituye el 0.4/ 1000 de los maltratos reportados y pueden manifestarse de forma variable pero fundamentalmente se refiere a la demora o negación del cumplimiento del tratamiento médico y la no asistencia a las citas o consultas de seguimiento, como consecuencia el niño no puede desarrollar su potencial de crecimiento y desarrollo.⁵

- **Negligencia educacional:** incluye fallo en asegurar la asistencia del niño a la escuela, de prevenir el ausentismo crónico y las llegadas tarde, en fin en no asegurarle al niño que cumpla con los requerimientos educacionales establecidos.⁴
- **Negligencia seguridad:** es tal vez uno de los tipos de negligencia más difíciles de identificar y abordar para el personal de salud puesto que incluye la omisión de los cuidadores a que el niño pueda tener acceso a todos son factores que le puedan causar daño.⁴

En cuanto a los datos epidemiológicos es imposible cuantificar con exactitud la incidencia de la negligencia en niños, probablemente solo se llega a conocer parte del problema pues existe un elevado desconocimiento de esta importante desprotección infantil considerada hoy por hoy la de mayor incidencia y con pronóstico desfavorable³

Causas

Es importante conocer el contexto familiar, social, cultural y ambiental antes de determinar la existencia o no de negligencia ya que no siempre debemos

circunscribirlas simplemente a los padres la sociedad también la responsable de los miles de casos de negligencia en todo el mundo al privarles de sus derechos a la alimentación, escolarización, en salud, protección física y psicológica. En si este tipo de maltrato muchas veces está presente en aquellas familias con graves situaciones socioeconómicas, problemas de consumo de drogas y alcoholismo.²

Entre los factores de riesgo también están la falta de medidas de seguridad como las mencionadas a continuación:

a) *Lactantes*. Los niños y niñas de esta edad no son capaces de protegerse a sí mismos y carecen de experiencia para percibir el peligro y muchas veces la patología accidental está propiciada por terceros ya sea por el descuido de los padres o cuidadores. En esta edad se produce un gran número de lesiones mortales no intencionales como: sofocación, caídas, accidentes de tránsito, quemaduras e intoxicaciones. El lugar de los accidentes es casi siempre el hogar.¹⁸

b) *Niños de 1 a 4 años*. El verdadero peligro de lesionarse comienza en la edad en que el niño da sus primeros pasos. Las características personales que influyen en ello son: coordinación motora imperfecta, marcha tambaleante, curiosidad insaciable, observación fragmentaria, inhabilidad, desarrollo de independencia, interés por conocer lo que le rodea, coger o llevarse a la boca lo que encuentran y además, siguen sin distinguir el peligro al principio de esta etapa.¹⁸

c) *De 5 a 9 años*. A esta edad los niños y niñas acuden a la escuela, juegan con otros en parques y calles, realizan sus primeras excursiones en grupo. Siguen siendo curiosos, no son capaces de valorar bien el peligro y los riesgos y por tanto, siguen sufriendo muchos accidentes. No obstante, ya son capaces de comprender los peligros del agua, fuego, tráfico y de mantener una conducta algo más correcta que les proteja. Por esta razón los niños se ven confinados en espacios insuficientes e inapropiados para realizar sus juegos donde encuentran riesgos mayores que en el hogar.¹⁸

d) *De 10 a 19 años*. Este grupo de edad abarca el período inicial de la adolescencia y en ellos aparece una característica nueva que condiciona la proclividad a los accidentes. Nos referimos a la conducta de «búsqueda del riesgo» derivada de su

afán de aventura y de independencia de los adultos. Las causas más frecuentes no varían en lo fundamental, aunque cabe destacar la aparición de intoxicaciones voluntarias. Las causas de muerte son en orden decreciente: accidentes de tránsito, ahogamiento por inmersión, caídas e intoxicaciones; y se producen fundamentalmente fuera del hogar.

Factores del medio ambiente social y espacial.

b) Ausencia del orden. Es un factor que multiplica alrededor del niño las ocasiones de lesiones no intencionales.

c) Condiciones socioeconómicas. Los riesgos se encuentran aumentados en las familias de condiciones socioeconómicas modestas. Circunstancias como sobrepoblación del hogar y la falta de espacio para guardar productos peligrosos, justifican esta afirmación. Estas aseveraciones son especialmente válidas en el caso de las lesiones domésticas, las cuales constituyen la mitad de los accidentes infantiles.

d) Falta de educación. La falta de educación impide el conocimiento de cómo evitar los riesgos por parte de padres y cuidadores.¹⁸

Medio ambiente espacial: juega un papel muy importante en la génesis y naturaleza de los accidentes. Cada medio ambiente tiene sus propios riesgos así:

a) En la ciudad se hallan construcciones antiguas, faltan zonas de juego próximas a las viviendas o las viviendas y escuelas se hallan cercanas a vías de tráfico denso.¹⁸

b) En las zonas rurales aparecen elementos nuevos como agentes causales: estanques, pozos y otros almacenamientos de agua mal protegidos, maquinarias agrícolas, sustancias tóxicas a las que los niños tienen acceso como plaguicidas, presencia de animales más frecuente que en las ciudades.¹⁸

En el estudio del medio ambiente espacial hay que considerar con detenimiento el lugar del accidente que puede ser:

a) *Hogar*: los accidentes domésticos representan la mitad de todos los que ocurren entre los 0 a 10 años teniendo una mortalidad es elevada en los menores de 5 años. Dentro de la vivienda familiar los lugares más peligrosos son en orden decreciente: la cocina, el baño, las escaleras, ventanas y balcones y el patio o jardín cuando existe.¹⁸

b) *Escuela*: constituye un importante lugar donde se producen lesiones no intencionales debido a la gran cantidad de tiempo que pasa el niño en este medio, tanto en la etapa preescolar en que acude a círculos infantiles, como entre los 5 y 14 años de escolarización obligatoria en muchos países. Dentro de la escuela los lugares más peligrosos son los accesos, patios y escaleras.¹⁸

c) *Vías de tránsito*: los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de muerte para el grupo de edad de 1 a 19 años. En los primeros años son los atropellos la forma más común de lesión, mientras que en edades sucesivas lo son los que ocurren con bicicletas y motocicletas, de los que el niño o adolescente es conductor. En todas las edades son víctimas como acompañantes en vehículos de motor.¹⁸

d) Otros lugares son los alrededores de la vivienda familiar: las calles, parques y jardines donde juega el niño, así como los lugares de recreo y vacaciones, como piscinas, playa, lugares par excursionistas y campos deportivos.¹⁸

Valoración clínica

Se tomaran en cuenta aspecto del niño como: vestimenta, piel, uñas cabello, olor; datos de crecimiento tales como la talla, el peso, perímetro cefálico y datos sobre el desarrollo psicomotriz.²

Este tipo de maltrato puede ser propio de familias donde existen otras necesidades adicionales y prioritarias, de tal forma que el maltrato puede ser consciente o inconsciente ya sea por la ignorancia, bajo nivel cultural, factores que en muchas ocasiones surgen de la pobreza.⁶

- Descuido en la alimentación, en la higiene y la ropa, dermatitis de pañal crónica, signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes y desnutrición.⁴

- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas, defectos sensoriales no compensados), o bien ausencia del control y de los cuidados médicos rutinarios.⁴

- Es importante distinguir el abandono físico, como una forma de maltrato, de la falta de cuidado por la escasez de recursos y las dramáticas condiciones de vida que impone la extrema pobreza. Otro elemento a considerar son las dificultades que las familias en condiciones de aislamiento geográfico y social tienen que enfrentar para acceder a la atención médica.¹²

Situaciones condicionantes y desencadenantes de maltrato

Cuando existen antecedentes o el médico detecta durante la exploración indicadores que permiten suponer la existencia de maltrato, debe preguntarse por:

- Las condiciones predisponentes. Estas se pueden encontrar en los padres, los cuidadores, el propio niño y la familia, y han sido descritas como factores de riesgo. Es importante investigar la existencia de situaciones tales como: si el niño trabaja, si asume responsabilidades desproporcionadas, si es llevado a consulta por adultos distintos al cuidador habitual o si hay cambios frecuentes de cuidadores.⁶

- Los factores o condiciones desencadenantes del maltrato. Estos pueden manifestarse como crisis generadas por eventos vitales estresantes (separaciones, duelo, encarcelamiento, patologías, desvinculación sociocultural disruptiva). Asimismo se pueden presentar cuando la acumulación de circunstancias demanda respuesta de la familia y superan su capacidad de resolver conflictos en forma no violenta (periodos de especial vulnerabilidad, cesantía, pobreza o estrés laboral).⁵

Ningún factor de riesgo por sí solo explica la ocurrencia de maltrato; tampoco existe una asociación de factores característicos de alguna de las formas de maltrato. Se requiere del estudio de cada caso individual y de la acumulación de varios de estos factores para poder catalogar a un niño con maltrato.⁵

Orientaciones para diagnóstico

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades no contiene una categoría específica para el maltrato infantil.¹ Es importante utilizar, en lo posible, las categorías que se relacionan con este problema y especialmente integrar en el diagnóstico todos los elementos que puedan orientar el manejo del caso, los criterios para la calificación de un caso de violencia o maltrato requieren de una ponderación rigurosa de los antecedentes, indicadores y hallazgos clínicos, así como de considerar el derecho a la privacidad de la familia.⁵

Una propuesta para la calificación de un caso como "de alto riesgo o de violencia intrafamiliar o maltrato infantil" son los siguientes:

1. Cuando existen signos de maltrato físico, abandono, maltrato emocional y abuso sexual.
2. Cuando existe asociación con antecedentes o situaciones condicionantes y desencadenantes.
3. Cuando hay información suficiente sobre la ocurrencia de situaciones de maltrato: verbalización de parte del niño, reconocimiento de parte del adulto involucrado, testimonio de otras personas y documento judicial o policial.

Ruta crítica

Un médico particular o institucional, un familiar, un vecino o cualquier persona que se percate de que un niño es agredido física o psicológicamente, o bien, de que es víctima de abandono o descuido, puede presentar una denuncia ante la entidad correspondiente. Cuando esto sucede, una trabajadora social se presenta en el domicilio del menor para constatar la denuncia y entregar un citatorio a los padres para que comparezcan en las instalaciones de dicha dependencia; asimismo, se les solicita que lleven al menor junto con ellos para que éste sea valorado física y psicológicamente por el equipo de salud (médico, psicólogo y trabajadora social). Si después de la exploración clínico-psicológica se comprueba el diagnóstico, se levanta

un acta judicial y se determina si es pertinente el ingreso del niño al albergue para su tratamiento físico-psicológico; también se valora la conveniencia de tratar al o a los agresores.²

Tratamiento

El SMI necesita de un adecuado tratamiento integral que debe ser iniciado rápidamente. Los niños con sospecha de abuso físico no deben ser dados de alta sin tener aseguradas condiciones de protección para evitar un segundo abuso.⁵

El niño y sus hermanos en riesgo de abuso físico deben ser atendidos en hogares de familiares apropiados y en su ausencia en hogares especializados y básicamente deberá ir enfocado a la detección y trato a tiempo de factores de riesgo para el paciente que se engloba en 4 grupos: Padres o parientes, Familia, Comunidad.⁶

El ingreso hospitalario estará indicado en los siguientes casos:

- Aquellos que necesiten un tratamiento médico o quirúrgico de urgencia adecuado.
- Los casos dudosos.
- Cuando no existe otra alternativa, pues no existe de inmediato un lugar adecuado para su custodia.⁴

Prevención

La prevención del abuso puede ser primaria (universal) y prevención secundaria (selectiva), antes de que ocurra el maltrato.¹⁴

-Los esfuerzos universales: tienen que ver con toda la población, tales como todos los niños que reciben cuidados pediátricos primarios.

-La prevención secundaria: selectiva se ocupa de los grupos de alto riesgo.

Esta labor de prevención debe ser jerarquizada por el médico de la familia y los servicios de atención primaria (policlínicos) en la comunidad, junto con todas las organizaciones de masas existentes y los nuevos programas sociales actualmente en desarrollo por el Estado.

La visita prenatal a la familia y su seguimiento posterior al parto, es considerada como un proceder educativo con buenos resultados en la prevención del maltrato.¹⁴

El papel del pediatra debe ser el de identificar los padres con alto riesgo de maltrato, que sean capaces de, aceptar, amar y establecer la disciplina y cuidados de sus descendientes. La historia educativa para todos los padres, debe incluir información acerca del embarazo, planificación familiar, salud física y emocional, violencia doméstica y actitudes acerca del niño.

Pronóstico

Estudios realizados sobre el seguimiento de los niños que son abusados y que retornan al hogar con sus padres, sin ninguna intervención, indican que el 5 % son asesinados y el 25 % severamente remaltratados.¹ Con un tratamiento integral intensivo el 80-90 % de las familias pueden ser rehabilitadas y serán capaces de brindar una atención al niño adecuada.

Aproximadamente el 10-15 % de las familias que maltratan, sobre todo aquellas con historia de abuso de sustancias, solamente pueden ser estabilizadas y requieren de un seguimiento indefinido, que incluya monitoreo de drogas, hasta que el niño sea suficiente de adquirir individualidad que le permita dejar el hogar.¹⁴ El término del derecho de los padres y la adopción se hace necesario en 2-3 % de los casos. Los niños con lesiones del sistema nervioso central, pueden desarrollar: retardo mental, problemas de aprendizaje, sordera, ceguera, problemas motores, daño cerebral orgánico, convulsiones, hidrocefalia y/o ataxia.

Consecuencias

-Consecuencias físicas: si es por negligencia o abandono puede darse la desnutrición, bajo peso y talla, deficiencias vitamínicas, enfermedades infecciosas ; y si ha sido abuso sexual se pueden producir alteraciones del sueño, de la alimentación, problemas de control de esfínteres, alteraciones conductuales y todo tipo de lesiones en función del tipo de agresión sexual. A largo plazo puede producirse el suicidio, alcoholismo, delincuencia, trastornos de personalidad, etc.¹

-Consecuencias psicológicas: ante el maltrato físico se produce el apego inseguro, baja autoestima, aislamiento, dificultades en la atención, ansiedad, retraso del lenguaje, agresividad, problemas de conducta, miedos, depresión; ante el abandono y el maltrato emocional las consecuencias son similares, pero ante el abuso sexual, además de todo lo anterior pueden darse dificultades sexuales como: exhibicionismo, problemas con la identidad sexual, etc. A largo plazo se pueden producir alteraciones del sueño y de la alimentación, adicción a sustancias, personalidad múltiple, fobias específicas de contenido sexual, etc.²

Si bien las complicaciones del maltrato infantil pueden ir desde leves, estas pueden conllevar a situaciones verdaderamente graves como casos de desnutrición severa.¹⁴

DESNUTRICIÓN GRAVE

La desnutrición es un estado patológico ocasionado por la falta de acceso a alimentos, una alimentación deficiente (en calidad y cantidad), agua y saneamiento insalubre y la aparición de enfermedades infecciosas ; se define como el retraso del crecimiento esperado para una edad dada y reflejada en la talla del menor, el cuerpo retrasa su crecimiento ante la falta de nutrientes provocándole al niño falencias que lo afectarán en el futuro. Esta desnutrición puede ser moderada o severa de acuerdo a la talla y en relación a la edad que se registre.⁵

La desnutrición durante el período crítico de gestación y los primeros años de vida tiene efectos adversos en el crecimiento, desarrollo mental y cognitivo, desempeño intelectual y de capacidades, al mismo tiempo, la disminución de la defensa inmunológica del organismo, aumenta la susceptibilidad, severidad y duración de enfermedades comunes en la niñez como son las infecciones diarreicas y respiratorias agudas. Por lo general, esta afección se puede corregir con la reposición de los nutrientes que faltan, si esta ocasionado por un problema específico del organismo, con un tratamiento adecuado que contrarreste la deficiencia nutricional. Si no se detecta a tiempo o no se recibe la atención médica necesaria, la desnutrición puede llegar a ocasionar daños permanentes e irreversibles, discapacidad, tanto mental como física, enfermedades y hasta incluso puede resultar mortal.¹³

Epidemiología

La desnutrición es uno de los problemas de salud pública más importantes del mundo del mundo y de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición sin embargo un 45% de las defunciones de niños se asocia a la misma. En la actualidad, 159 millones de niños menores de cinco años padecen, desnutrición crónica o retraso en el crecimiento; 50 millones, de niños, sufren desnutrición aguda. De estos, 16 millones desnutrición aguda severa. En forma de Marasmo o Kwashiorkor.⁸

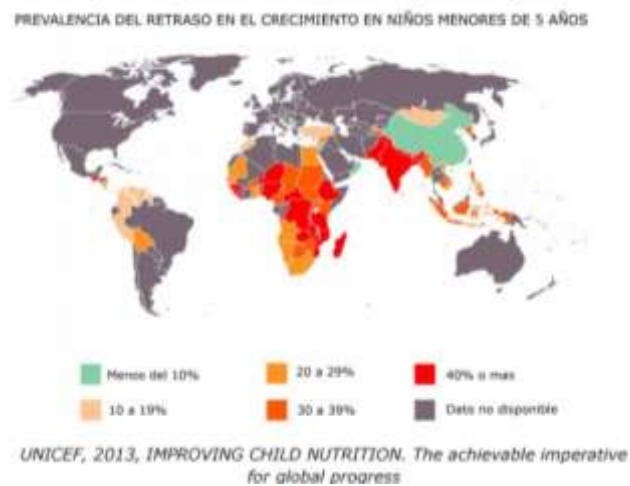
La Organización Mundial de la Salud (OMS), tras varias investigaciones en países culturalmente diferentes y con variedad étnica, determinó que en los primeros 5 años el crecimiento de niñas y niños era similar alrededor del mundo, si se cumplían con las siguientes condiciones: eran amamantados, tenían las necesidades fisiológicas satisfechas y el ambiente apoyaba su desarrollo.¹⁷

En los países en desarrollo, es uno de los principales problemas de salud, e incide directamente en la mortalidad infantil, en una mayor morbilidad, en el rezago del crecimiento físico y en un menor desarrollo cognitivo de las personas, por lo tanto, restringe las oportunidades y libertades reales de los niños y las niñas.¹⁷

En América Latina, casi el 40 % de las familias vive en la extrema pobreza crítica, aproximadamente 60 millones de niños pertenecen a esas familias y el 20% de las familias vive en un estado de pobreza absoluta y en la actualidad, en América Latina, más del 50 % de los niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición. Ahora, el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento.¹⁶

En nuestro país la tasa de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años disminuyó en un 18%, en los últimos 20 años. Datos informativos del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) indican que en la década de los ochenta la desnutrición registró un 41% del total de la población infantil, mientras que en 2011 disminuyó al 23% y en 2012 al 22%., la situación es más crítica en el área rural. Los niños/as del área rural presentan baja talla (26.6%) y bajo peso (18.4%) para su edad, en tanto que, en el área urbana, 12% y 12.4%, respectivamente.¹³

Los indígenas son un grupo poblacional históricamente excluido, particular que se corrobora con las tasas de desnutrición. La desnutrición crónica tiende a afectar relativamente más a los varones que a las mujeres (19.5% y 15.2%), al igual que la desnutrición global (16.2% y 13%).¹³



Causas

Está muy ligada a la pobreza y en condiciones socioeconómicas muy desiguales la desnutrición crónica es mayor.⁹

Evaluación

Cuando se atiende por primera vez al niño, hay que explorarlo, obtener la historia clínica y decidir el tratamiento adecuado. El tratamiento se debe iniciar tan pronto como se hayan acometido esas tareas; con posterioridad se recogerán detalles de la historia y la exploración. Los niños muy enfermos reaccionan mal a la manipulación frecuente; no conviene hacer radiografías al principio y los niños deben permanecer en cama cuando se extraigan muestras clínicas.¹⁶

Evaluación previa del estado de nutrición incluye la evaluación del estado de nutrición según el peso para la talla (o longitud), la talla (o la longitud). Los niños cuyo peso para la talla es inferior a -3 DE o menor de 70% de la mediana de los valores de referencia del NCHS/OMS o que presentan edema simétrico que afecta al menos a los pies están intensamente malnutridos. Se les debe ingresar en el hospital para observarlos, tratarlos y alimentarlos día y noche.¹⁵

En los niños con retraso del crecimiento se suele considerar que la malnutrición adopta una forma crónica y más leve. No obstante, su estado puede empeorar con rapidez con la aparición de complicaciones como diarrea, infecciones respiratorias o sarampión. A estos niños se les puede tratar satisfactoriamente de forma ambulatoria y no en el hospital.¹⁶

La carencia de micronutrientes o hambre oculta, se debe a la deficiencia en vitaminas y otros minerales como ácido fólico, yodo, hierro, zinc y selenio. Estas vitaminas y minerales son de suma importancia en varios procesos del cuerpo y su deficiencia puede hacer, a una persona desnutrida saludable.¹⁰

Tratamiento

La atención hospitalaria es esencial para el tratamiento inicial y para el comienzo de la rehabilitación de un niño con malnutrición grave. Se debe ingresar al niño en un hospital, preferentemente en una unidad de nutrición especial, que es un área de un hospital general dedicada al tratamiento inicial y la rehabilitación de la malnutrición grave. Cuando el niño ha terminado la fase inicial de tratamiento, no presenta complicaciones y come satisfactoriamente y aumenta de peso habitualmente 2–3 semanas después del ingreso, lo normal es que pueda recibir tratamiento en un centro de rehabilitación nutricional no hospitalario. Un centro de rehabilitación nutricional es un hospital de atención diurna, un centro de salud primario o una instalación parecida que presta cuidados diarios por parte de personal con experiencia en la rehabilitación de niños malnutridos. El niño duerme en casa; lo llevan al centro por la mañana y vuelve a casa por la noche. Es necesaria una estrecha cooperación entre el hospital y el centro para garantizar la continuidad de la asistencia del niño y facilitar que pueda volver al hospital con rapidez cuando aparezca un problema grave. En las áreas urbanas, es preferible que los centros de rehabilitación nutricional se establezcan cerca de los centros hospitalarios.⁸

El tratamiento del niño con malnutrición grave se divide en tres fases, a saber: la fase de tratamiento inicial, la de rehabilitación y finalmente la fase de seguimiento, sin en vano las tres requerirán de la realización de diez pasos esenciales enlistados a continuación:⁹

1. Tratar/prevenir la hipoglucemia
2. Tratar/prevenir la hipotermia
3. Tratar/prevenir la deshidratación
4. Corregir los desequilibrios electrolíticos
5. Tratar/prevenir las infecciones
6. Corregir las carencias de micronutrientes
7. Empezar a alimentar prudentemente
8. Lograr la recuperación del crecimiento
9. Proporcionar estimulación sensorial y apoyo emocional
10. Preparar el seguimiento tras la recuperación

Estos pasos se llevan a cabo en dos fases: la fase de estabilización o inicial, la rehabilitación y el seguimiento.⁹

Tratamiento inicial: se identifican y tratan los problemas que ponen en peligro la vida en un hospital o en una clínica, se corrigen las carencias específicas, se suprimen las anomalías metabólicas y se inicia la alimentación.¹⁶

Se emplean dos fórmulas, F-75 y F-100, para los niños muy malnutridos. F-75 (75 kcal 315 kJ/100ml) se utiliza durante la fase inicial del tratamiento, mientras que F-100 (100 kcal o 420 kJ/100 ml) se aplica durante la fase de rehabilitación, después de que se ha recuperado el apetito. El déficit de potasio, presente en todos los niños malnutridos, altera la función cardíaca y el vaciamiento gástrico. El magnesio es esencial para que el potasio entre en las células y permanezca allí. La mezcla de minerales no contiene hierro, pues éste se elimina durante la fase inicial. El niño recibirá como mínimo 80kcal o 336 kJ/kg, pero no más de 100 kcal h o 420 kJ/kg al día. Si se dan menos de 80 kcal o 336 kJ/kg al día, los tejidos se seguirán deteriorando y el niño empeorará. Si se dan más de 100 kcal o 420 kJ/kg al día, el niño puede experimentar un desequilibrio metabólico grave.¹⁵

- **Rehabilitación:** se administra alimentación intensiva para recuperar la mayor parte del peso perdido, se potencia la estimulación emocional y física, se enseña a la madre o a la persona responsable a continuar los cuidados en casa y se hacen los preparativos para el alta del niño.¹³

Alimentación para niños mayores de 24 meses:

Se puede tratar con éxito utilizando cantidades progresivas de F-100 puesto que la mayoría de los regímenes mixtos tradicionales tiene un menor contenido energético que la F-100. También son relativamente deficitarios en minerales, sobre todo potasio y magnesio, y contienen sustancias que inhiben la absorción de cinc, cobre, y hierro. Además, los regímenes suelen carecer de diversas vitaminas. Así pues, los alimentos locales deben enriquecerse para aumentar su contenido energético, de minerales y vitaminas. Hay que añadir aceite para aumentar el contenido energético, y las mezclas de minerales y vitaminas utilizadas en F-100 deben añadirse después de cocinar.¹³

Otros ingredientes, como la leche desnatada en polvo, también pueden agregarse para aumentar el contenido proteico y mineral. El contenido energético de las dietas mixtas debe ser al menos de 1 kcal o 4,2 kJ/kg. Para evitar los efectos de las sustancias alimenticias que reducen la absorción de minerales, se debe administrar F-100 entre las tomas del régimen mixto. Por ejemplo, si el régimen mixto se administra tres veces al día, también hay que dar F-100 con esta pauta, haciendo seis comidas al día.

El consumo de agua no suele ser un problema en niños mayores de 2 años porque la piden cuando tienen sed. Al comienzo de la rehabilitación, debe alimentarse a los niños cada 4 horas, de día y de noche (seis comidas en 24 horas). Si crecen bien y ya no tienen riesgo de hipotermia o hipoglucemia, se puede omitir una de las tomas nocturnas, haciendo cinco comidas en 24 horas. Con ello el niño duerme más tiempo y es más fácil tratarlo en centros de día. Además, resulta menos agotador para los que cuidan del niño.¹⁶

- **Seguimiento:** después del alta, se establece un control del niño y de su familia para prevenir las recaídas y garantizar el desarrollo físico, mental y emocional progresivo del mismo. El tratamiento satisfactorio del niño con malnutrición grave no necesita

instalaciones y equipos sofisticados ni personal muy cualificado, sin embargo requiere tratar a cada niño con el afecto y el cuidado imprescindibles con la finalidad de que cada fase del tratamiento se lleve a cabo adecuadamente y esté a cargo de profesionales sanitarios con una dedicación y una formación apropiada. Cuando se actúa así el riesgo de defunción se puede reducir considerablemente y aumentan mucho las posibilidades de una recuperación completa.¹⁰

Criterios para el alta

Se considera que un niño se ha recuperado y está listo para el alta cuando el peso para la talla ha alcanzado -1 DE (90%) de la mediana de los valores de referencia del NCHS/OMS (véase el apéndice 1). Para lograr este objetivo, es esencial que el niño reciba el mayor número posible de comidas al día. En algunos casos, puede darse de alta al niño antes de que haya alcanzado el peso para la talla deseado; sin embargo, puesto que no se habrá recuperado del todo, será necesario mantener los cuidados (con carácter ambulatorio). Para garantizar que no se produzcan recaídas.

Causas frecuentes de falta de respuesta al tratamiento:

- Problemas del centro de tratamiento:
 - Ambiente inadecuado para los niños malnutridos
 - Personal con una formación insuficiente o inadecuada
 - Básculas inexactas
 - Preparación o administración incorrecta de las comidas

Problemas de los niños: tales como una alimentación insuficiente, carencia de vitaminas o minerales, malabsorción de nutrientes, infecciones en particular diarrea, disentería, otitis media, neumonía, tuberculosis, infección urinaria, paludismo, helmintiasis intestinal y VIH/SIDA o enfermedad subyacente grave.⁵

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar la calidad de la atención prestada por los progenitores y por el sistema de salud en Desnutrición Crónica Severa a un paciente de 5 años portador de comorbilidades.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Valorar la atención brindada por los médicos y demás prestadores de salud al paciente.
- Identificar los aspectos administrativos que retrasaron y /o interfirieron en la atención oportuna al paciente.
- Determinar el grado de responsabilidad familiar en el cuidado pre y pos natal del paciente.

3. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1 METODOLOGÍA

- Para iniciar el análisis del caso ya expuesto anteriormente hubo que recurrir en primer lugar a la revisión de la historia clínica del paciente ya que este documento médico legal contiene la mayor parte de la información del caso en cuestión, tales como cuadro clínico, evolución, plan terapéutico así como la permanencia hospitalaria.
- Posteriormente se realizó una entrevista personal con la madre del paciente quien es la persona más cercana al mismo y la que tiene a cargo su cuidado con el fin de indagar adecuadamente sobre la historia familiar así como factores de riesgos socioeconómicos, culturales y ambientales y de recopilar información faltante y relevante. También hubo que acudir a la casa de salud donde se estuvo atendiendo al paciente anteriormente con la finalidad de poder recopilar datos de atención y seguimiento en la historia anterior previa que proporcionaron con información importante para el análisis del caso.
- Finalmente el uso de Guías de Práctica clínica, artículos de revisión y evidencias que permitieron escoger una estrategia adecuada en base a protocolos para el tratamiento y manejo adecuado del paciente.

3.2. RECURSOS

Humanos: Autor del caso clínico, Tutor, paciente, familiares y médicos especialistas.

Materiales: Historia clínica, Artículos de revisión, guías de práctica clínica.

Institucionales: Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA).

Económicos: Financiamiento para contacto con especialistas y obtención de datos.

4. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO CLÍNICO

Paciente que fue ingresado en el HPDA en el Servicio de Pediatría el 23 de Mayo del 2016, permanece hospitalizado por 10 días posteriores a los cuales es dado de alta el 3 de Junio del 2016

DATOS DE FILIACIÓN

Paciente de 4 años 11 meses preescolar masculino, mestizo, nacido y residente en la ciudad de Ambato-Ambatillo, condición socioeconómica y cultural baja.

DATOS DE FILIACIÓN DEL PADRE:

Edad: 40 años

Residencia: Ambato- Ambatillo

Instrucción: primaria

Ocupación: zapatero

Religión: católico

Tipificación sanguínea: desconoce

DATOS DE FILIACIÓN DE LA MADRE

Edad: 41 años

Residencia: Ambato- Ambatillo

Instrucción: primaria

Ocupación: zapatera

Religión: católica

Tipificación sanguínea: desconoce

ANTECEDENTES PRENATALES:

Embarazo mal controlado bien tolerado

- **Controles prenatales:** 1
- **ECOS :**2
- **FE+ VITAMINAS:** SI
- **ANTITETANICA:** 1 dosis

ANTECEDENTES NATALES:

Producto de séptima gesta, nacido a término aparentemente según informe materno, parto eutócico domiciliario atendido por familiar, llanto inmediato, alojamiento conjunto a los 10 minutos según madre refiere.

ANTECEDENTES POST NATALES:

Paciente alimentado con agua azucarada durante los primeros 4 días de vida, toma seno materno a los 5 días de nacido según reporte materno, ablactación al año de edad, destete a los 2 años y 6 meses; esquema de vacunación completas para la edad a través de visitas domiciliarias; crecimiento y desarrollo psicomotor inadecuados.

HABITOS:

- Micción 3 veces al día (moja pañal)
- Defecatorio: 1 día
- Alergias: no refiere.
- Sueño: 12 horas al día

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

- Cardiopatía congénita diagnosticada al 1 año de edad
- Cuadros de infecciones respiratorias e intestinales a repetición desde los 5 meses de edad.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

No refiere

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

Paciente proveniente de hogar disfuncional, padre con problemas de alcoholismo crónico, dos hermanos mayores con problemas de consumo de drogas, vive en casa propia de sus padres junto a los mismos y seis hermanos, la casa cuenta con servicio de luz eléctrica y agua entubada, regular relaciones interpersonales, no animales intradomiciliarios.

MOTIVO DE CONSULTA:

Hiporexia, falta de ganancia de peso

ENFERMEDAD ACTUAL:

Madre refiere que desde hace +/- 3 años como fecha real y aparente el niño muestra un crecimiento y desarrollo psicomotor inadecuado, no se sienta, no camina, balbucea, además de presentar hiporexia marcada, razón por la que acude al SCS en donde realizan control y seguimiento del niño; es referido por múltiples ocasiones a Casa de Salud de segundo nivel pero los padres se niegan constantemente a llevarle al paciente a dicha casa de salud, por lo que se orienta frecuentemente a la madre sobre la importancia de una nutrición adecuada y equilibrada y se brinda soporte nutricional con complementos multivitamínicos, sin embargo desde hace 2 meses el cuadro de hiporexia y pérdida de peso se acentúan, llevando al paciente a un deterioro general de su estado de salud razón por la cual deciden su transferencia a HPDA en donde se lo valora y decide su ingreso.

REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS

Paciente con cuadros infecciosos respiratorios y gastrointestinales desde los 11 meses de edad.

EXÁMEN FÍSICO

Signos Vitales		
T°	37.4	
FC	110	
FR	40	
Antropometría		Score
PESO	5.2kg	Z-3
Talla	68 cm	Z-3
IMC	11.3	Z-3

Peso/ edad: -3 DE

Talla/edad: -3 DE

Paciente de aspecto senil, caquéctico, desproporción céfalo-corporal, vigil, evidente disminución de panículo adiposo generalizado que respeta la región de bolsa de Bichat, irritable al manejo, presencia de cianosis distal.

Cabeza: pequeña, cabello fino fácilmente desprendible.

Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, escleras y conjuntivas pálidas.

Boca: piezas dentales en mal estado general; mucosas orales (MO) semi-húmedas. Orofaringe eritematosa

Tórax: en quilla (protruyente en su parte medial), arcos costales evidentes.

- **Corazón:** RsCs arrítmicos, soplo sistólico audible en toda el área cardiaca grado III/IV.
- **Pulmones:** murmullo vesicular conservado

Abdomen: distendido, depresible, borde hepático 3 cm por debajo de reborde costal.

Región genital: ausencia de testículo en bolsa escrotal derecha.

Extremidades: atróficas, presencia de acropaquia en manos y pies cianosis a nivel de palmas de las manos; tono y fuerza disminuidos, sensibilidad conservada; pulsos distales presentes.

Resumen de Historia Clínica

Problemas Activos	Problemas Pasivos
<p>Hiporexia</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Caquético</p> <p>Facies senil</p> <p>Disminución generalizada de panículo adiposo.</p> <p>Desproporción céfalo-corporal</p> <p>Orofaringe congestiva</p> <p>Corazón soplo cardiaco sistólico en toda área cardiaca</p> <p>Abdomen distendido</p> <p>Hepatomegalia</p> <p>Criptorquidea</p> <p>Acropaquias en dedos de manos y pies</p> <p>Cianosis distal</p> <p>Peso: 5.4 Kg.</p> <p>Talla: 68.5cm</p> <p>Medidas antropométricas por debajo de Z-3</p>	<p>Producto de madre añosa , embarazo mal controlado, nacido por parto eutócico domiciliario</p> <p>Alimentación con leche materna a los 5 días de nacido</p> <p>Cardiopatía congénita diagnosticada al año de vida</p> <p>Desarrollo psicomotriz y crecimiento pondo-estatural inadecuados</p> <p>Procesos infecciosos respiratorios y gastrointestinales a repetición.</p> <p>Familia disfuncional</p> <p>Padre alcohólico, hermanos con problemas de consumo de drogas.</p>

DIAGNÓSTICOS

- **Síndrome del niño maltratado por negligencia**
- **Desnutrición crónica**
- **Cardiopatía congénita**
- **Hipertensión pulmonar**
- **Caries Dental**

- **IRA**
- **Criptorquidea**

Con los diagnósticos mencionados anteriormente se instauro el siguiente tratamiento inicial

TRATAMIENTO INICIAL:

1. Dieta general en 500 calorías
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación / 8 horas
4. Complejo B 2.5 ml VO QD
5. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
6. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 horas
7. Ibuprofeno 60 mg VO C/ horas
8. DICH
9. Biometría Hemática
10. Urea , creatinina, glucosa
11. Examen Elemental de Orina
12. Coproparasitario
13. Eco renal
14. Valoración por Trabajo Social
15. Valoración por Psicología
16. Valoración de Odontología
17. Tramitar cita para cardiología del Hospital Baca Ortiz

SEGUNDO DÍA

Paciente en regulares condiciones, irritable, mostrando poca tolerancia a la vía oral, vómito por 3 ocasiones posterior a la ingesta del suplemento nutricional, presenta deposiciones sólidas por dos ocasiones.

Al examen físico con una FC de 112 x': FR de 26 x': T° 36 °C, a la auscultación pulmonar presencia murmullo vesicular presente. Abdomen distendido

Paciente valorado por Psicología quienes indican maltrato en la crianza del niño. Se recibe resultado de Eco Renal el cual reporta hidronefrosis izquierda por lo cual se continúa con el siguiente tratamiento:

1. Dieta general en 600 calorías QD
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación / 8 horas
4. Complejo B 2.5 ml VO QD
5. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
6. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 horas
7. Ibuprofeno 60 mg VO C8/ horas
8. DICH
9. Ludoterapia

DÍA TRES

Paciente permanece irritable, constipación, mostrando signos vitales dentro de parámetros normales, en regulares condiciones. Se recibe resultado de coproparasitario el mismo que da positivo para Quiste de Entamoeba Histolytica y Quiste de Entamoeba Coli por lo que se inicia tratamiento antiparasitario. Se efectúa valoración por Odontología quienes indican que es necesario tratamiento por especialidad de Odontopediatría por el estado del paciente.

Consulta para cardiología Pediátrica de H. Baca Ortiz solicitada

TTO:

1. Dieta general en 600 calorías QD
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación de oxígeno / 8 horas
4. Complejo B 2.5 ml VO QD
5. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
6. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 horas
7. Albendazol 200 mg VO stat
8. Metronidazol 40 mg VO TID iniciar hora sueño
9. Ibuprofeno 60 mg VO por razones necesarias
10. Lactulosa 2.5 ml VO stat
11. DICH
12. Ludoterapia

DÍA CUARTO

Paciente en mejores condiciones aparentemente, signos vitales dentro de parámetro normales, al examen físico se observan lesiones-placas blanquecinas a nivel de dorso de la lengua compatible con Muguet, por lo que se decide continuar con soporte nutricional, antibioticoterapia, similares indicaciones y se agrega al plan terapéutico Nistatina 200 000 UI VO C/6 horas.

DÍA QUINTO

Paciente tranquilo, tos seca esporádica, hiporexia, madre refiere que no realiza la deposición por 2 días por lo que se sube la dosificación de Lactulosa de 2.5 ml VO a 5 ml pero paciente muestra poca tolerancia oral al medicamento

Al examen físico paciente con FC: 120 X' FR: 26 X' T: 37.7 ° Sat O2: 85%, somnoliento, labios secos, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos por lo que se continúa con las siguientes indicaciones:

1. Dieta general en 600 calorías QD
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación de oxígeno / 8 horas

4. Control ingesta excreta
5. Dextrosa 5% 1000 cc +13.5 cc ClNa + 11.5 cc CLK pasa 200 cc en 24 horas.
6. Complejo B 2.5 ml VO QD
7. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
8. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 horas
9. Metronidazol 40 mg VO TID iniciar hora sueño
10. Nistatina 200 000 UI VO C/6 horas
11. Ibuprofeno 60 mg VO por razones necesarias
12. Ludoterapia

DÍA SEXTO

Paciente tranquilo, hiporexia persistente, deposiciones presentes, mostrando FC: 120X' FR. 30 x' Sat O2: 90%. Se decide continuar con similares indicaciones:

1. Dieta general en 600 calorías QD
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación de oxígeno / 8 horas
4. Control ingesta excreta
5. Dextrosa 5% 1000 cc +13.5 cc ClNa + 11.5 cc CLK pasa 200 cc en 24 horas.
6. Complejo B 2.5 ml VO QD
7. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
8. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 horas
9. Metronidazol 40 mg VO TID iniciar hora sueño
10. Nistatina 200 000 UI VO C/6 horas
11. Ibuprofeno 60 mg VO por razones necesarias
12. Ludoterapia

DÍA SÉPTIMO

Paciente en mejores condiciones aparentemente, mostrando buena tolerancia oral, deposición presentes.

Al examen físico signos vitales de valores normales, a la auscultación de campos pulmonares murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, abdomen ruidos hidroaéreos presentes.

Paciente a la espera de valoración por Trabajo social, pendiente fijar fecha para consulta en hospital Baca Ortiz, se solicita historia clínica de SCS y continúa con el siguiente tratamiento:

1. Dieta general en 600 calorías QD
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación de oxígeno / 8 horas
4. Control ingesta excreta
5. Complejo B 2.5 ml VO QD
6. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
7. Oligoelementos 1 ml VO QD
8. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 hora
9. Metronidazol 40 mg VO TID iniciar hora sueño
10. Nistatina 200 000 UI VO C/6 horas
11. Ibuprofeno 60 mg VO por razones necesarias
12. Ludoterapia
13. Uretrocistografía

DÍA OCTAVO

Paciente estable, ha permanecido tranquilo, se fija fecha para consulta en H. Baca Ortiz para el 9 de Agosto del 2016, pendiente la realización de Uretrocistografía, se continúa con las siguientes indicaciones:

1. Dieta general en 600 calorías QD
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación de oxígeno / 8 horas
4. Control ingesta excreta
5. Complejo B 2.5 ml VO QD
6. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
7. Oligoelementos 1 ml VO QD
8. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 horas
9. Metronidazol 40 mg VO TID iniciar hora sueño

10. Nistatina 200 000 UI VO C/6 horas
11. Ibuprofeno 60 mg VO por razones necesarias
12. Ludoterapia
13. Uretrocistografía
14. Eco testicular
15. Conseguir sonda
16. Peso diario

DÍA NOVENO

Paciente en mejores condiciones, permanece tranquilo mostrando buena tolerancia oral

Medidas antropométricas: peso 6.5 Kg talla: 74 cm perímetro cefálico: 44 cm

Se recibe resultado de Eco testicular que reporta criptorquidia bilateral

1. Dieta general en 600 calorías QD
2. F 75 100 ml c/3 horas excepto comidas principales
3. Control de signos vitales y saturación de oxígeno / 8 horas
4. Control ingesta excreta
5. Complejo B 2.5 ml VO QD
6. Vitaminas y minerales 2.5 ml VO QD
7. Oligoelementos 1 ml VO QD
8. Ampicilina + Sulbactam 250 mg. IV C/6 horas
9. Metronidazol 40 mg VO TID iniciar hora sueño
10. Nistatina 200 000 UI VO C/6 horas
11. Ibuprofeno 60 mg VO por razones necesarias
12. Ludoterapia
13. Uretrocistografía
14. Eco testicular
15. Conseguir sonda

DÍA DÉCIMO

Paciente estable mostrando mejoría aparente tras permanecer hospitalizado por diez días recibiendo soporte nutricional, antibioticoterapia por 10 días , antiparasitarios, valorado por los servicios de Psicología , Trabajo Social, Odontología, Fisiatría, muestra buena evolución por lo cual se decide su alta y posterior seguimiento por Consulta Externa de esa casa de salud.

Uretrocistografía no se realiza puesto que sonda 3.5 con logra pasar uretra lo que imposibilita que se realice el examen requerido.

Al egreso paciente con FC: 80 latidos por minuto, FR 24 respiraciones por minuto, un peso de 6.5 Kg, Talla: 74 cm, perímetro cefálico: 44 cm, egresa con los siguientes diagnóstico:

- Síndrome del niño maltratado por negligencia
- Desnutrición crónica tipo marasmo
- Cardiopatía congénita tipo CIA
- Hipertensión pulmonar
- Criptorquidia bilateral
- Muguet
- Caries Dental
- Parasitosis

Las indicaciones al alta del paciente son:

Soporte nutricional

Vitaminas

Metronidazol 4 cc VO TID completar x 10 días

Nistatina 5 cc VO completar por 10 días

Cita para servicio Consulta Externa de Cardiología Pediátrica del Hospital Baca Ortiz programada para el 9 Agosto 2016.

Visitas Domiciliarias

CONSULTA EXTERNA

Paciente acude el 25 de Julio del 2016 a control el mostrando un peso inferior 5.1 Kg a la fecha en comparación con su peso al egreso de esta casa de salud que fue de 6.5 Kg, aparentemente asintomático se lo valora y se decide su reingreso programado a esta casa hospitalaria para el 8 de Agosto del año en curso con el fin de tramitar su transporte para su cita médica en la ciudad de Quito puesto que la familia del paciente es de escaso recursos económicos.

Nota: en el Hospital Baca Ortiz se valora a paciente y se lo cataloga como portador de Cardiopatía Complicada tipo Persistencia De Ductus Arterioso + Hipertensión Pulmonar severa, con mal pronóstico a corto plazo.

PRONÓSTICO

Paciente con mal pronóstico a corto plazo debido a las múltiples comorbilidades que este presente y al ambiente socioeconómico y cultural de progenitores quienes a pesar de saber de la condición del paciente por múltiples ocasiones han hecho caso omiso de las indicaciones médicas mostrando una total negligencia en la crianza del niño que lo han conducido al estado actual.

4.2 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

BIOLOGÍA HUMANA

En el análisis de los factores biológicos deberemos tener en cuenta que estos involucran tanto aspectos genéticos, prenatales, perinatales y posnatales que aportan con muchos datos sobre el caso en cuestión.

Aspectos genéticos : La literatura no menciona factores genéticos que se hallen relacionas a lo que es desnutrición, sin embargo hay que tener en cuenta que el paciente es producto de séptima gesta madre añosa lo que predispone al mismo a ser portador o no de múltiples patologías congénitas crónicas que puedes conllevar a estados de mal nutrición incluso severa sin no son manejadas de forma adecuada en el niño, como el caso del paciente antes expuesto su cardiopatía congénita (Persistencia de Ductus Arterioso) diagnóstica y tratada de forma tardía e inadecuada

lo que contribuyo aún más a su estado de desnutrición ya que si bien muchas veces estas patologías pueden pasar desapercibidas, en ocasiones pueden ser lesiones importantes que producen un insuficiente aporte de sanguíneo o a los diferentes tejidos del cuerpo lo que es importante para el desarrollo y de mas proceso metabólicos del organismo.

Persistencia de Ductus Arterioso

El Ductos arterioso es un conducto que comunica en forma normal la arteria aorta con la arteria pulmonar durante la vida fetal. Su función consiste en desviar hacia la aorta la sangre que viene del ventrículo derecho ya que los pulmones aún no están funcionando. Este conducto se cierra por sí solo en los primeros días de vida. A veces, el mecanismo de cierre espontáneo falla y el ductus queda abierto, constituyéndose la patología llamada Ductus arterioso persistente. Una vez que el niño nace, los pulmones comienzan a funcionar y la presión de la arteria pulmonar progresivamente disminuye. Si el ductus permanece abierto, la sangre pasa desde la aorta hacia la pulmonar. Los pulmones se sobrecargan de sangre provocando hiperflujo pulmonar quitándole flujo al resto del organismo. La cantidad de sangre que pasa de un lado al otro dependerá básicamente del diámetro del ductus y de la resistencia de las arterias pulmonares.¹⁷

Presentación clínica: El cuadro clínico del ductus arterioso persistente abarca desde la ausencia de síntomas hasta la limitación física severa asociada a hipertensión pulmonar y cianosis que se presenta con la coloración azulada de piel y mucosas. Los pacientes con ductus pequeño en general no presentan síntomas, y el único hallazgo es la presencia de un soplo. Si el ductus es mayor, aparecerán signos de flujo pulmonar aumentado, infecciones respiratorias a repetición, insuficiencia cardíaca y disminución de la velocidad de crecimiento ya que los órganos sufren mucho la falta de irrigación sanguínea.¹⁷

Factores perinatales: en la literatura son conocidos los factores perinatales que determinan retraso o anormalidades del desarrollo, en este caso , un parto

domiciliario aparentemente a término , atendido por familiar sin que haya habido medidas higiénico- sanitarias adecuadas para la atención de un parto lo que imposibilita la obtención de datos de recién nacido como: su antropometría, características de este al nacimiento, hechos que son fundamentales para el paciente y muchas veces son omitidos al momento de indagar a la madre que es la persona más cercana al mismo. Estos sucesos pueden traer producir a futuro secuelas que pueden ir desde leves variaciones de lo normal hasta aquellas que conllevan a patologías severas.

Finalmente aquellos factores fisiológicos como la mala alimentación, un recién nacido que no fue alimentado con seno materno durante los primeros 4 días de nacimiento y sin un control médico inmediato son factores por mucho prevenibles que finalmente terminaran influenciado de forma muy marcada y definitiva en el desarrollo psicomotor del niño.

FACTORES AMBIENTALES

Los factores ambientales muchas veces son igual de importantes que los factores biológicos ya que ambos aspectos interactúan de forma constante y finalmente determinara el desarrollo normal o no de un niño.

FACTORES CULTURALES Y SOCIOECONÓMICOS

El desarrollo de cada niño está influenciado por la cultura del grupo humano al que pertenece y por el nivel cultural de su familia, este el caso de un niño proveniente de un hogar del área rural en donde, hechos como un parto domiciliario y sin atención médica adecuada parecen ser aún un hecho normal en pleno siglo XXI, sin acceso a los servicios básicos, una familia disfuncional, numerosa en donde el soporte económico del hogar son los padres y cuyo ingreso salarial mensual y nivel cultural son bajos, sabiendo que áreas como el lenguaje, socialización, desarrollo de hábitos o adquisición de habilidades en el niño requieren de estimulación constante por parte no solo de progenitores sino de todas las personas que interactúan con él durante su crecimiento y desarrollo los mismos que muchas veces está condicionada por los factores antes ya mencionados.

CONDICIONES DE LA FAMILIA

Durante el desarrollo de un niño las características de la familia en la que este se desenvuelve son muy importantes, existen varios aspectos que contribuirán de forma favorable y otras que lo harán de mala manera siendo estas últimas las cuales rodean al paciente, una familia disfuncional en donde el padre tiene problemas de alcoholismo crónico, sus 2 hermanos mayores con problemas de consumo de drogas lo que hace que las relaciones de jerarquía así como las relaciones interpersonales de la familia sean malas y sumado al factor económico creen un problema de conflicto frecuente en el hogar.

4.3ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA

En este punto cabe mencionar que el paciente nace por parto eutócico domiciliario, recibe atención médica por primera vez al mes de nacimiento por acto negligente no solo de la madre sino de ambos progenitores puesto que los dos deben tener la responsabilidad de todos los hechos que sucedan con el niño durante su crianza. Por otra parte la madre del paciente acudía permanentemente a la consulta en el SCS para el seguimiento del niño sin que haya habido alguna traba por parte del sistema de salud para que el niño pudiera realizarse un seguimiento permanente y continuo.

ACCESO

La cercanía o no de un establecimiento de salud a las familias es muy importante ya que, permitirá un control y seguimiento continuo y oportuno del niño durante su proceso de crecimiento y desarrollo con el fin de que las patologías o los factores de riesgo alrededor del paciente puedan ser identificadas, diagnosticadas, controladas y tratadas a tiempo con el fin de que no interfieran en el desarrollo normal del niño siempre y cuando se lo haga de forma correcta.

4. 4 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Paciente nacido por parto domiciliario, acude primera vez a control en establecimiento de salud de primer nivel al mes de nacido, se lo valora y realiza control de niño sano sin que a esta edad se haya identificado algunos de los factores de riesgo a los que estuvo expuesto antes , durante y luego del nacimiento, a la exploración física del paciente asintomático aparentemente; cuatro meses luego de primer control es llevado nuevamente a esta casa de salud con cuadro de infección respiratoria y partir de los 5 meses paciente empieza a presentar infecciones respiratorias e intestinales a repetición que son manejados en centro de salud.

A los 11 meses de edad es referido por primera vez a una casa de salud de segundo nivel para manejo de Enfermedad Diarreica Aguda + Deshidratación GII, Intolerancia Oral y a descartar Cardiopatía congénita, en donde aparentemente es hospitalizado por tiempo no especificado según refiere la madre, pero no hay seguimiento adecuado por negativa de los padres del niño a llevar al paciente a controles posterior a su egreso.

El paciente luego presenta infecciones a repetición y un evidente cuadro de mal nutrición que se acentúa al cumplir 1 año 3 meses, por lo que se insiste en la importancia de medidas higiénico- dietéticas ,medidas de soporte nutricional sin obtener resultado alguno por lo que el estado nutricional del niño se deteriora progresivamente.

Al cumplir el paciente 1 año 6 meses es catalogado por primera vez con el diagnóstico de Desnutrición GI, dos meses después se lo cataloga como un paciente con desnutrición crónica y retraso psicomotriz, se realiza seguimiento de paciente y manejo con complejo vitamínicos, si obtener mejoría alguna.

A los 2 años 1 mes infante en malas condiciones generales mostrando rasgos de incapacidad psicomotriz, remitido al servicio de Neurología para manejo de especialidad, sin embargo la madre se niega a llevar al paciente a pesar de que se explica posibles riesgos, a partir de aquí se insiste constantemente en que el niño

debe ser atendido en casa de salud de segundo nivel. Sin que se cumpla esto, los padres dejan de llevarlo a controles mensuales y lo hacen 1 vez al año.

A los 4 años 6 meses paciente con cuadro de desnutrición crónica, en malas condiciones generales, se insiste en referencia a un Hospital de segundo nivel finalmente madre accede a llevarlo para manejo por especialidad.

EN EL HOSPITAL DOCENTE AMBATO

Paciente aparentemente manejado por primera vez en el HPDA a los 11 meses de edad sin que se pueda confirmar diagnósticos, manejo y días de hospitalización a través de Historia Clínica, ya que no se encontró ningún registro ni archivo, razón por lo que no se puede contar con esos datos. El paciente acude referido por primera vez al Hospital Provincial Docente Ambato a la edad de 4 años 11 meses por el servicio de Consulta Externa de Pediatría en donde el niño es valorado adecuadamente, mostrando un evidente estado de desnutrición crónica y por parte de los progenitores, además la madre acude con resultado de Ecocardiografía que reporta Hipertensión Pulmonar Severa secundaria a Cardiopatía congénita(Persistencia del Ductus Arteriosos), por lo que tras la valoración del mismo se decide su ingreso.

El paciente permanece hospitalizado durante 10 días, hemodinámicamente estable, con soporte nutricional y antibioticoterapia, es valorado por los servicios de: Psicología, Odontología, Trabajo Social y Fisiatría; se educa permanentemente a la madre sobre el manejo nutricional del niño y se realiza el trámite para seguimiento de su cardiopatía por especialidad cardiológica en hospital de tercer nivel.

Analizando todos estos aspectos podemos decir que el paciente durante su estancia en esta casa de salud recibió los cuidados adecuados en cuanto a su cuadro de desnutrición, con soporte nutricional adecuado puesto que al momento del egreso del presente aumento de 1.3 Kilos en comparación al peso de su ingreso.

TRAMITES ADMINISTRATIVOS

Muchas veces los trámites burocráticos que se realizan para la obtención de algún examen complementario, o para la valoración por médicos especialistas en unidad de salud de tercer nivel son complicados y demandan de mucho tiempo, un tiempo vital para el paciente ya que retrasa el diagnóstico y el tratamiento de una patología.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

El Nivel Primario de Salud es el lugar en donde se debe identificarse todos y cada uno de aquellos factores que constituyen un riesgo para el normal crecimiento y desarrollo del niño sean estos biológicos, socio-ambientales o culturales, así se ponen a consideración los siguientes puntos críticos.

-Paciente que en el siglo XXI nace producto de séptima gesta, madre añosa embarazo mal controlado, parto eutócico domiciliario atendido por familiar, llanto inmediato, sin recibir seno materno durante los 4 primeros días de vida, sin un control posnatal adecuado y oportuno por descuido o desconocimiento de los progenitores.

-Atendido por primera vez en una unidad de salud al mes de edad, a partir del cual empieza un seguimiento continuo, sin embargo el diagnóstico de su patología cardíaca es tardío y su manejo inadecuado, por lo que es importante mencionar que la madre es la principal persona al cuidado del niño y por ende la de mayor responsabilidad, pues el cumplimiento y seguimiento de las indicaciones médicas deben ser cumplidas a cabalidad lo que no ocurrió con el paciente.

-Paciente diagnosticado con cardiopatía congénita a los 11 meses de edad, sin un seguimiento ni manejo adecuado de esta patología y sin que se haya identificados y actuado de forma oportuna y adecuada sobre los factores de riesgo.

4.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora
<p>Cumplimiento de protocolos de manejo en el primer nivel de atención.</p>	<p>Capacitaciones y actualizaciones continuas al personal de salud.</p> <p>Profundizar sobre lo que es la visita prenatal a la familia y su seguimiento posterior al parto, que es considerada como un proceder educativo con buenos resultados en la prevención del maltrato.</p>
<p>Orientación a los padres sobre la importancia de acudir de forma oportuna a un servicio de salud para el control del niño sano con el fin de identificar factores que pongan en riesgo el desarrollo y crecimiento adecuado del niño.</p>	<p>Preparar de forma continua charlas de capacitación dirigidas a toda la comunidad sobre lo importante que es el acudir a un establecimiento de salud tanto para el control pre, natal y postnatal.</p> <p>Educar sobre la importancia que tiene una nutrición adecuada y equilibrada en el niño en crecimiento y cuáles son las consecuencias de no cumplirlas.</p>
<p>Identificar los problemas de salud que requieren una atención rápida y efectiva y que no se pueden resolver en el primer nivel de atención.</p> <p>Y no solo que se pueda referir de forma oportuna sino también que estas acciones se puedan cumplir, sabiendo que un niño menor de 5 años es un ser indefenso que aún no es capaz de tomar decisiones por sí solo.</p>	<p>En primer lugar concientizar al personal de salud del primer nivel sobre la importancia de identificar de forma oportuna todos aquellos factores de riesgo que puedan afectar en el futuro el crecimiento y desarrollo del niño y más si se trata de población rural ya que eso permitirá brindar un manejo adecuado.</p> <p>Mejorar el sistema de referencia, fortalecer la capacidad resolutoria del</p>

	primer nivel de atención de salud e impulsar mecanismos de integración funcional entre el I y II nivel.
Protocolos de manejo de paciente con malnutrición severa en el segundo nivel.	Actualización permanente en cuanto a manejo de pacientes con desnutrición severa y portadores de varias comorbilidades.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al culminar el análisis de este caso podemos decir que si bien la mayor responsabilidad en cuanto al cuidado en la crianza de un niño siempre es de sus progenitores, como hemos identificado en este paciente. Sin embargo el desconocimiento o negligencia en su cuidado siempre se verán influenciados por las condiciones socioeconómicas y culturales del ambiente en donde se desenvuelvan las familias; identificar a tiempo estos factores y actuar de forma temprana en los mismos es un deber de todo el personal médico que están inmersos en el cuidado de la salud de la comunidad a la que pertenecen, esto garantiza un crecimiento y desarrollo adecuados del niño dentro de un ambiente saludable. Sin olvidarnos que nuestro deber como seres humanos debe ir más allá que nuestro deber como médicos.

Tras el análisis del estudio del caso en cuestión podemos decir que si bien el paciente tuvo un seguimiento continuo desde el mes de edad, la identificación de factores de riesgo a los que estuvo expuesto antes, durante y luego de su nacimiento y que influenciaron en el normal crecimiento y desarrollo del niño fueron inadecuados en el primer nivel de salud y por ende su manejo inapropiado, sabiendo que los factores de riesgo sobre los que hay que actuar para realizar la prevención primaria y secundaria del maltrato infantil, pertenecen a 4 categorías englobas en las propias del niño, progenitores y demás cuidadores y finalmente la comunidad.

Muchas veces el resultado de la falta de equipamiento de las unidades de Salud y

el trámite burocrático en los de se ven inmersos los familiares del paciente para la obtención de una cita por médico especialista o la realización de exámenes confirmatorios, retrasan el diagnóstico y en consecuencia el manejo oportuno de una enfermedad empeorando aún más el pronóstico del niño.

RECOMENDACIONES

La prevención del maltrato infantil debe ser jerarquizada por el médico de la familia y los servicios de atención primaria en la comunidad, junto con todas las organizaciones de masas existentes y los nuevos programas sociales desarrollados actualmente por el Estado. El objetivo es identificar los problemas de salud que requieren una atención rápida y efectiva, y con un seguimiento adecuado evitando las complicaciones graves que puedan acarrear en un paciente pediátrico en su desarrollo físico, fisiológico, mental y social.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

1. A. Ashworth, S Khanum, A Jackson, C Schofield; Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición grave; Organización Mundial de la Salud 2004; disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/guide_inpatient_esp.pdf.
2. A. Duran Ponce.: Maltrato a menores.: derecho ecuador Quito 2013 <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodolaninezylaadolescencia/2012/03/12/maltrato-infantil>.
3. A. Gancedo Baranda.: Aproximación de manejo del Maltrato Infantil en Urgencias.: Grupo de Trabajo para el manejo del Maltrato Infantil de La Sociedad Española De Urgencias De Pediatría.: 2015 ERGON – Madrid.: disponible en http://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf.
4. A. Loredó Abdalá, J. Trejo Hernández,1 Corina García Pina,1Armando Portillo González,2 Gloria E. López;Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte; Scielo, Salud Ment vol.34 no.1 México ene./feb. 2014; disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n1/v34n1a9.pdf>.
5. D Castro, E Criscuolo.: Síndrome del niño maltratado.: Intramed Journal Vol.3.:
Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela.: disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/280/120.
6. Desnutrición Proteínica Calórica/http://www.ecured.cu/Desnutrici%C3%B3n_energ%C3%A9tica_proteica
7. E. Herrera Basto.: Indicadores para la detección de maltrato en niños.: Cielo Public Health : Salud pública Méx vol.41 n.5 Cuernavaca 2016 .: disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n5/41n5a11.pdf>.

8. G. Ávila, V. Ardila; Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud pública desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años; PRO-R02.065 Versión 00 22-Mar-2016 : disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Desnutricion%20en%20menores%20de%20cinco%20a%C3%B1os.pdf>.
9. I. Fernández, J Perea; Síndrome del maltrato infantil; Hospital Pediátrico Universitario "Juan M. Márquez"; La Habana, Cuba disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76_3_04/ped09304.htm.
10. K.V. Lafuente, S. Rodríguez V. Fontaine, R. Yañez V; Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014; Scielo, Gac Med Bol vol.39 no.1 Cochabamba jun. 2016; on line;(citado 21-8-16); disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v39n1/v39n1a6.pdf>.
11. L. May Pérez.:Trabajo Social en los Procesos de Maltrato infantil.: Cádiz-Epaña, 2014 .: disponible en: <http://www.campus89.es/wp-content/uploads/2016/02/TRABAJO-SOCIAL-PROCESOS-MALTRATO-INFANTIL-Laura-Maria-Mey-Perez-de-Lara.pdf>.
12. L Raziél, F. Belmont , E. de la Teja , J. Téllez.: Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso.: Rev Odont Mex 2016;20:e96-e104.: disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-sindrome-nino-maltratado-con-repercusion-S1870199X16300052>.
13. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador/ Programa Acción Nutrición/ Trabajando para la reducción de la desnutrición acelerada en el Ecuador; online(2013); disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-accion-nutricion/>
14. N. Daniella, L. Odalys (2015): Síndrome de niño maltratado, más allá de la violencia.: Rev. cuerpo méd. HNAAA 8(2) 2015 105, 1.: Caracas, Venezuela, recuperado de http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v8-n2-2015/RCM-V8-N2-2015_pag105-108.pdf.

15. Nancy. T Gonzales.: Síndrome del Niño Maltratado- Variedad Negligencia.: Medigraphic Artenisa: Rev Fac Med UNAM Vol.50 N° 3 2007.: disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un073h.pdf>.
16. Observatorio Latinoamericano/Situación De La Salud En El Ecuador / G. Viteri Díaz Subsecretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador./ [/http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm](http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm)
17. Organización Mundial de la Salud Tratamiento de la malnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42249/1/a67033.pdf>.
18. Ruther , M. Londrés: Heinemann Medical; desarrollo psiquiátrico pediatría: (citado 21-8.2016): disponible en: <http://www.sncpharma.com/assets/lib/kcfinder/upload/files/pagina%20web/trastornos%20motores%20cronicos%20en%20ni%C3%91os%20y%20adolescentes.pdf>.
19. R. Zayas Mujica, U. Cabrera Cárdenas, D Simón Cayón; ¿Accidentes infantiles o lesiones no intencionales?; Rev Cubana Pediatr v.79 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014: scielo: on line ;(citado 21-8-16);disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v79n1/ped09107.pdf>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA

18. **PORTAL REGIONAL DE BVS:** G. Alonso, O.García; Consideraciones acerca de la conceptualización del maltrato infantil | PORTAL REGIONAL DA BVS |: 2012; 18(Supl 2); |en línea| disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/rev/t-10.html.

19. **SPRINGER:** P. Ferrara.: Child abuse and neglect; Italian Journal of Pediatric 2014; DOI: 10.1186/1824-7288-40 ; licensee BioMed Central Ltd. 2014 Palermo-Italy. 11-14 June 2014 Aug. Artículo en Inglés;| SPRINGER|, disponible; http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-29613-0_100328.
20. **SCOPUS:** Arnett, Jeffrey J.; The neglected 95%: Why American psychology needs to become less American. American Psychologist, Vol 63(7), Oct 2008, 602-614 Aug. Artículo en inglés |scopus|:disponible en:<http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0003-066X.63.7.602>
21. **SCOPUS:** Bakermans-Kranenburg, M.J., Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M.H; The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect: Volume 48, Issue 3, March 2013, Pages 345-355, Netherlands: Aug Artículo en inglés |scopus|: disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84878362011&origin=reflist&sort=plff&src=s&st1=child+abuse+by+neglect&nlo=&nlr=&nls>.
22. **SPRINGER:** D.Herkovist. Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.9, pp.2543-2551. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900034>.

6. ANEXOS

ANEXO1

EXÁMENES DE LABORATORIO (23/05/2016)

Hematológico		
HCTO	46.7%	
HGB	14.7	
PLT	213000	
WBC	8674	
FORMULA	CAYADOS	1
	SEGMENTADOS	31.4
	EOSINOFILOS	5.2
	MONOCITOS	
	LINFOCITOS	59.

Química Sanguínea	
Glucosa	64
Urea	31.1
Creatinina	0.28

Examen Elemental De Orina	
Densidad	1020
PH	5
Leucocitos	++

Coproparasitario

Coproparasitario	
Q. Histolityca	++
Q. Coli	+
Esporas	+++

ANEXO 2 ECO RENAL



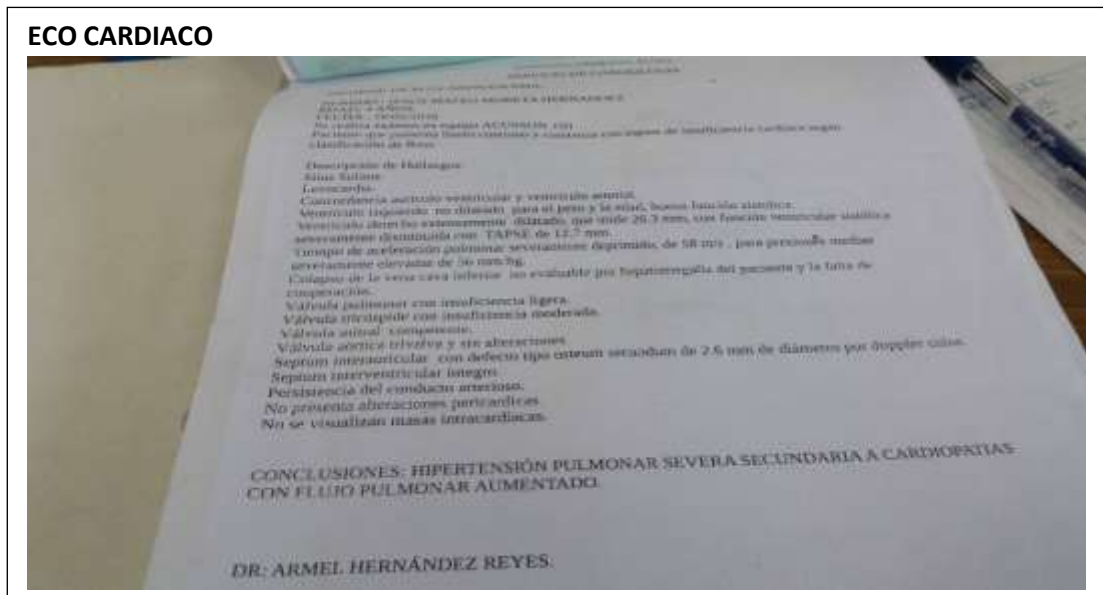
Reporte: hidronefrosis de lado izquierdo

Fuente: Historia Clínica HPDA

ANEXO 3
ECO TESTICULAR

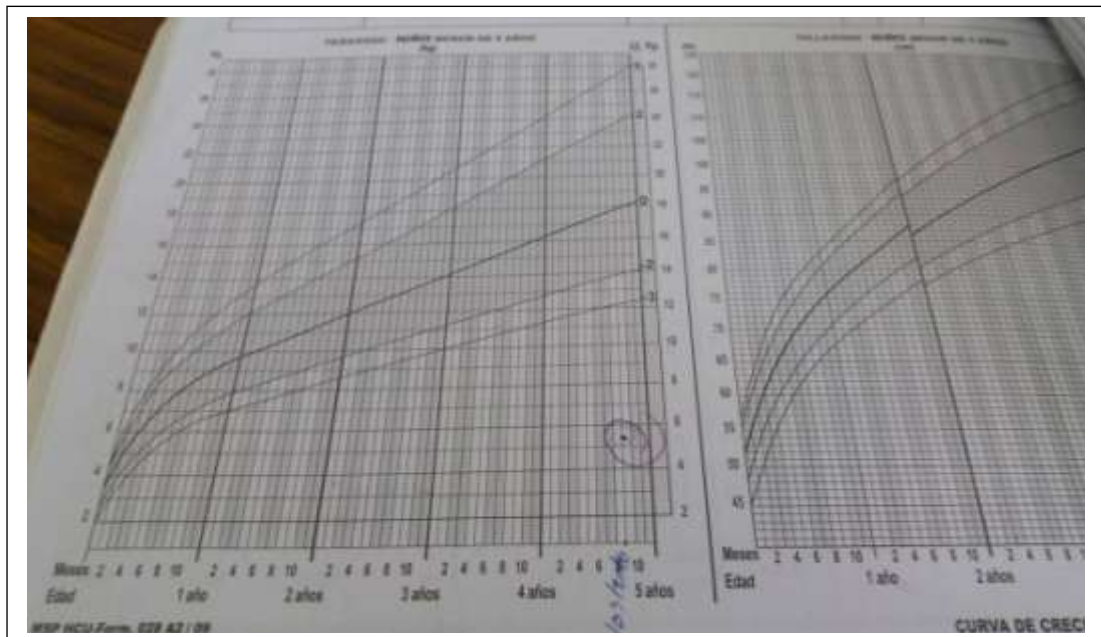


ANEXO 4



ANEXO 5

TABLAS DE CRECIMIENTO OMS



Fuente: Historia Clínica HPDA

ANEXO 6

