



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE  
DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA EN MADRE ADOLESCENTE”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

**Autora:** Salazar Flores, Diana Estefanía

**Tutora:** Dra. Esp. García Lozano Ana María

Ambato – Ecuador

Junio 2019

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

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

**“SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA EN MADRE ADOLESCENTE”** de Salazar Flores Diana Estefanía, 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 Concejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Mayo del 2019

### **LA TUTORA**

---

Dra. Esp. García Lozano, Ana María

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

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

Ambato, Mayo del 2019

### **LA AUTORA**

---

Salazar Flores, Diana Estefanía

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que realice el análisis de este caso clínico o parte de este 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 de este 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, Mayo del 2019

## **LA AUTORA**

---

Salazar Flores, Diana Estefanía

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el Tema **“SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA EN MADRE ADOLESCENTE”** trabajo de Diana Estefanía Salazar Flores estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio del 2019

**Para constancia firman**

---

**PRESIDENTA**

---

**PRIMER VOCAL**

---

**SEGUNDO VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado, en primer lugar a mis padres quienes han sido las personas que me enseñaron que nada es imposible en la vida, que con esfuerzo, dedicación, amor y constancia me impulsaron a seguir adelante, sostuvieron mis sueños, creyeron en mí y en lo que puedo lograr, gracias a su apoyo incondicional además de la compañía de mis familiares amigos y novio que de una u otra manera contribuyeron con su granito de arena para que este donde hoy estoy, cumpliendo poco a poco las metas que me he propuesto, y este es el primer paso para muchos éxitos más, gracias a mis maestros además, es dedicado este trabajo para todos ellos. Gracias

Salazar Flores, Diana Estefanía

## **AGRADECIMIENTO**

A través de este trabajo quiero agradecer primeramente, 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, apoyo 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.

Salazar Flores, Diana Estefanía

## ÍNDICE DE CONTENIDO

### “SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA EN MADRE ADOLESCENTE”

<b>APROBACIÓN DEL TUTOR.....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....</b>	<b>iii</b>
<b>DERECHOS DE AUTOR.....</b>	<b>iv</b>
<b>APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....</b>	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN:.....</b>	<b>x</b>
<b>SUMMARY:.....</b>	<b>xi</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVO GENERAL:.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....</b>	<b>4</b>
<b>3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....</b>	<b>5</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>5</b>
<b>RECURSOS.....</b>	<b>5</b>
<b>4. DESARROLLO.....</b>	<b>6</b>
<b>DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO CLÍNICO.....</b>	<b>6</b>
<b>EVOLUCION CRONOLOGICA DURANTE HOSPITALIZACION.....</b>	<b>19</b>
<b>5. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....</b>	<b>26</b>



<b>6. ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>28</b>
<b>7. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS .....</b>	<b>31</b>
<b>8. DESARROLLO TEÓRICO DEL TEMA .....</b>	<b>32</b>
<b>DESNUTRICIÓN INFANTIL (E43).....</b>	<b>32</b>
<b>SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO (Z625) .....</b>	<b>53</b>
<b>EMBARAZO ADOLESCENTE (Z34).....</b>	<b>63</b>
<b>9. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS. ....</b>	<b>67</b>
<b>10. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....</b>	<b>68</b>
<b>11. CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>12. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>73</b>
<b>LINKOGRAFÍA .....</b>	<b>73</b>
<b>CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA.....</b>	<b>75</b>

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

**“SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO POR NEGLIGENCIA COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA EN MADRE ADOLESCENTE”**

**Autora:** Salazar Flores, Diana Estefanía

**Tutora:** Dra. Esp. García Lozano, Ana María

**Fecha:** Mayo del 2019

**RESUMEN:**

El siguiente caso se trata de una paciente femenina de 4 años 6 meses, preescolar, nacida y residente en Montalvo-Totoras, producto de primera gesta, embarazo de madre adolescente, 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 pondo estatural adecuado hasta los 11 meses según refiere madre, hospitalizada aparentemente a los 11 meses de edad por infección respiratoria y gastrointestinales, posterior a lo cual niña presenta pérdida progresiva y crónica de peso cuyo control y seguimiento se realiza en Centro de Salud de Montalvo-Totoras

Acude referido por primera vez de Centro de Salud por Desnutrición Severa, al examen físico paciente con aspecto sindrómica, desproporción céfalo corporal, aspecto senil, caquética, tórax con deformación medial protruyente, hipotrofia muscular, panículo adiposo disminuido universal, caries dental, retraso psicomotor, paciente permanece hospitalizada por 10 días recibiendo atención médica y de personal de enfermería, educación nutricional a la madre y abuela, valorado por los servicios de Odontología, Psicología, Trabajo Social es dado de alta para seguimiento por Consulta Externa estable y con ganancia de peso.

**PALABRAS CLAVES:** MALTRATADO INFANTIL, DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA, EMBARAZO ADOLESCENTE

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

**"CHILD SYNDROME MALTREATED BY NEGLIGENCE AS A CAUSE OF SEVERE CHRONIC MALNUTRITION IN ADOLESCENT MOTHER"**

**Author** Salazar Flores, Diana Estefania

**Tutor:** Dra. Esp. García Lozano, Ana María

**Date:** Mayo, 2019

**SUMMARY:**

The following case is about a female patient of 4 years 6 months, preschool, born and resident in Montalvo-Tungurahua, product of first pregnancy, pregnancy of adolescent mother, poorly controlled, well tolerated, home delivery, immediate crying, feeding with milk Exclusive maternal up to one year of age, complete immunizations for age through home visits, adequate height growth until 11 months as reported by mother, apparently hospitalized at 11 months of age by EDA + dehydration, after which girl presents progressive and chronic weight loss whose control and follow-up is carried out in Montalvo Health Center.

He comes referred for the first time from the Health Center for Severe Malnutrition, to the patient physical examination with syndromic aspect, corporal cephalogram disproportion, senile appearance, cachectic, thorax with protruding medial deformation, muscular hypotrophy, diminished adipose panniculus universal respecting Bichat bag, dental caries , psychomotor delay, patient remains hospitalized for 10 days receiving medical attention and nursing staff, nutritional education to the mother and grandmother, valued by the services of Dentistry, Psychology, Social Work is discharged for follow-up by stable External Consultation and with weight gain.

**KEY WORDS:** CHILD ABUSE, SEVERE CHRONIC MALNUTRITION, TEENAGE PREGNA

## 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, debido a ello cabe destacar que el éxito de su tratamiento estará en el identificar y corregir estos factores médicos sociales de forma oportuna y temprana, hay que enfatizar 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. (1)

Es de conocimiento general que cuando hablamos de maltrato infantil se abarca temas sobre negligencias en el cuidado, es de suma importancia que el maltrato infantil no se limita al espectro de violencia física, sino que abarca diversos aspectos sobre el cuidado del niño y uno de los tipos de maltrato de mayor repercusión y menos estudiado es la malnutrición en nuestros niños y adolescentes, por tanto la desnutrición infantil en el mundo en desarrollo, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, cuyos efectos se harán sentir durante el resto de sus vidas. Además, en torno al 13% de los niños menores de 5 años padece desnutrición aguda, que requiere tratamiento inmediato y atención médica estadísticamente a nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica, asociándose con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo.

Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela, además una menor asistencia escolar y un empeoramiento en los resultados educativos se traducen en que estos niños ganarán menos cuando sean adultos. La tercera parte de las muertes de niños menores de 5 años son atribuibles a desnutrición, o los pone en riesgo de enfermedades ya que, las infecciones comunes en la infancia como neumonía, diarrea, paludismo, VIH/SIDA o sarampión, los debilita inmunológicamente y si no son tratadas oportunamente lo más probable es que los llevara a la muerte.

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. Guatemala continúa siendo el país de la región con tasas más altas de desnutrición crónica siendo el quinto país del mundo con una mayor tasa de prevalencia de desnutrición crónica entre 2007 y 2011. (1)

Ecuador registra índices de desnutrición en uno de cada cuatro niños menores de cinco años, mientras que las cifras de obesidad en seis de cada diez adultos, lo que demuestra que la calidad de la dieta que consumen no es la adecuada, según estudios del Banco Mundial, Las provincias con más índices son Chimborazo, Bolívar y Guayas. (2)

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. (3)

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%).

En cuanto al caso presentado aparte de demostrar la desnutrición infantil como causa de maltrato infantil hay que tomar otro factor de importancia que potencia el problema y es el embarazo adolescente considerándolo como un problema de salud pública mundial que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica de los futuros padres; asimismo, frecuentemente se afecta también al producto de la gestación.

Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo. El 95% de ellos, ocurren en los países en vías de desarrollo.

Se destaca el embarazo como ruptura biográfica de las adolescentes donde el aspecto sociocultural más importante es la ausencia de comunicación entre padres e hijos frente al tema de la sexualidad, la ausencia de un proyecto de vida, así como el acceso restringido de los adolescentes a información adecuada y uso de métodos anticonceptivos.

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.

Por lo mencionado anteriormente, en este caso se busca la prevención de estos fenómenos, esta labor no se engloba en el tema social, sino que nos envuelve a todos e involucra el tema de salud ya que lo afecta directamente, por lo que es necesario cuestionar la calidad de vida de madres adolescentes y en las circunstancias en las que crían a sus pequeños, que medidas toman para que ellos los más vulnerables, crezcan de la mejor forma posible en un ambiente libre de violencia y por lo contrario rico en conocimientos amor, y valores necesarios. Con el fin de que no se repitan historias lamentables de pequeños maltratados que viven en lugar de violencia, pobreza espiritual y con muchas necesidades, que sufren ante la situación y a la carencia de oportunidades, y lo que “la vida” los prepara. (4).

## **2. OBJETIVOS**

### **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 4 años portadora de comorbilidades.

### **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 posnatal del paciente.
- Proponer las medidas de prevención contra niños maltratados y su influencia en embarazo adolescente

### **3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES**

#### **METODOLOGÍA**

- Es un estudio descriptivo retrospectivo.
- 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.

#### **RECURSOS**

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

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

**Institucionales:** Hospital General Docente de Ambato (HPGA)

**Económicos:** Autofinanciado por el autor



## **4. DESARROLLO**

### **DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO CLÍNICO**

#### **Datos de Filiación del paciente**

Paciente femenina de 4 años 6 meses de edad, nacida y residente en la ciudad de Ambato-Montalvo, preescolar, mestizo, grupo sanguíneo ORH positivo, religión católica, condición socioeconómica y cultural baja.

Paciente que fue ingresada en el Hospital General de Ambato en el Servicio de Pediatría el 23 de mayo del 2018, permanece hospitalizada por 10 días posteriores a los cuales es dado de alta el 1 de junio del 2018

#### **Datos de Filiación del padre:**

Padre NN de 24 años actualmente, nacido en Montalvo y residente en Montalvo, instrucción primaria incompleta, ocupación zapatero, estado civil unión de hecho, no es afiliado a ningún seguro, tipo de sangre desconoce.

No refiere antecedentes patológicos y quirúrgicos de importancia.

#### **Datos de Filiación de la madre:**

Madre NN de 21 años actualmente, durante su embarazo de 17 años de edad, nacida en Ambato y residente en Montalvo, instrucción primaria incompleta, ocupación zapatera, estado civil unión de hecho, grupo sanguínea ORH positiva, no es afiliada a ningún seguro.

#### **ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**

Menarquia 12 años, ciclos regulares que duran 3 días, gestas 1, partos 1, abortos 0, cesáreas 0, planificación familiar ninguna, Papanicolaou no refiere haberse realizado

Sin antecedentes personales y quirúrgicos de importancia.

**ANTECEDENTES PRENATALES:**

Madre Adolescente, producto de la primera gesta no deseada, embarazo a término

Controles prenatales: 4 controles en centro de salud de Montalvo

ECOS: 1 eco, que según madre de reporte normal

Vacuna antitetánica: recibió una dosis

Vitaminas: si recibió ácido fólico y hierro por 3 meses

Exámenes de control: refiere haberse realizado por una ocasión al comienzo del embarazo en centro de salud de Montalvo-Totoras, en provincia de Tungurahua, sin especificar resultados

Complicaciones no refiere

Corticoides desconoce

No refiere el peso que tuvo antes y después de la gestación

**ANTECEDENTES NATALES:**

Paciente femenina, Producto de primera gesta, por parto cefalovaginal domiciliario, atendida por familiar, nacida a término aparentemente según informe materno, llanto inmediato, alojamiento conjunto a los 10 minutos según madre refiere, no especifica si recibió profilaxis ocular y vitamina K, se desconoce datos antropométricos al nacimiento de la paciente.

**ANTECEDENTES POST NATALES:**

Paciente alimentada con agua azucarada durante los primeros 4 días de vida, debido a que madre mostró rechazo a recién nacida. Niña tomó seno materno a los 5 días de nacida según reporte materno; crecimiento y desarrollo psicomotor inadecuados.

**LACTANCIA MATERNA:** desde los 5 días de nacida hasta los 2 años

**ABLACTACIÓN:** al 1 año

**DESTETE:** a los 2 años

**HISTORIA ALIMENTARIA:** un día normal en el desayuno avena con pan blanco, nada a

media mañana, en el almuerzo sopa de avena con pollo y papa aplastada, nada a media tarde, en la merienda colada de haba

**DESARROLLO PSICOMOTRIZ:**

**Sostén cefálico:** 6 meses

**Gateo:** madre refiere que paciente no gateo

**Balbuceo:** a los 8 meses

**Sedestación:** al 1 año 2 meses

**Caminar:** con apoyo a los 3 años

**INMUNIZACIONES:** completas para la edad según reporte de visitas domiciliarias

**ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS:** no refiere

**ALERGIAS:** no refiere

**HABITOS:**

**Micción** 4 veces al día (moja pañal)

**Defecatorio:** 2 veces al día

**Sueño:** 12 horas al día

**Entretenimiento:** ver televisión

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

Cuadros de infecciones respiratorias e intestinales a repetición desde los 5 meses de edad

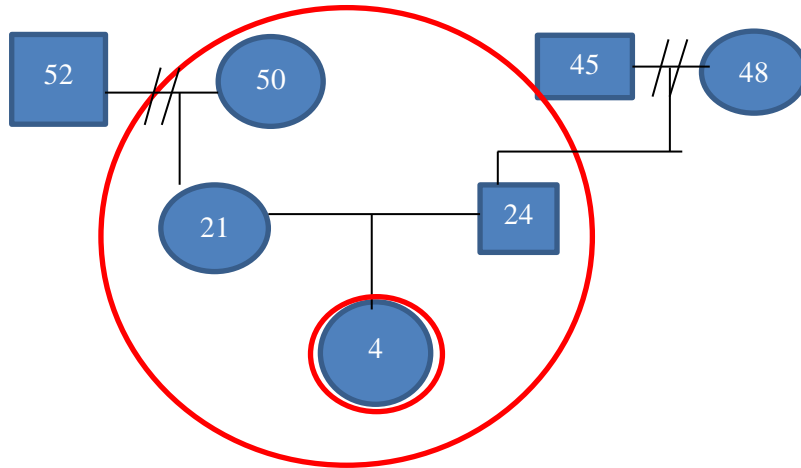
**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PERSONALES**

No refiere.

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

No refiere

## FAMILIOGRAMA



## APGAR FAMILIAR

Relaciones intrafamiliares en regular estado, relaciones interpersonales regulares, hogar nuclear disfuncional.

## CONDICIONES SOCIOECONÓMICOS

Paciente proveniente de hogar disfuncional, vive en casa de su abuela materna, junto a su padre y madre, ambos adolescentes, la casa cuenta con servicio de luz eléctrica y agua entubada, regulares relaciones interpersonales, no animales intradomiciliarios.

## MOTIVO DE CONSULTA

Falta de apetito, retraso en el desarrollo y crecimiento

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

Madre refiere que hace aproximadamente 1 año 6 meses, como fecha real y aparente la niña muestra un crecimiento y desarrollo psicomotor inadecuado para su edad, ya que refiere que su hija no se sienta, no camina sola, balbucea, no articula bien las palabras, además presenta hiporexia marcada, razón por la que acude al centro de salud de Montalvo-Totoras, en donde la valoran y realizan control de la niña, se brinda soporte nutricional con complementos multivitamínicos, a pesar de ello deciden referencia a segundo nivel para su seguimiento por la condición de desnutrición de la paciente, sin embargo padres se niegan a llevar a paciente a dicha casa de salud, debido a la negación de referencia, se orienta a padres y abuela sobre la importancia de una nutrición adecuada y equilibrada en casa, además de estimulación temprana con la asistencia a controles tempranos de salud, no obstante, madre acude nuevamente a centro de salud por 3 ocasiones más en los meses consecutivos debido que paciente presenta cuadros de infección intestinal y respiratoria, para lo cual recibió tratamiento ambulatorio, con persistencia de cuadro de desnutrición por lo que personal de la unidad de salud insiste por su referencia a segundo nivel, a lo que padres responden nuevamente con negativas justificándose con la falta de recursos económicos y de viabilidad en el transporte.

Hace 20 días aproximadamente cuadro se mantiene, presentando hiporexia acompañada de alza térmica de 48 horas de evolución no cuantificada, además de vómitos postprandiales inmediatos de contenido alimenticio sin moco ni sangre con una frecuencia de 2 a 3 veces al día por lo cual administran en domicilio “remedio casero” en base a hierbas naturales, sin ceder la sintomatología, es llevada a centro de salud donde no evoluciona favorablemente y es referida al Hospital General de Ambato.

## **REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS**

Paciente con cuadros infecciosos respiratorios y gastrointestinales a repetición desde los 11 meses de edad, tratados por personal del centro de Salud de Montalvo-Totoras

## **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

Madre y abuela.

## EXÁMEN FÍSICO

Signos Vitales		
<b>T°</b>	38.2	
<b>FC</b>	110	
<b>FR</b>	40	
<b>Saturación</b>	88%	<b>Aire ambiente</b>
<b>Antropometría</b>		<b>Score</b>
<b>PESO</b>	<b>12 kg</b>	<b>Z-3</b>
<b>ESTATURA</b>	<b>95 cm</b>	<b>Z-3</b>
<b>IMC</b>	<b>13.3 kg/m<sup>2</sup></b>	<b>Z-2</b>
<b>PERÍMETRO CEFÁLICO</b>	<b>46 cm</b>	<b>Z-3</b>

**Peso/edad: -3DE Talla/edad: -3DE**

**Peso/estatura: -2DE**

**IMC/EDAD: -2DE**

### EXAMEN FISICO GENERAL

Paciente irritable, edad aparente no concuerda con cronológica, facies de viejito, hipoactiva de aspecto asténico, caquéctico, desproporción céfalo-corporal, consciente, orientada, evidente disminución de panículo adiposo generalizado

### EXAMEN FISICO REGIONAL

**Piel:** seca, frágil, pálida, temperatura aumentada, con pliegues rugosa, tejido celular subcutáneo disminuido, uñas hipoplásicas

**Cabeza:** normocefálica, con perímetro cefálico de 46cm con DE: -3, cabello liso, fino seco, sin brillo fácilmente desprendible.

**Ojos:** grandes en comparación de cabeza pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, escleras y conjuntivas pálidas.

**Oídos:** simétricos de implantación normal. Conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica translúcida sin secreciones.

**Nariz:** simétrica, fosas nasales permeables, mucosa nasal rosada

**Boca:** piezas dentales en mal estado general; mucosas orales pálidas y secas

**Orofaringe:** eritematosa, congestiva, presencia de placas blanquecinas en lengua levemente

**Tórax:** caquéctico, amplitud conservada, frecuencia respiratoria de 40 respiraciones por minuto

**-Corazón:** ruidos cardiacos rítmicos normofonéticos

**-Pulmones:** murmullo vesicular conservado, pulmones ventilados, no se auscultan ruidos sobreañadidos

**Abdomen:** distendido, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en forma difusa, no se palpan visceromegalias, ruidos hidroaéreos disminuidos

**Región genital:** genitales de aspecto normal de acuerdo a la edad. Se observa presencia de eritema descamativo a nivel perianal.

**Extremidades:** simétricos, tono y fuerza muscular disminuida, existe hipotrofia muscular y disminución de tejido adiposo. Palidez en región palmar y plantar sensibilidad conservada; pulsos distales presentes.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

### EXÁMENES DE LABORATORIO (23/05/2018)

<b>BIOMETRIA HEMÁTICA</b>		
<b>GLÓBULOS BLANCOS</b>	8.674	4.8-12.8
<b>LINFOCITOS</b>	59	30.0-42.0
<b>MONOCITOS</b>	4.5	1-10.0
<b>NEUTRÓFILOS</b>	31.4	30.0-51.0
<b>EOSINÓFILOS</b>	5.2	0.0-7.0
<b>BASÓFILOS</b>	2.3	1.0-3.0
<b>GLÓBULOS ROJOS</b>	4.90	3.80-5.30
<b>HEMOGLOBINA</b>	14.7	10.5-14.4
<b>HEMATOCRITO</b>	46.7	32.0-47.0
<b>VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO</b>	72.22	72.0-90.0
<b>CONCENTRACIÓN MEDIA HEMOGLOBINA</b>	25.0	24.0-32.0
<b>CONCENTRACIÓN CORPUSCULAR MEDIA</b>	34.6	28.0-36.0
<b>PLAQUETAS</b>	213.00	150.00-450.00

<b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>		
<b>Glucosa</b>	64	76-110 mg/dl
<b>Urea</b>	31.1	10-50 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.28	0.5-1.1 mg/dl



## EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA

Examen Elemental De Orina	
<b>ASPECTO</b>	<b>Ligeramente Turbio</b>
<b>Densidad</b>	<b>1020</b>
<b>PH</b>	<b>5</b>
<b>Glucosa</b>	<b>negativo</b>
<b>Leucocitos</b>	<b>+++</b>
<b>Piocytes</b>	<b>2-4</b>
<b>nitritos</b>	<b>Positivo</b>
<b>Bacterias</b>	<b>++</b>

## COPROPARASITARIO

COPROPARASITARIO	
<b>Polimorfonucleares en heces</b>	<b>Negativo</b>
<b>Sangre oculta en heces</b>	<b>Negativo</b>
<b>Q. Histolytica</b>	<b>++</b>
<b>Q. Coli</b>	<b>+</b>
<b>Esporas</b>	<b>+++</b>

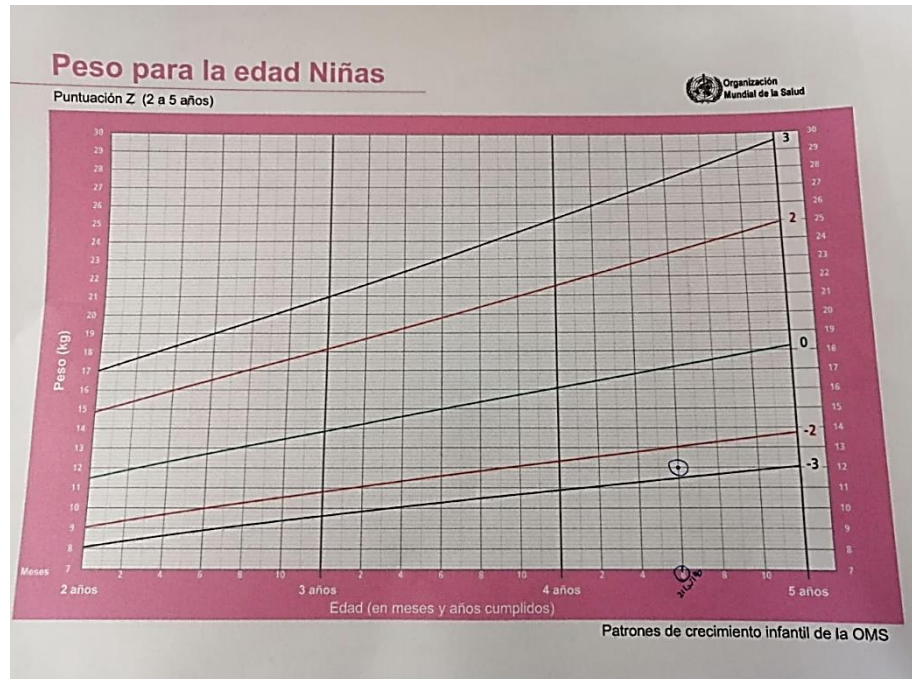
## ECO RENAL



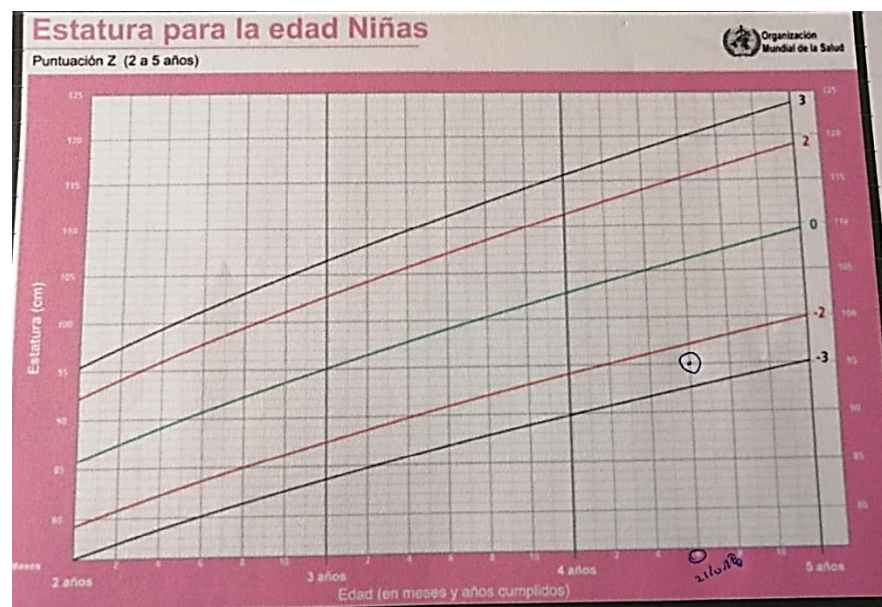
**Reporte:** presencia de hidronefrosis izquierda

## TABLAS DE CRECIMIENTO OMS

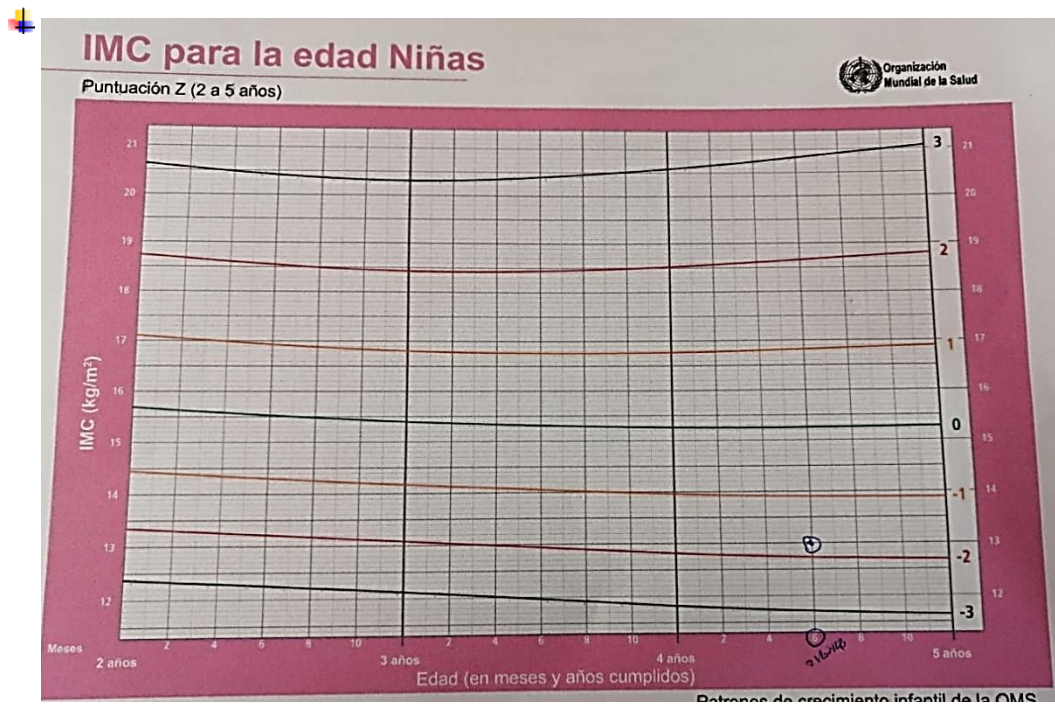
### 🚦 PESO PARA LA EDAD: -3DE (Z-3)



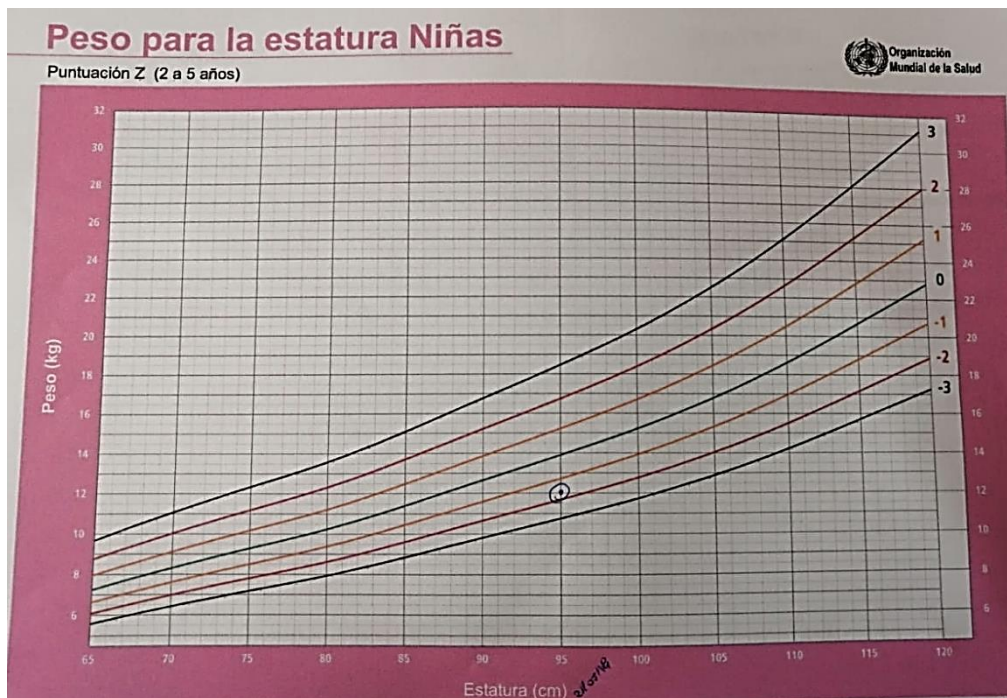
### 🚦 ESTATURA PARA LA EDAD: -3DE (Z-3)



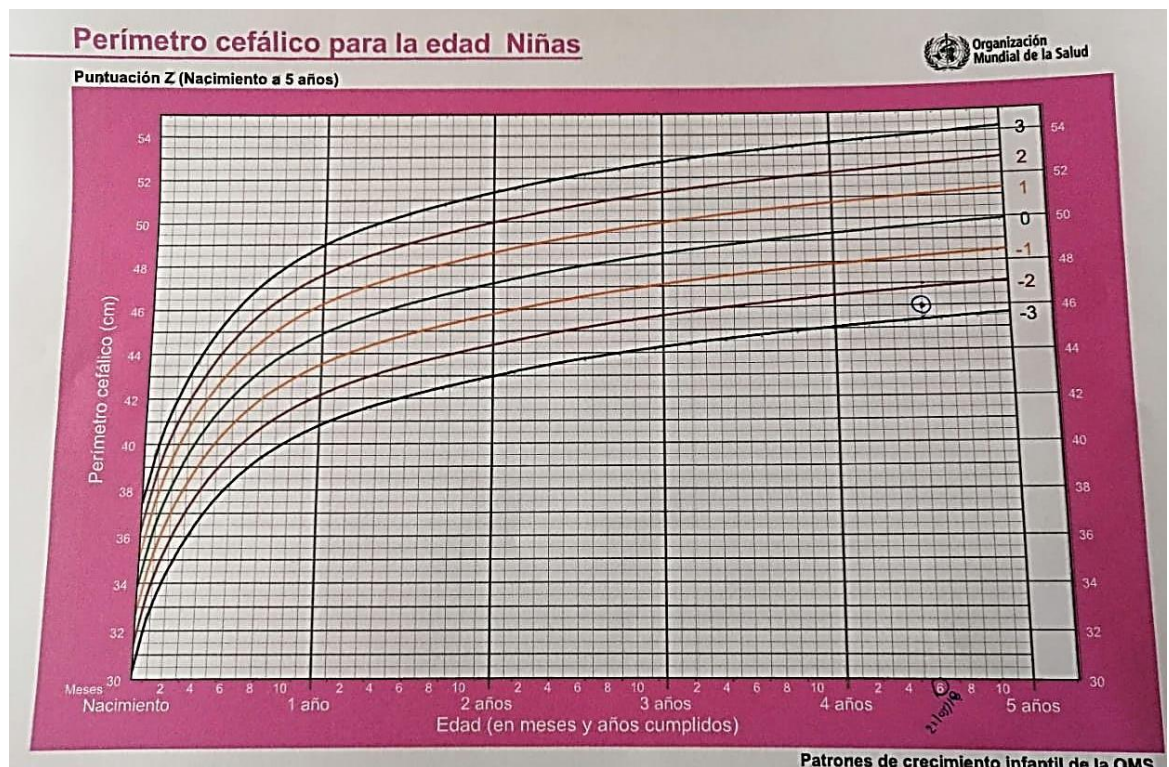
IMC PARA LA EDAD: -2DE (Z-2)



PESO PARA LA ESTATURA: -2DE (Z-2)



## PERIMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD: -3DE (Z-3)



### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

#### NUTRICIONAL:

- Desnutrición Crónica (E443)

#### DESARROLLO PSICOMOTRIZ:

- Retraso en el desarrollo psicomotriz (F82X)

#### MALTRATO INFANTIL:

- Síndrome del niño maltratado por negligencia (T740)

#### PATOLÓGICO:

- Caries Dental (KO29)
- Infección de Vías Urinarias (N390)
- Dermatitis del Pañal (L22)

## EVOLUCION CRONOLOGICA DURANTE HOSPITALIZACION

### PESO

DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
<b>12.06kg</b>	12.12kg	12.18kg	12.24kg	12.30kg	12.36kg	12.42kg	12.48kg	12.54kg	<b>12.60kg</b>

### INDICACIONES

#### 1. INGRESO A PEDIATRIA

#### TRATAMIENTO INICIAL:

1. Dieta hiperproteica, hipercalórica fraccionada en 5 tomas
2. F 75 100 ml cada 3 horas excepto comidas principales
3. Dextrosa 5% 1100 cc +36 cc ClNa + 24 cc CLK pasa 200 cc en 24 horas.
4. Control de signos vitales y saturación cada 8 horas
5. Complejo B 2.5 ml vía oral, cada día
6. Vitaminas y minerales 2.5 ml vía oral, cada día
7. Ampicilina + Sulbactam 1200 mg. Intravenoso cada 6 horas
8. Paracetamol 120 mg vía oral cada 8 horas
9. Óxido de Zinc en región inguinal
10. Valoración por Trabajo Social
11. Valoración por Psicología
12. Valoración de Odontología
13. Peso Diario

## SEGUNDO DÍA

Paciente en regulares condiciones, irritable, mostrando regular tolerancia a la vía oral ya que presenta vómito por 3 ocasiones posterior a la ingesta del suplemento nutricional. Al examen físico con una FC de 112 x': FR de 26 x': T 36 °C, ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular conservado, abdomen distendido continua doloroso a la palpación, persistencia de zona inguinal eritematosa, hipotonía de miembros. Evoluciona favorablemente, gana 0.6 gramos en el día con **Peso actual de 12.12 kg.**

Paciente valorado por Psicología quienes indican maltrato en la crianza de la niña. Se recibe resultado de Eco Renal el cual reporta hidronefrosis izquierda por lo cual se continúa con el tratamiento iniciado, con dieta hiperproteica, hipercalórica de 1700 kilocalorías en el día complementado con F75 y suplemento vitamínico, además con estimulación temprana y antibioticoterapia por 7 días

## DÍA TRES

Paciente tranquila, con buena tolerancia oral, sin presencia de vómitos, mostrando signos vitales dentro de parámetros normales, evolucionando favorablemente. Realiza 2 deposiciones diarreicas de mal olor de aspecto pastoso café verdoso. Se recibe resultado de Coproparasitario el mismo que da positivo para Quiste de Entamoeba Histolityca y Quiste de Entamoeba Coli por lo que se inicia tratamiento antiparasitario. Se continua con dieta mencionada y valorada en 1700 kilocalorías día con lo que existe ganancia de peso de 0.6 gramos día, dando como resultado el **Peso actual de 12.18 kg.**

Se efectúa valoración por Odontología quienes indican que es necesario tratamiento por especialidad de Odontopediatría por el estado del paciente.

### **Tratamiento Antiparasitario**

1. Albendazol 200 mg vía oral, en este momento
2. Metronidazol 180 mg vía oral, 3 veces al día por 7 días

## 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 óxido de Zinc mas Nistatina 200 000 UI vía oral cada 6 horas.

Con adecuada ganancia de peso, **Peso actual 12.24kg**

### **DÍA QUINTO**

Paciente irritable, tos leve, no ha realizado vómitos, micción y deposición de forma adecuada, con buena tolerancia a la alimentación, Al examen físico paciente con FC: 120 X' FR: 26 X' T: 36.7 ° Saturación O2: 95%, mejoría de eritema inguinal, piel rosada, no pliegues, orofaringe no congestiva, ruidos cardiacos rítmicos, pulmones ventilados, extremidades tono fuerza conservados.

**Peso actual: 12.30kg**

Continúa con tratamiento antiparasitario, antibiótico, hidratación con mismas indicaciones con buen apego y tolerancia al mismo, además con soporte en estimulación temprana.

### **DÍA SEXTO**

Paciente descansa tranquila, activa y reactiva al manejo, micción y deposiciones normales con frecuencia de 2 veces al día, signos vitales FC: 120X' FR. 30 x' Sat O2: 95% aire ambiente. Hemodinamicamente estable, peso ganado de 0.6 gramos en relación con el día de ayer. Se continúa con alimentación recomendada y además resto de indicaciones medicas iguales.

**Peso actual 12.36kg**

### **DÍA SÉPTIMO**

Paciente en mejores condiciones aparentemente, mostrando buena tolerancia oral, micción y deposiciones normales.

Al examen físico signos vitales de valores normales, a la auscultación de campos pulmonares buena entrada de aire, no ruidos sobreañadidos, abdomen ruidos hidroaéreos conservados.

Paciente a la espera de valoración por Trabajo social, se solicita historia clínica del Centro de salud de Montalvo-Totoras, sin embargo no se lo logra.



Con buena tolerancia oral, con ganancia de peso adecuada y con mejoría de condición medica

**Peso actual: 12.42kg**

Se añade además con suplemento de Oligoelementos 1 ml vía oral, cada día y se continua con Estimulación Temprana.

### **DÍA OCTAVO**

Paciente permanece tranquila, el día de ayer en la noche realizo varios pico febriles, se alimenta adecuadamente, recibe oxígeno por bigotera a 1 litro saturando 90 porciento, ya que presentó desaturación de 80 porciento en la noche junto con el alza térmica, con signos vitales de FC 100 x, FR 50x, T 37.7°. Permanece hipoactiva, piel brillante, no retracciones intercostales, evoluciona favorablemente, se continúa con mismas indicaciones y con vigilancia de curva térmica y saturación de oxígeno cada 6 horas

Además se añade paracetamol 180mg vía oral en caso de alza térmica

**Peso actual: 12.48kg**

### **DÍA NOVENO**

Paciente en mejores condiciones, permanece tranquila mostrando buena tolerancia a la alimentación y los alimentos, con adecuada ganancia de peso, sin picos febriles, ni desaturaciones, sin apoyo de oxígeno al momento con signos vitales dentro de parámetros normales, es evaluada por psicología quien recomienda apoyo familiar y sugiere intervención con miembros del hogar sobre cuidado de la niña, trabajo social se encarga de contactar al familiares y programar cita con psicología, continua con avances en desarrollo psicomotor y se indica seguimiento por consulta externa.

**Peso actual: 12.54kg**

### **DÍA DÉCIMO**

Paciente estable mostrando mejoría aparente tras permanecer hospitalizada por 10 días recibiendo soporte nutricional, antibioticoterapia por 7 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 esta casa de salud.

Al egreso paciente con FC: 80 latidos por minuto, FR 24 respiraciones por minuto, un peso de 12.60 Kg, Talla: 95 cm, perímetro cefálico: 48 cm, egresa con los siguientes diagnósticos:

### **DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS**

- Síndrome del niño maltratado por negligencia (T740)
- Desnutrición crónica tipo marasmo (E43)
- Candidiasis oral (B378)
- Caries Dental (K029)
- Parasitosis Intestinal (B829)
- Retraso en el desarrollo psicomotriz (F83)
- Hidronefrosis Izquierda (N133)
- Dermatitis del Pañal (L22)

### **INDICACIONES DE ALTA**

#### **PESO DE ALTA HOSPITALARIA: 12.60kg**

1. Soporte nutricional
2. Vitaminas
3. Metronidazol 4 cc vía oral, 3 veces al día, completar por 10 días
4. Nistatina 5 cc vía oral completar por 10 días
5. óxido de zinc en zona de pañal en caso de ser necesario
6. Seguimiento por odontopediatria y nefrología por trámite de trabajo social
7. Continuar con Estimulación Temprana por centro de salud
8. Seguimiento por psicología y trabajo social
9. Visitas Domiciliarias

## **CONSULTA EXTERNA**

Paciente en compañía de su madre, acude el 11 de Junio del 2018 a control, después de 7 días de estar hospitalizado mostrando un peso anterior de 12 Kg al momento de ingreso a hospitalización, al egreso un peso de 12.60kg y al momento transcurrido 17 días desde su ingreso con peso de 13.1 kg.

Aparentemente asintomática se la valora y se decide seguimiento por centro de salud, para control y ganancia de peso y seguimiento de factores sociales cada 15 días

## **PRONÓSTICO**

Paciente con regular pronóstico a corto plazo debido a las múltiples comorbilidades que está 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 de la niña que lo han conducido al estado actual.

## AGRUPACIÓN SINDRÓMICA

PROBLEMAS ACTIVOS	PROBLEMAS PASIVOS
Falta de apetito	Producto de madre adolescente
Pérdida de peso	Embarazo mal controlado
Tórax Caquética,	Parto domiciliario
Cabello suave, fino desprendible	Rechazo de recién nacida los 5 primeros días
Piel seca, rugosa	Padres adolescentes
Disminución del panículo adiposo	Desarrollo psicomotriz retrasado
Desproporción céfalo-corporal	Crecimiento pondo-estatural inadecuados
Piezas dentales en mal estado	Infecciones respiratorias a repetición
Orofaringe congestiva, eritematosa	Infecciones gastrointestinales a repetición
Eritema en zona inguinal	Familia disfuncional
Abdomen distendido, doloroso a la palpación	Negación con la referencia inmediata
Peso/edad: -3DE	
Talla/edad: -3DE	
IMC/edad: -2DE	
Perímetro Cefálico: -3DE	
Hidronefrosis izquierda por eco renal	
Alza térmica	
Deposiciones diarreicas	
Zona plantar y palmar pálidas	
Ojos grandes en comparación de cabeza	
Extremidades hipotónicas	

## **5. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO**

### **FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS:**

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.

### **FACTORES GENÉTICOS**

La literatura no menciona factores genéticos que se hallen relacionadas a la desnutrición, sin embargo, estudios redactan que la desnutrición de madres y niños está condicionada en forma importante por dietas inadecuadas en calidad y en raras circunstancias la cantidad es insuficiente. Los niños de 0-5 años tienen requerimientos nutricionales elevados. La enfermedad en especial las infecciones (bacterias, virus y parásitos) afectan el estado nutricional disminuyendo la ingesta, aumentando las pérdidas de nutrientes e induciendo una menor utilización de ellos; actúan en forma sinérgica.

### **FACTORES PERINATALES:**

En la literatura son conocidos los factores perinatales que determinan retraso o anomalías del desarrollo, en este caso un parto cefalovaginal, domiciliario aparentemente a término, atendido por familiar sin que haya existido medidas higiénico-sanitarias adecuadas, lo que imposibilita la obtención de datos de recién nacido como: su antropometría, Apgar, características 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 a la misma.

Hay que tomar en cuenta factores como la mala alimentación de un recién nacido, que no fue alimentada 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 marcada y definitiva en el desarrollo psicomotor de la niña. (5)

## **FACTORES AMBIENTALES**

Los factores ambientales son igual de importantes que los factores biológicos ya que interactúan de forma constante y finalmente determinara el desarrollo normal o no de una niña. (6)

## **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 una niña proveniente de un hogar del aérea rural donde un parto domiciliario y sin atención médica adecuada parecen ser aún un hecho normal en pleno siglo XXI, con acceso limitado a los servicios básicos, una familia disfuncional, con padres adolescentes, dónde el soporte económico del hogar es la abuela, con un aporte económico bajo de sus padres y con un nivel cultural limitado, sabiendo que áreas como el lenguaje, socialización, desarrollo de hábitos o adquisición de habilidades en la niña requieren de estimulación constante por parte no solo de sus progenitores sino de todas las personas que interactúan con ella durante su crecimiento y desarrollo, los mismos que muchas veces están condicionados por los factores antes ya mencionados. (6)

## **CONDICIONES DE LA FAMILIA**

Durante el desarrollo de una niña las características de la familia en la que esta se desenvuelve son muy importantes, existen varios aspectos que contribuirán de forma favorable o desfavorable con la situación de la paciente, una familia disfuncional en dónde el padre y la madre son adolescentes, su hogar se fundamenta en la abuela materna quien está separada de su esposo, con relaciones interpersonales e intrafamiliares no adecuadas y sumado al factor económico crean un problema de conflicto frecuente en el hogar.

## **6. ANÁLISIS 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 la niña durante su crianza. Por otra parte, la madre del paciente acudía permanentemente a la consulta en el centro de salud para el seguimiento de la niña sin que haya habido alguna traba por parte del sistema de salud para que la niña pudiera realizarse un seguimiento permanente y continuo.

### **ACCESO**

El centro de salud de la localidad queda muy lejos en relación al hogar de la paciente, por lo que el seguimiento resultó más complicado, sumado la falta de asistencia de médico de barrio, contribuyeron que no se benefició de la atención, seguimiento y control de especialistas para la paciente.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN**

#### **EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Paciente femenina nacida por parto domiciliario, acude por primera vez a control en establecimiento de salud de primer nivel al mes de nacida, se valora y realiza control, a esta edad no se ha identificado factores de riesgo a los que estuvo expuesta, a la exploración física de la paciente se encontraba asintomática; cuatro meses luego de primer control es llevada nuevamente a esta casa de salud con cuadro de infección respiratoria y a 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 referida por primera vez a una casa de salud de segundo nivel para manejo de Enfermedad Diarreica Aguda sumada una Deshidratación grado II con poca tolerancia oral, en donde aparentemente es hospitalizada por tiempo no especificado según refiere la madre, pero no hay seguimiento adecuado debido a la negativa de los padres de la niña de llevar a la paciente a controles posteriores a su egreso.

La paciente presenta infecciones a repetición y un evidente cuadro de mal nutrición que se acentúa al cumplir 1 año 3 meses, se insiste en la importancia de medidas higiénico-dietéticas, soporte nutricional, sin embargo no se obtiene resultado alguno, por lo que el estado nutricional de la niña se deteriora progresivamente.

Al cumplir la paciente 1 año 6 meses de edad, es catalogada por primera vez con el diagnóstico de Desnutrición grado I, dos meses después se diagnóstica como una 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 retraso psicomotriz, remitido al servicio de Neurología para manejo de especialidad en centro de segundo nivel, la madre se niega a llevar a la paciente a pesar de que se explica los posibles riesgos, a partir de aquí se insiste constantemente en que la niña debe ser atendida en casa de salud de segundo nivel. Sin que se cumpla esto, los padres dejan de llevarla 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, 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.



La paciente acude referido por primera vez al Hospital Provincial Docente Ambato a la edad de 4 años 11 meses por el Centro de salud de Montalvo en donde la niña es valorada adecuadamente, en estado de desnutrición crónica, por lo que tras la valoración de personal se decide su ingreso.

La paciente permanece hospitalizada durante 10 días, hemodinámicamente estable, con soporte nutricional, antiparasitarios, antibioticoterapia, además es valorada por los servicios de: Psicología, Odontología, Trabajo Social y Fisiatría; se educa permanentemente a los padres y abuela sobre el manejo nutricional de la niña, y con seguimiento por centro de salud.

Analizando todos estos aspectos podemos decir que la paciente durante su estancia en esta casa de salud recibió los cuidados adecuados en cuanto a su cuadro de desnutrición, con soporte nutricional adecuado ya que al momento de su egreso presentó 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, para la valoración por médicos especialistas en unidad de salud de segundo 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.

## **7. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS**

El Nivel Primario de Salud es el lugar donde se debe identificar todos los factores que constituyen un riesgo para el normal crecimiento y desarrollo de la niña, sean estos biológicos, socio-ambientales o culturales, exponiendo a continuación los siguientes puntos críticos:

- Paciente que en el siglo XXI nace producto de primera gesta, padres adolescentes 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 de la cual empieza un seguimiento continuo.
- Paciente diagnosticada con desnutrición crónica más hidronefrosis izquierda a los 11 meses de edad confirmado con eco renal, sin un seguimiento ni manejo adecuado de patología y sin que se haya identificado factores de riesgo, de forma oportuna.
- La edad de la paciente y sus factores de riesgo socio-económico dificultan tener un diagnóstico preciso, con ello la toma de decisiones adecuadas.

## 8. DESARROLLO TEÓRICO DEL TEMA

### DESNUTRICIÓN INFANTIL (E43)

La desnutrición es una condición patológica, sistémica reversible conocido desde hace muchos años, ya que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo.

#### **Definición:**

La desnutrición proteínico energética (DPE) es una enfermedad multisistémica, prevenible y reversible que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución exagerada, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrientes, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por diferentes maneras ya sea por grados de déficit antropométrico, por signos y síntomas clínicos o por alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

*Según la OMS:* “La desnutrición es: El desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y la energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas.”

*Según la UNICEF:*

- **Malnutrición:** Estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos.
- **Desnutrición:** Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

#### **Etiología:**

- **Primaria:** cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrientes.
- **Secundaria:** Cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrientes.

#### **Epidemiología:**

La desnutrición endémica, ésta se presenta con ciertos rasgos característicos: Peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de sus habitantes, tasas elevadas de mortalidad, particularmente en niños menores de cinco años y expectativas de vida más corta.

En América Latina alrededor del 25 % de los niños presentan desnutrición y se considera que aproximadamente la mitad de la población mundial total ha sobrevivido a un período de desnutrición moderada o severa durante la infancia.

En el Ecuador ha disminuido 18 puntos la tasa de desnutrición en menores de cinco años en los últimos 20 años, en los 80 era del 41%, y para el 2011 bajo al 23%, según el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA), tras una investigación entre 1990 y 2011. Según datos del INEC en la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) del 2013 la desnutrición crónica en el área rural es 81 % más alta que en la urbana y el indicador de la región Sierra (32.0%) es casi el doble que el de la Costa (15.7%). La Amazonía presenta un 22.7 % de talla baja, mientras la Insular presenta un 5.8 %. Un hallazgo sorprendente es que el porcentaje en Quito (30.2%) es mayor que el porcentaje del resto urbano de la Sierra (19.3%). Las provincias, las que tienen valores más altos son Tungurahua, Bolívar, Cañar, y Chimborazo, en las cuales cerca del 40 % de los niños están clasificados con desnutrición crónica.

### Factores de riesgo

La mala nutrición de la madre y las infecciones durante el embarazo son factores frecuentes de prematuridad y desnutrición intraútero. La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo, es más notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. La combinación de una dieta baja en energía y proteínas unida a infecciones frecuentes digestivas y respiratorias propicia un avance lento y progresivo hacia una desnutrición grave.

**Tabla 1:** Factores de riesgo de la desnutrición infantil

El abandono de la lactancia materna	La ablactación temprana (antes de 2m) o muy tardía (después de los 6m)	El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna.
Las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño.	falta de educación, comunicación deficiente	balance económico desfavorable
mal salud de la población	escasa escolaridad de los padres, embarazos adolescentes, pobreza	Multiparidad, trabajo físico excesivo

**Fuente:** autor

## 🚦 Fisiopatología

Para la aparición de la desnutrición primero debe existir un periodo de inanición la cual puede dividirse en tres fases.

**Fase I:** Envuelve los primeros días de ingesta energética inadecuada, los depósitos hepáticos de glucógeno se empiezan a consumir con la finalidad de mantener los niveles séricos de glucosa circulante, mientras que los lípidos tisulares son liberados para oxidarse y ayudar a compensar la pérdida de masa muscular como principal sustrato para la gluconeogénesis hepática.



Fuente: imagen 1 (1)

**Fase II:** El incremento en la oxidación de lípidos produce la generación de cuerpos cetónicos a la vez que los tejidos magros son utilizados, es decir, el músculo esquelético y cardíaco es catabolizado para proveer de sustratos necesarios para la producción de glucosa, vía gluconeogénesis. Los cuerpos cetónicos son una fuente de energía esencial para el sistema nervioso central debido a que son capaces de atravesar la barrera hematoencefálica, mientras que los lípidos no. Sin embargo, como consecuencia de la producción de cuerpos cetónicos puede desarrollarse una cetoacidosis.



Fuente: imagen 2 (7)

**Fase III:** Después de un estado de inanición prolongada, ocurre la fase terminal, en la que cerca del 50% de los depósitos proteicos son diezmados, el metabolismo de los lípidos ha declinado, los niveles de cuerpos cetónicos caen y el individuo se encuentra en peligro de muerte.



Fuente: imagen 3 (1)

Cuando el estado deficitario se prolonga de forma indefinida, se produce un mecanismo llamado homeorresis; el organismo completa su proceso de adaptación y se establece un reajuste metabólico que se traduce en una reducción de las necesidades celulares de nutrientes y energía. De esta forma, el desequilibrio, entre las necesidades y el aporte desaparece; se equilibran el peso y la talla; se recuperan las reservas, y el individuo adopta una morfología casi armónica. Se llega a un proceso irreversible donde se evidencia una disociación entre la edad cronológica y la biológica. En el niño con homeorresis se aprecia su composición corporal, su madurez y capacidad intelectual, como de un niño de edad menor.

### **Clasificación**

#### a) **Por Etiología:**

Primaria	Secundaria	Mixta
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sepsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neuropatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se presenta cuando están coexistentes las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección.</li></ul>

b) Por grados de Desnutrición Clasificación según la OMS,

- **Desnutrición de 1er. Grado:** 10-25% del peso ideal
- **Desnutrición de 2do. Grado:** 26-40% del peso ideal
- **Desnutrición de 3er. Grado:** >40% del peso ideal (marasmo, kwashiorkor)

FUENTE: Tablas de desnutrición infantil dada por la OMS

c) Por porcentajes de pérdida (relación con el peso y el percentil 50) GÓMEZ

Imagen 4: Por porcentajes de pérdida (relación con el peso y el percentil 50) GÓMEZ

$$\% \text{ P/E} = \frac{\text{peso real}}{(\text{P50}) \text{ P/E}} \times 100$$

Grado de desnutrición	% PCI
Normal	91-100
1er grado	76-90
2do grado	61-75
3er grado	<60

FUENTE: (7)

Clasificación de Waterlow

Imagen 5: Clasificación de Waterlow

Problemas agudos de nutrición:  $\frac{\text{Peso real} \times 100}{(\text{P } 50) \text{ P/T}}$

Problemas crónicos de nutrición:  $\frac{\text{estatura real} \times 100}{(\text{P } 50) \text{ T/E}}$

Clasificación	AGUDA (P-T)	CRONICA (T-E)
LEVE	80-89%	90-95%
MODERADA	70-79%	85-89%
SEVERA	<de 70%	< de 85%

FUENTE: (1)

#### d) Por clínica

La DPE se pueden dividir en los subtipos clínicos dependiendo de la presencia o ausencia de edema. DPE sin edema se conoce tradicionalmente como el marasmo, y DPE con edema se conoce tradicionalmente como kwashiorkor.

#### I. **Marasmo (E41)**

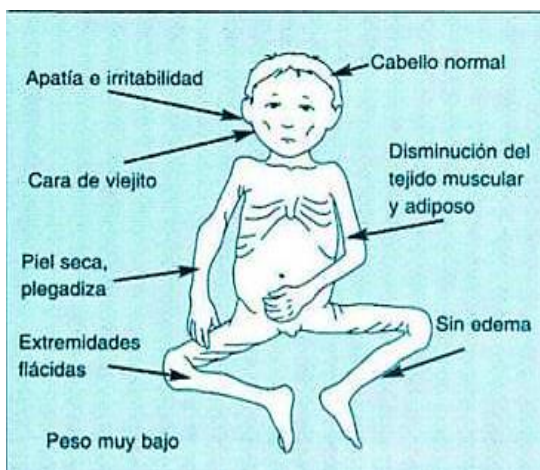


Imagen 6: (3)

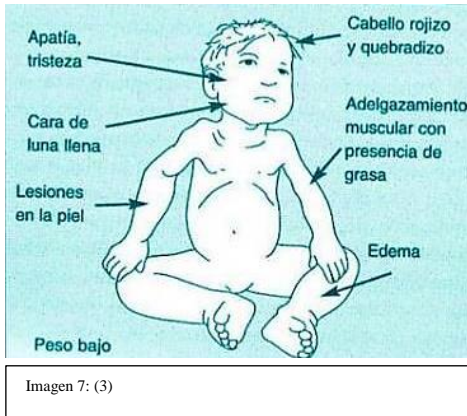
Se caracteriza por la pérdida de masa muscular y el agotamiento de las reservas de grasa corporal. Es la forma más común de DPE y es causada por una ingesta inadecuada de todos los nutrientes, pero las fuentes de energía, especialmente la dieta. Clásicamente, los niños con marasmo pueden tener estreñimiento severo y un hambre voraz una vez que su realimentación está en curso.

#### ***Hallazgos del examen físico incluyen:***

- ✓ Peso disminuido y talla para la edad
- ✓ Apariencia de viejo con piel sobrante
- ✓ Cabeza grande con ojos fijos
- ✓ débil, irritable e inquieto
- ✓ La bradicardia, hipotensión e hipotermia
- ✓ Delgadez
- ✓ Piel seca
- ✓ Brazos encogidos, los muslos y las nalgas con pliegues de la piel redundante causadas por la pérdida de grasa subcutánea.
- ✓ Pelo fino, escaso que se arranca fácilmente



## II. Kwashiorkor (E40)



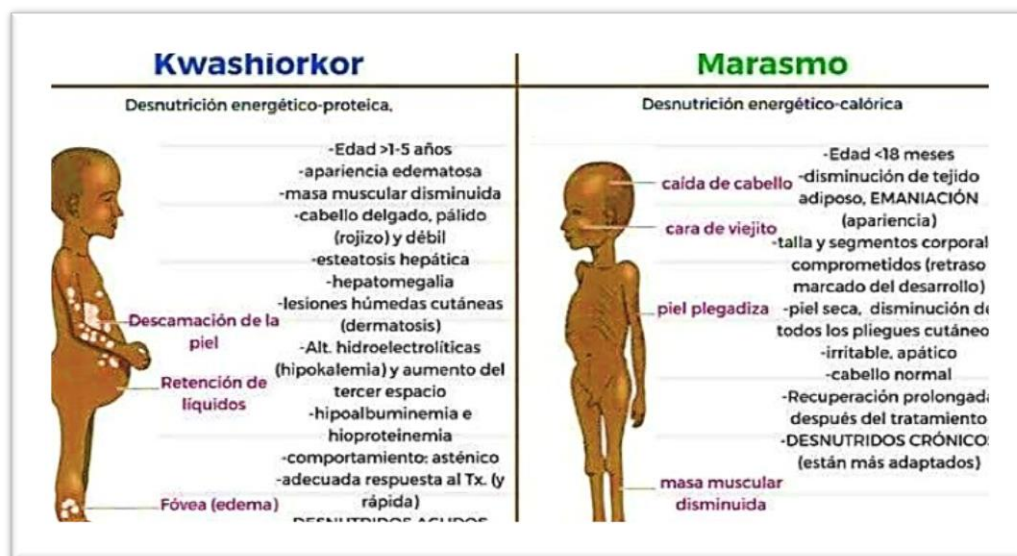
Se caracteriza por la atrofia muscular marcada con la grasa corporal normal o aumentada y la presencia de edema periférico (anasarca). El edema es la característica definitoria para establecer el diagnóstico. La ingesta de proteínas y energía inadecuado puede contribuir a las características clínicas del kwashiorkor. La anorexia es casi universal.

### *Hallazgos del examen físico incluyen:*

- ✓ El peso normal o casi normal para la edad
- ✓ Anasarca (edema generalizado grave)
- ✓ El edema con fóvea en las extremidades inferiores, el área presacra, genitales, y periorbitarias
- ✓ Apático, desganado
- ✓ Prominencia redondeada de las mejillas, "cara de luna"
- ✓ Descamación de la piel con áreas confluentes de hiperqueratosis e hiperpigmentación.
- ✓ Cabello seco, sin brillo, hipopigmentación que se cae o se arranca fácilmente. Señal de bandera
- ✓ La hepatomegalia (de hígado graso se infiltra)
- ✓ Abdomen distendido con asas intestinales dilatadas, pero sin ascitis
- ✓ Hipotermia.

### III. Mixta (marasmo-kwashiorkor) (E42)

Imagen 8: Desnutrición Mixta



**Fuente:** (8)

Pueden ocurrir en un niño que tiene una ingesta inadecuada de todos los nutrientes y se desencadena por una enfermedad infecciosa frecuente en la infancia. Los niños con desnutrición mixta a menudo tienen anorexia, dermatitis y alteraciones neurológicas (a veces la depresión y el afecto plano) y la esteatosis hepática. Esto es causado por la pérdida aguda de nutrientes asociados con una respuesta inflamatoria, superpuesta a la caquexia crónica de las reservas de grasa corporal y nutriente muscular.

La transición del marasmo a mixta (marasmo-kwashiorkor) se asocia particularmente con una alta morbilidad y mortalidad, tal vez debido a la frecuente asociación con la infección aguda o tal vez porque los niños con este curso clínico no están tan bien adaptados metabólicamente que los niños con marasmo puro.

#### e) Por gravedad

#### **-DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA (E43)**

Este tipo de desnutrición es el reflejo del retraso en el crecimiento de los niños. Se debe a la carencia de nutrientes durante un periodo prolongado. La principal dificultad a la hora de combatirla es que no se manifiesta inmediatamente, sino que sus efectos se hacen visibles a largo plazo. De hecho, puede comenzar en el útero de la madre y causar daños irreversibles

durante los primeros años de vida del niño, tanto en el aspecto mental como en el físico.

### **-DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (E440)**

Los niños con este tipo de desnutrición pesan menos de lo que le corresponde a su altura. Una de las formas de identificarla es la medición del perímetro del brazo de los menores, que en este caso suele estar por debajo del estándar fijado. Aunque la situación no es del todo mala, es necesario intervenir para evitar que el estado del menor empeore.

### **-DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE (E43)**

Es el tipo de desnutrición más peligroso. Los niños que la sufren tienen un peso muy por debajo del estándar y sus signos vitales están alterados, lo cual conlleva, a un elevado índice de mortalidad. De hecho, el riesgo de muerte de la desnutrición aguda grave es nueve veces más alto que el del resto.

Diagnóstico

**Los signos clínicos se clasifican en:**

- ✓ **Signos universales.** - Son aquellos que siempre están presentes en los niños desnutridos: dilución, hipofunción y atrofia, y ocasionan detención de crecimiento y desarrollo.
- ✓ **Signos circunstanciales.** - pueden o no estar presentes y son características del tipo de desnutrición como hipotrofia muscular, hipotonía, edema, lesiones dermatológicas, signo de la bandera.
- ✓ **Signos agregados.** - Son aquellos que se encuentran presentes en el niño desnutrido solamente y a consecuencia de diversos procesos patológicos que se agregan, como insuficiencia respiratoria, fiebre, deshidratación, etc.

Exploración física.

**Se debe tomar en cuenta las siguientes determinantes:**

- ❖ **Peso para edad (P/E):** Es un indicador de desnutrición global, se utiliza para monitorear el crecimiento, el bajo peso refleja dietas inadecuadas, periodos prolongados de enfermedad entre otras.

**Talla para la edad. (T/E):** Una talla baja en relación con la edad indica insuficiencia alimentaria crónica que afecta al crecimiento en longitud.

**Relación peso talla (P/T):** Refleja el estado nutricional actual cuando es bajo indica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidos, en relación a la talla.

### Índices de laboratorio

#### ❖ **Índice creatinina talla.**

**ICT=Excreción de creatinina en orina de 24h x 100Excreción ideal de creatinina en 24 h para la talla**

- ✓ 20 > al 80% Normal
- ✓ 60 y 80% sugiere un déficit moderado de masa muscular
- ✓ < 60% indica que la depleción es grave

#### ❖ **Índice de Quetelet:**

$$\text{IQ} = \frac{\text{peso kg}}{\text{Talla m}^2}$$

- Malnutrición aguda.

**% peso para la talla P50= peso actual (kg x 100) Peso para la talla en P50 (Kg)**

- ✓ **Estadio 0** (normal) > 90%.
- ✓ **Estadio I** (malnutrición leve) 80-90%.
- ✓ **Estadio II** (malnutrición moderada) 70 -80%.
- ✓ **Estadio III** (malnutrición severa) < 70%.
- Desnutrición crónica.

**Talla para la edad %=talla actual (cm x 100) Talla P50 para la edad (cm)%**

- ✓ **Estadio 0** (normal): > 95%.
- ✓ **Estadio I** (malnutrición leve): 90-95%.
- ✓ **Estadio II** (malnutrición moderada): 85-90%.
- ✓ **Estadio III** (malnutrición severa): < 85%.

❖ **Índice de perímetro braquial (cm)/perímetro cefálico (cm)**

Es de utilidad en niños menores de 4 años para establecer la existencia de desnutrición.

- ✓ **Normal** > 0,30.
- ✓ **Malnutrición leve** 0,28 -0,27.
- ✓ **Malnutrición moderada** 0,25 – 0,27
- ✓ **Malnutrición severa** < 0.25.

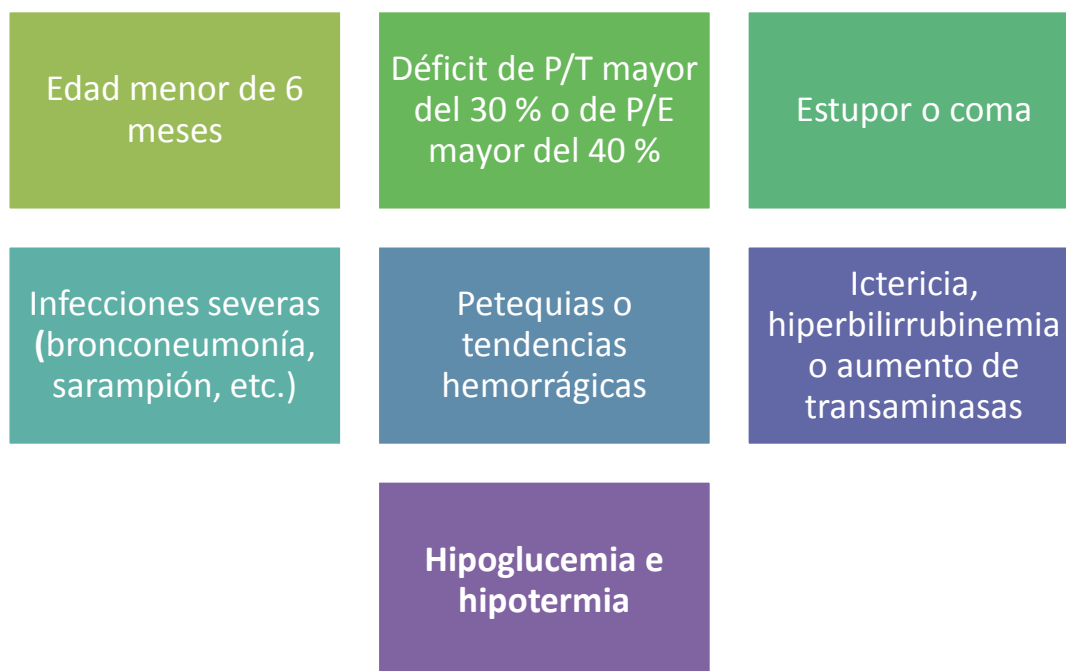
Parámetros bioquímicos.

- **La Albumina sérica**, no es un buen indicador debido a su vida media larga (20 días).
- **La Proteína** transportadora de retinol tiene una vida media de 10 horas.
- **Determinación del estado vitamínico y mineral oligoelementos**, Fe, Zn, Cu, Se, electrolitos, Na, K, Ca, Mg, Cl, y P. Vitaminas A, C, D, E, ácido fólico, B12, tiamina, piridoxina.
- **Balance nitrogenado (BN)** se utiliza para valorar los efectos del soporte nutricional sobre el metabolismo proteico, se realiza determinando la urea en orina de 24 horas y es el resultado de la diferencia entre el nitrógeno ingerido y el eliminado por lo tanto, un resultado negativo indica depleción proteica.

Otras técnicas.

- **Diluciones isotópicas** (isotopos estables), agua corporal total, masa magra, masa libre de grasa, gasto energético.
- **Impedancia bioeléctrica.** Volumen de líquidos corporales, agua corporal total, masa magra, masa libre de grasa.
- **Densitometría radiológica de doble energía (DEXA)**, masa grasa total y por segmentos, masa muscular total y por segmentos corporales, masa ósea total lumbar y cuello femoral
- **Determinación de hormonas.**

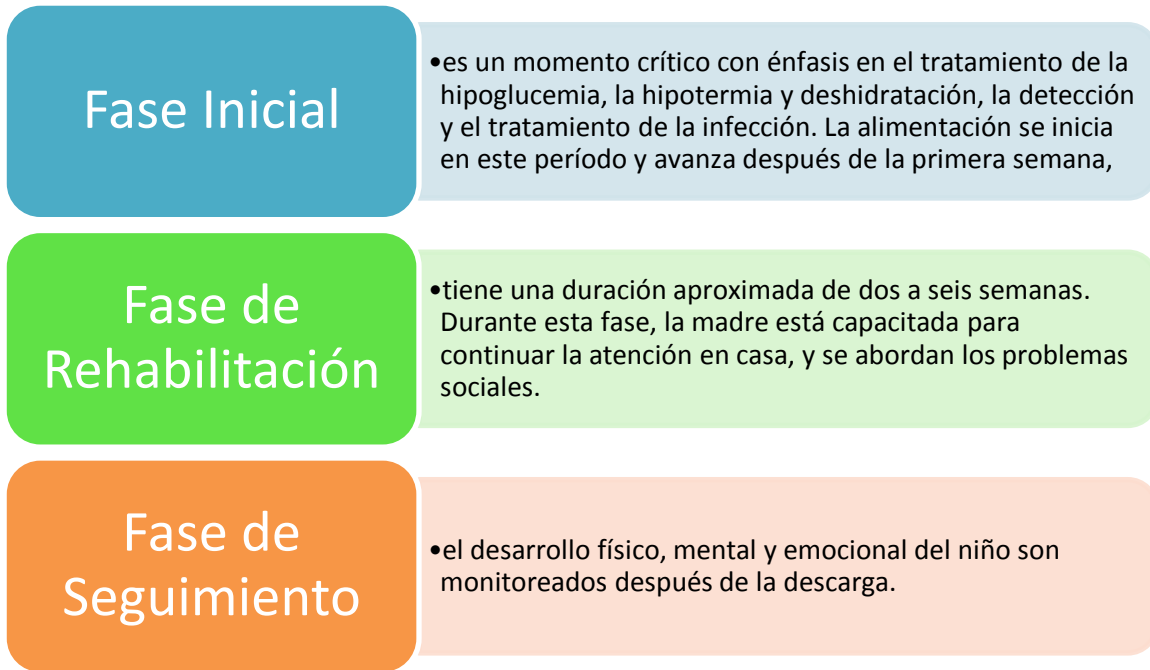
## SIGNOS DE MAL PRONOSTICO:



## TRATAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado criterios para la clasificación de la desnutrición severa en niños. Estos criterios se basan en el grado de pérdida o retraso en el crecimiento y la presencia de edema. El peso del niño para su altura y la altura de su edad se expresan como los valores Z, calculado como el valor observado menos el valor de la mediana de la población de referencia dividido por la desviación estándar de la población de referencia.

**Directrices de la OMS.-** El protocolo para el tratamiento de los niños con desnutrición severa desarrollados por la OMS consta de tres fases: la estabilización inicial, rehabilitación y seguimiento. El enfoque se basa en la alteración de la fisiología nutricional del niño desnutrido edematosa, y ha sido validado en el campo.



## FASE INICIAL

La fase inicial es un momento crítico que hace hincapié en el tratamiento de los trastornos que pueden estar en peligro la vida, incluyendo la hipoglucemia, hipotermia, infecciones y deshidratación. El ayuno prolongado que pueda ser necesaria para los procedimientos de diagnóstico se debe retrasar hasta el final de esta fase. La hipoglucemia y la hipotermia se producen con ayuno de cuatro a seis horas de duración o pueden ser precipitados por una infección sistémica grave. Estas condiciones pueden estar asociados con la apnea. Estos trastornos suelen responder a la toma temprana y frecuente, y el control de temperatura. La glucosa en sangre se debe supervisar si se produce hipotermia o la apnea.

- a) **Calentamiento.** - Si la temperatura rectal es  $<35.5$  grados C, el niño debe ser calentado. Esto se puede lograr usando una manta caliente o con una lámpara incandescente, pero sin tocar el cuerpo del niño. Si estas opciones no están disponibles, el niño puede ser calentado por el contacto cercano con el cuerpo de la madre.
- b) **Antibióticos.** - antibióticos de amplio espectro debe ser iniciado debido a que muchos niños con desnutrición severa tienen infecciones sistémicas.

La OMS recomienda las siguientes opciones de antibióticos para el tratamiento inicial de niños desnutridos, basado en probables patógenos y la disponibilidad de antibióticos en países con pocos recursos:

**Si no hay complicaciones aparentes:**

- ✓ El sulfametoxazol trimetoprim suspensión, 5 ml por vía oral dos veces al día durante cinco días si el peso > 4 kg; o 2,5 ml dos veces al día durante cinco días si el peso < 4 kg (5 ml es equivalente a 40 mg TMP y 200 mg).

**Si hay síntomas que sugieran complicaciones (hipoglucemia, hipotermia, letargo), o para los bebés menores de seis meses de criterios para la atención hospitalaria:**

- ✓ La ampicilina (50 mg / kg IM / IV cada seis horas) durante dos días, después amoxicilina (15 mg / kg por vía oral tres veces al día) durante cinco días.
- ✓ Gentamicina (7,5 mg / kg IM / IV) una vez al día durante siete días.

**Si el niño no mejora dentro de las 48 horas:**

- ✓ Añadir cloranfenicol (25 mg / kg IM / IV cada ocho horas) durante cinco días.

**c) Rehidratación.** - El niño desnutrido puede tener diarrea aguda y persistente y se ha reducido la capacidad homeostática de hacer frente al déficit de agua y potasio. La deshidratación debe ser diferenciada del shock séptico, aunque las dos condiciones a veces coexisten.

La deshidratación en los niños desnutridos debe ser tratada con rehidratación oral siempre que sea posible. En el contexto de la desnutrición severa, la hidratación intravenosa puede conducir a la sobrehidratación e insuficiencia cardíaca.

**ReSoMal.** - **ReSoMal** es una solución de rehidratación oral (SRO) desarrollado para el uso en niños con desnutrición severa. Consiste en la estandarización de la OMS que ha sido modificada por la disminución de sodio y el aumento de las concentraciones de potasio. Esta solución se utiliza para corregir la hipernatremia y la deficiencia de potasio que se producen en la malnutrición grave.

El ReSoMal contiene glucosa (125 mmol / L), de sodio (45mmol / L), de potasio (40 mmol / L), de magnesio (3 mmol / L), zinc (0,3 mmol / L), y cobre (0,045 mmol / L). El ReSoMal está disponible comercialmente.

**d) Reemplazo de volumen.** - Un volumen de 70 a 100 ml / kg de peso corporal de ReSoMal lo general es suficiente para restablecer la hidratación normal. Esta cantidad se debe dar en el transcurso de 12 horas, a partir de 5ml / kg cada 30 minutos para las dos primeras horas, y después de 5 a 10 ml / kg por hora.



El niño debe ser evaluado al menos cada hora. El volumen administrado depende de la cantidad que el niño va a beber, el volumen de las pérdidas en curso en las heces o emesis, La rehidratación oral debe interrumpirse si se observa cualquier signo de sobrehidratación, la insuficiencia cardíaca especialmente, la congestión de las venas yugulares, o edema en aumento.

La rehidratación se completa cuando el niño ya no tiene sed y produce orina y signos de deshidratación han resuelto. La administración de líquidos para mantener la hidratación debe basarse en la voluntad del niño a beber y el importe de las pérdidas progresivas en las heces. A modo de guía, los niños menores de dos años de edad deben recibir de 50 a 100 ml de ReSoMal después de cada deposición diarreica; los niños mayores deben recibir 100 a 200 ml. Este tratamiento se continúa hasta que se detenga la diarrea.

e) **Realimentación.** - La alimentación debe reiniciarse utilizando una fórmula que contiene 75 kcal / 100 ml (conocida como fórmula F-75). La fórmula se alimenta en pequeñas cantidades y en intervalos frecuentes debido a la motilidad intestinal y la producción de ácido gástrico están disminuidos en la malnutrición grave. Los bebés pueden ser alimentados por vía oral usando una taza y la cuchara; un gotero o jeringa se pueden utilizar en los bebés más débiles. La alimentación también debe ser administrado por sonda nasogástrica si el niño ha deteriorado la consciencia o tiene vómitos, taquipnea, o estomatitis dolorosa. Para los bebés que son amamantados, seguido debe fomentar el amamantamiento durante la fase de realimentación, con suplementos de leche materna extraída o F-75.

f) **Hipofosfatemia.** - La desnutrición se asocia a menudo con hipofosfatemia. Dos estudios informaron que del 7 al 12 por ciento de los niños con kwashiorkor tienen hipofosfatemia grave (concentración de fosfato en suero  $<1$  hipofosfatemia mg /dl [0,32 mmol / L]).<sup>16, 17</sup> Tasas algo más bajas de la hipofosfatemia se encuentra en un estudio de niños con desnutrición aguda grave y sepsis, en el que el 2 por ciento tuvo hipofosfatemia severa, y el 25 por ciento tenía hipofosfatemia moderada (concentración de fosfato sérico  $<2$  mg / dl [0,6 mmol / L]). Tanto la sepsis y la gravedad de la malnutrición parecen contribuir al riesgo para la hipofosfatemia, pero los factores de riesgo no se han estudiado rigurosamente. La hipofosfatemia severa se asocia con un mayor riesgo de muerte, pero esta asociación puede deberse a factores de riesgo comunes en lugar de a un efecto directo de la hipofosfatemia.

El fosfato en suero tiende a disminuir durante los primeros días de la realimentación en los niños con desnutrición severa aguda, alcanzando su punto más bajo alrededor de dos a cuatro días de realimentación. Las formulaciones utilizadas para la realimentación proporcionan las concentraciones de fósforo que son ligeramente más alta que la ingesta nutricional recomendada para los niños normales y sanos. El fósforo proporcionado en una dieta a base de leche (por ejemplo, F100) es probablemente más biodisponible que el previsto en fuentes de origen vegetal, y también proporciona más fósforo que las soluciones nutricionales parenterales típicas que a veces se utilizan para la realimentación en algunos países. Sin embargo, esta cantidad de reemplazo de fósforo en una dieta basada en leche no es suficiente para prevenir la disminución de la concentración de fósforo en suero que se produce con la realimentación.

## **FASE DE REHABILITACIÓN**

La fase de rehabilitación comienza cuando el apetito mejora. En este momento, la fórmula se cambia gradualmente a F-100, que contiene 100 kcal / 100 ml).

El volumen de la ingesta oral se aumenta lentamente para proporcionar 150 a 220 kcal / kg por día. Este tratamiento se continúa hasta que el peso para la talla puntuación Z del niño es > -2. Los niños mayores de dos años de edad pueden ser rehabilitados con éxito utilizando las mismas fórmulas que se dan a los niños. Sin embargo, en estos pacientes, se deben introducir los alimentos sólidos disponibles localmente suplementado con vitaminas y minerales. El niño debe ser alimentado por lo menos cinco veces al día durante la fase de rehabilitación. El ajuste de la frecuencia de alimentación debe llevarse a cabo bajo supervisión. Se lleva a cabo mediante la reducción gradual y luego se detienen los alimentos complementarios de F-100, mientras que la adición o el aumento de la dieta mixta hasta que el niño está comiendo una dieta similar a lo que se come en casa.

**Los suplementos dietéticos.** - suplementos dietéticos de vitaminas y minerales que se inicien durante el tratamiento inicial se continúan en la fase de rehabilitación utilizando la mezcla de vitaminas. Proporcionar la suplementación con vitamina A, hierro y ácido fólico es especialmente importante. Las multivitaminas se proporcionan en aproximadamente 1,5 veces la dosis administrada a un niño normal.

**Vitamina A.** - Vitamina A por vía oral el primer día (200 000 UI a niños mayores de 12 meses; 100 000 UI a niños de 6-12 meses, y 50 000 UI a niños de 0-5 meses), excepto si

tiene constancia de que ya se le haya administrado una dosis el mes anterior. Durante dos semanas o más se administra todos los días suplementos multivitamínicos.

**Hierro y ácido fólico.** - Casi todos los niños con desnutrición severa tienen anemia. La suplementación con ácido fólico debe comenzar el día de la admisión con una dosis inicial de 5 mg, seguido de 1 mg al día. El hierro elemental; 3 mg / kg / día se inicia con la fase de rehabilitación y se continúa durante tres meses. El hierro no debe darse durante la fase inicial debido al efecto del hierro libre sobre el estrés oxidativo.

**Zinc.** - la OMS recomienda 2 mg/kg/día.

**Antioxidantes.** - Una variedad de pruebas de observación y experimentales sugieren que un exceso de radicales libres puede desempeñar un papel en la patogénesis de kwashiorkor, que conduce a la hipótesis de que la administración de antioxidantes podría mejorar la recuperación.

**Rehabilitación cognitiva y de la familia.** - La malnutrición grave puede retardar el desarrollo mental y de comportamiento. Este retraso probable es causado por el crecimiento del cerebro reducido, tal como se evaluó mediante la medición de la circunferencia de la cabeza, en desnutridos en comparación con los niños bien nutridos. El efecto sobre la cognición y el comportamiento es el resultado más grave a largo plazo de la desnutrición.

Programas de juego que proporcionan estimulación emocional y física deben comenzar durante la rehabilitación y continuar después del alta. Estos programas pueden reducir el riesgo de que el niño tenga alguna discapacidad intelectual permanente y deterioro emocional.

**Educación de los padres.** - Los padres deben recibir educación con respecto a las causas de la malnutrición y su prevención. La lactancia materna es una medida especialmente importante y práctico para prevenir la desnutrición, por lo que todas las madres deben ser educadas para amamantar a los bebés futuros siempre que sea posible. Los padres también deben recibir educación acerca de una dieta apropiada y técnica de alimentación sanitarias, las estrategias para estimular el desarrollo mental y emocional del niño, y otras habilidades de los padres. La enseñanza debe comenzar mucho antes de la descarga. La madre debe pasar tanto tiempo como sea posible en el centro de rehabilitación nutricional con su hijo, y se debe prestar atención, incluyendo la preparación de alimentos, por su hijo bajo supervisión. Ella debe ser enseñada cómo tratar u obtener tratamiento para la diarrea y otras infecciones, y para comprender la importancia de un tratamiento regular para los parásitos

intestinales.

## **FASE DE SEGUIMIENTO**

Durante la rehabilitación, se debe hacer los preparativos para garantizar que el niño está totalmente reintegrado en la familia y en la comunidad después del alta. La familia debe estar preparada para prevenir la recurrencia de la malnutrición grave. Si es posible, el hogar debe ser evaluado por un trabajador social o enfermera antes de la descarga para garantizar un medio ambiente adecuado. Si el niño es abandonado o condiciones en el hogar no son adecuadas, una casa de acogida debe buscarse.

### **Transferir a la atención ambulatoria.**

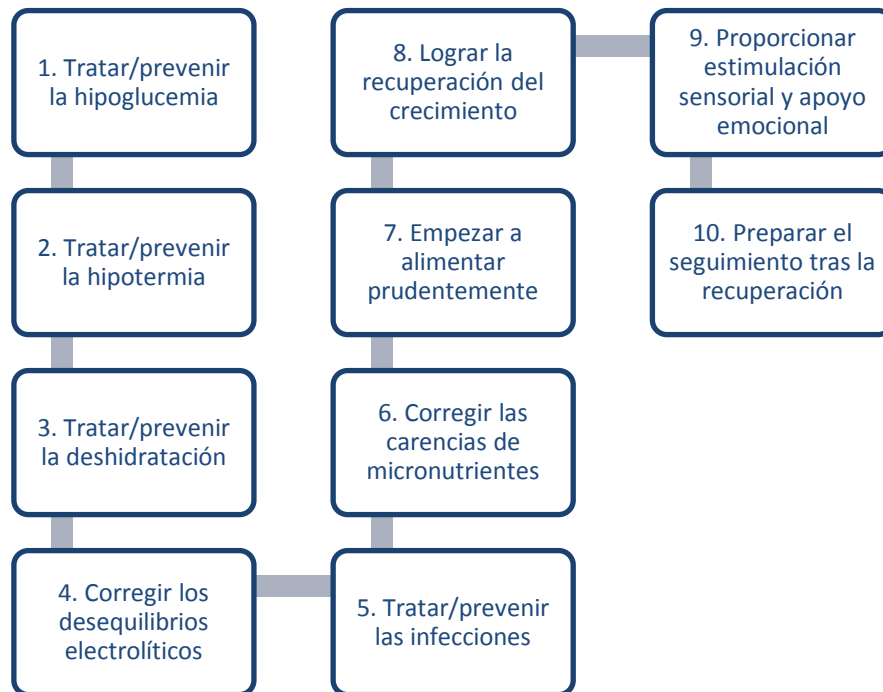
Cuando la atención ambulatoria de buena calidad para la malnutrición está disponible, los niños (de 6 a 59 meses de edad) pueden ser transferidos de paciente interno a la atención ambulatoria cuando las complicaciones médicas, incluyendo edema están resolviendo, el niño tiene un buen apetito, y aparece clínicamente bien.

### **Alta del tratamiento.**

La OMS sugiere que los niños (de 6 a 59 meses de edad) pueden ser dados de alta del tratamiento cuando se recupere el peso.

## LOS 10 PASOS DE LA OMS

El tratamiento hospitalario de los niños malnutridos según la OMS se realiza en 10 pasos:



FUENTE: realizado por la autora como bibliografía tomada de (1)

### DESCRIPCIÓN DE LOS 10 PASOS DE LA OMS

#### 🚑 Paso 1 hipoglucemia

Si el niño está consciente y el resultado del Dextrostix muestra una glucemia  $< 3$  mmol/l o  $< 54$  mg/dl, administre:

- Un bolo de 50 ml de solución de glucosa o sacarosa al 10% (una cucharadita no rasada de azúcar en 3,5 cucharadas de agua) por vía oral o sonda nasogástrica (NG).

Si el niño está inconsciente, aletargado o tiene convulsiones, administre:

- 5 ml/kg de glucosa estéril al 10% por vía intravenosa (IV), seguidos de 50 ml de glucosa o sacarosa al 10% por sonda NG.

#### 🚑 Paso 2 hipotermias

Si la temperatura axilar es  $< 35,0$  °C, mida la temperatura rectal con un termómetro para bajas temperaturas. Si la temperatura rectal es  $< 35,5$  °C:

- Empiece a alimentar inmediatamente (o rehidrate si es necesario).
- Caliente al niño: puede vestirlo completamente (también la cabeza), cubrirlo con una manta caliente y colocar cerca una lámpara incandescente o un calentador, o colocar

al niño directamente sobre el pecho de la madre (piel contra piel) y cubrirlos a ambos.

### **Paso 3 deshidrataciones**

- Primero, 5 mg/kg de ReSoMal cada 30 minutos durante 2 horas, por vía oral o sonda NG.
- Después, 5-10 ml/kg/hora durante las siguientes 4 a 10 horas: la cantidad dependerá de la apetencia del niño y de las pérdidas en las heces y los vómitos. Si entonces el niño todavía está siendo rehidratado, administre el régimen F-75 en lugar de la solución ReSoMal a las 4, 6, 8 y 10 horas.

### **Paso 4 electrolitos**

- Suplementos de potasio, 3-4 mmol/kg/día.
- Suplementos de magnesio, 0,4-0,6 mmol/kg/día.
- Para la rehidratación use una solución con bajo contenido de Sodio (por ejemplo, ReSoMal). Prepare los alimentos sin sal.

### **Paso 5 antibióticos**

Si el niño no presenta complicaciones aparentes, administre:

- El sulfametoxazol trimetoprim suspensión, 5 ml por vía oral dos veces al día durante cinco días si el peso > 4 kg; o 2,5 ml dos veces al día durante cinco días si el peso < 4 kg (5 ml es equivalente a 40 mg TMP y 200 mg SMX).

Si hay síntomas que sugieran complicaciones (hipoglucemia, hipotermia, letargo), o para los bebés menores de seis meses de criterios para la atención hospitalaria:

- La ampicilina (50 mg / kg IM / IV cada seis horas) durante dos días, después amoxicilina (15 mg / kg por vía oral tres veces al día) durante cinco días.
- Gentamicina (7,5 mg / kg IM / IV) una vez al día durante siete días.

Si el niño no mejora dentro de las 48 horas:

- Añadir cloranfenicol (25 mg / kg IM / IV cada ocho horas) durante cinco días.

### **Paso 6 micronutrientes**

Administre: Vitamina A por vía oral el primer día (200 000 UI a niños mayores de 12 meses; 100 000 UI a niños de 6-12 meses, y 50 000 UI a niños de 0-5 meses), excepto si tiene constancia de que ya se le haya administrado una dosis el mes anterior.

Durante dos semanas o más, administre todos los días: Suplementos multivitamínicos; 1 mg/día de ácido fólico (5 mg el primer día); 2 mg/kg/día de zinc; 0,3 mg/kg/día de cobre; 3 mg/kg/día de hierro, sólo cuando empiece a aumentar de Peso.

#### **Paso 7 alimentación prudente**

- Tomas pequeñas pero frecuentes de un alimento de baja osmolaridad y pobre en lactosa.
- Alimentación por vía oral o NG (no utilizar nunca preparados parenterales). 100 kcal/kg/día ó 1-1,5 g de proteínas/kg/día, ó 130 ml/kg/día de líquido (100 ml/kg/día si el niño tiene edema grave).

#### **Paso 8 crecimientos**

- Durante la fase de rehabilitación se necesitan medidas alimentarias enérgicas para conseguir ingestas muy importantes y un rápido aumento de peso, > 10 g/kg/día. Se inicia con el régimen F-75 los 7 primeros días y luego con F-100.
- Se pueden administrar papillas o alimentos caseros modificados si tienen concentraciones comparables de calorías y proteínas.

#### **Paso 9 apoyo emocional**

- Atención afectuosa y solícita.
- Un entorno alegre y estimulante.
- Ludoterapia estructurada durante 15-30 min/día
- Actividad física tan pronto como lo permita el estado del niño.
- Participación de la madre cuando sea posible (por ejemplo, que consuele, alimente, bañe y juegue con el niño).

#### **Paso 10 seguimientos**

- Enseñe a los padres o cuidadores: a alimentar frecuentemente al niño con comidas ricas en calorías y nutrientes, a realizar una ludoterapia estructurada.

## **SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO (Z625)**

El maltrato infantil, conocido como Síndrome del niño maltratado, ha sido considerado desde 1999 por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública mundial.

Se denomina Síndrome de Niño Maltratado (SNM) a 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 según lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS). (9)

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”. (10)

Actualmente según la Constitución del Ecuador, 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”. (8)

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”.

(11)

Sin embargo, hay que considerar que el maltrato infantil va mucho más allá de la agresión física o psicológica, hay que tomar en cuenta que la negligencia como forma de maltrato puede ser una forma poco visible pero muy peligrosa, este hecho se define como omisión y/o descuido por las personas adultas que se hallen en cuidado con el 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 niños y niñas.



## EPIDEMIOLOGÍA

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.

En Latinoamérica 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, en los servicios sociales, policías. Etc. (3)

## FORMAS DE PRESENTACIÓN

-**Abuso físico (T741):** Es una lesión no accidental (puede ser desde moretones pequeños hasta fracturas graves o muerte) causada por puñetazos, golpizas, patadas, mordidas, sacudidas del cuerpo, tiradas, puñaladas, asfixias, golpes (con una mano, palo, cinturón u otro objeto), quemaduras o alguna otra manera de causar daño provocada por los padres o cualquier persona a cargo del niño.

- **Negligencia (T740):** Es la falta por parte de un padre, guardián u otro proveedor de cuidado de atender las necesidades básicas de un niño. La negligencia puede ser: (física, médica, educacional, emocional).

- **Abandono (T740):** Se define en algunos lugares como una forma de negligencia o descuido.

- **Violencia (R456):** Fuerza impetuosa, coacción ejercida sobre una persona o todas aquellas actuaciones de individuos o grupos que ocasione muerte a otras o lesiones a su integridad física o moral.

- **Abuso sexual (T742):** Uso indebido, excesivo o injusto que se ejerce sobre un ser que repele el acto, pero lo recibe por estar indefenso contra el que lo ejerce.

El maltrato también puede ser clasificado en intencional o no, y se considera intencional cuando existe premeditación y pleno conocimiento de causa por parte de quien lo ejecuta, y no intencional cuando el daño o lesión es producido por negligencia (12)

## **FACTORES DE RIESGO**

### ***-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 adicción. (2)

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

-***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 étnico.

### ***-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.

### **-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. Además, no existen signos patognomónicos ni excluyentes como elementos para el diagnóstico diferencial respecto a otras causas de violencia. En el examen físico del niño, es importante buscar, constatar o descartar la presencia de signos sugerentes de maltrato.

#### **-Maltrato físico (T741):**

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.

Se pueden observar contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, deformidad de la región; además pueden manifestarse como 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. En los casos de maltrato crónico, las lesiones descritas pueden coexistir con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o con secuelas neurológicas o sensoriales. (2)

#### **-Abuso sexual (T742):**

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.

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.

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.

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. (2)

#### **-Maltrato psicológico. (T743):**

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. (2)

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.

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. (2)

## **MALTRATO POR NEGLIGENCIA (T740):**

La palabra negligencia viene del vocablo en latín “negligencia” 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. (13)

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

**Negligencia física. (T740):** 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.

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.

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. (2)

**Negligencia educacional (T740):** 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.

**Negligencia seguridad (T740):** 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 los factores que le puedan causar daño.

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 desfavorable. (14)

### **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.

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

**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. (14)

**Niños de 1 a 4 años.** 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. (14)

**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. (14)

**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. 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.

## **VALORACIÓN CLÍNICA**

Se tomarán 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.

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. (4)

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

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

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

### **Situaciones condicionantes y desencadenantes de maltrato**

**-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.

**-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). (4)

### **Orientaciones para diagnóstico**

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

Cuando existen signos de maltrato físico, abandono, maltrato emocional y abuso sexual.

Cuando existe asociación con antecedentes o situaciones condicionantes y desencadenantes.

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.

### **Factores de orientación 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) (13)



## **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.

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 3 grupos: Padres o parientes, Familia, Comunidad.

## **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. (4)

**-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

## **EMBARAZO ADOLESCENTE (Z34)**

La adolescencia según la (OMS), es el período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años (10-15). Se divide en tres etapas, con características diferentes, con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo:

**Adolescencia temprana** (10-14 años)

**Adolescencia media** (15-16 años)

**Adolescencia tardía** (17-19 años)

La sexualidad, es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Incluye el sexo, identidades, papeles de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual. (15)

Actualmente, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita a la familia, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información acerca del tema a sus hijos e hijas; con el transcurso del tiempo, y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión en forma colectiva, extendiéndose con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades con la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes.

Las estadísticas de la década de 1950, en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros, constituyeron la principal preocupación de la educación sexual, y fueron la base para proporcionar información respecto de la sexualidad y el valor que ésta tiene ante la sociedad. Hacia 1960 hubo una nueva tendencia en la educación sexual, que fue considerada como la simiente para el desarrollo integral de la personalidad y el mejor establecimiento de las relaciones interpersonales. (15)

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos y psicológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además, de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. En ocasiones, se producen matrimonios apresurados que comúnmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos (15)

En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15-19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. En la última década la tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años es de 74% y en mayores de 15 años de 9%, siendo la tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador la más alta de la Región Andina, llegando a 100 por 1000 nacidos vivos. (15)

En esta etapa de la vida se considera a la adolescencia, como uno de los sectores de población con un elevado riesgo reproductivo. Se necesita encaminar mejor la educación sexual para lograr la prevención del embarazo en la adolescencia y así una correcta planificación familiar. Por estas razones se considera que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etario, garantizando un mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para la descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de la sexualidad asegurada.

### **Riesgos en el Embarazo Adolescente**

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años, que en mujeres de 20 años o más. (16)

Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. Algunos organismos internacionales como la UNICEF, señala que entre el 20 y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años y al llegar a los 20 años, del 30 al 67% han tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente, (15)

### **Consecuencias del Embarazo Adolescente**

#### ***-Consecuencias biológicas***

Además de las complicaciones ya mencionadas anteriormente, es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras. (16)

Aparte de las consecuencias biológicas existen otros elementos que se ven afectados en un embarazo en adolescente, como, por ejemplo, los aspectos emocionales, sociales y económicos. La noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebé, quién generalmente también es adolescente, en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos. La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, del significado que ese/a hijo/a tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse.

#### ***-Consecuencias psicosociales***

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En estos casos, lo ideal es

que sean atendidas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada. (16)

### **Medidas Preventivas para el Embarazo Adolescente**

Considerando el impacto de esta condición, es importante en primer lugar disminuir la incidencia del embarazo en este grupo poblacional, tomando medidas de prevención a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares. Estas campañas de prevención deben, además, promover entre los y las jóvenes una reflexión sincera e informada, que les permita descubrir sus miedos y sus deseos inconscientes y traerlos a la conciencia para poder trabajarlos desde la objetividad que les ofrece la información sobre sus consecuencias y riesgos. (16)

## **9. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.**

- Paciente que en el siglo XXI nace producto de primera gesta, padres adolescentes 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 de la cual empieza un seguimiento continuo.
- Paciente diagnosticada con desnutrición crónica más hidronefrosis izquierda a los 11 meses de edad confirmado con eco renal, sin un seguimiento ni manejo adecuado de patología y sin que se haya identificado factores de riesgo, de forma oportuna.
- La edad de la paciente y sus factores de riesgo socio-económico dificultan tener un diagnóstico preciso, con ello la toma de decisiones adecuadas.

## 10. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora
Cumplimiento de protocolos de manejo en el primer nivel de atención.	<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>
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>-Preparar de forma continua charlas de capacitación dirigida a toda la comunidad sobre lo importante que es el acudir a un establecimiento de salud tanto para el control prenatal 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>
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>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 primer nivel de atención de salud e impulsar mecanismos de integración funcional entre el I y el II nivel.</p>
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.

## 11. CONCLUSIONES

- La situación descrita en éste documento permite evidenciar una evolución en la definición del maltrato por negligencia que se tenía en el siglo XX, concluyendo que se trata de una incapacidad que tienen los padres o cuidadores de procurar al niño las condiciones físicas-sanitarias, nutricionales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, de desarrollo psicológico, social y educativas, que debería ser capaz de proporcionar, destacando claramente que sólo puede hablarse de negligencia, cuando la familia o quienes son responsables del niño, no le ofrecen los recursos de los que disponen
- Se concluye que no se realizó un manejo multidisciplinario para la niña del caso presentado, ya que es víctima de maltrato infantil y que tiene algunas patologías y por lo que debía ser evaluada por especialidades como: Neurología, Psicología, pediatría, nefrología, odontología, para recibir un tratamiento integral
- Se debería realizar una evaluación por trabajo social
- No se le realizó exámenes complementarios sobre su caso de hidronefrosis.
- Con el seguimiento en su hogar, se debería tener una mayor participación para el medico del barrio, ya que es el profesional que busca la conexión entre el paciente necesitado con el personal de salud más cercano para que colabore con su captación y asistencia.
- No hubo un manejo de la historia clínica adecuado tanto a nivel de centro de salud como en el hospital, ya que no se consignaron los datos que requería para dar un seguimiento adecuado al paciente
- Es un caso de manejo complejo que necesitaría seguimiento constante y no solo una ocasión en consulta externa, evaluando el bienestar de la niña.
- Conociendo que el primer año de vida es un pilar fundamental para el desarrollo neurológico del niño ya que en esta etapa es donde el aumento en peso y volumen del cerebro es de gran relevancia se necesitó tomar en cuenta un seguimiento por Neurología para que descarte una parálisis del crecimiento infantil posible
- Mediante este caso clínico se analizó la calidad diagnostica de desnutrición aguda y crónica en niños, en establecimientos de primer como segundo nivel de atención, encontrando todavía un déficit en la calidad de su seguimiento y pronta instauración del tratamiento, por lo que se recomienda continuar con la periódica capacitación del



personal de salud en el manejo de este grupo etario vulnerable, con la adecuada orientación de los lineamientos de desnutrición infantil según la OMS y sus curvas de crecimiento.

- La desnutrición infantil es muy común en países en vías de desarrollo y se ha demostrado que nuestro país no es la excepción mostrándose estadísticamente con un índice mayor en las comunidades indígenas principalmente en Cotopaxi, Bolívar y Chimborazo, las medidas que han tomado los responsables de la salud frente a esto no son las suficientes para reducir potencialmente esta situación
- Como vemos en el presente caso las medidas tomadas en cuanto al tratamiento, seguimiento y referencia oportunas de la paciente no fueron las adecuadas ya que hay deficiencias de comunicación con organizaciones jurídicas encargadas de velar el bienestar de niños y adolescentes y su seguimiento en hogares tomando en cuenta sus factores de riesgo, por tanto, falta mucho del personal de salud en tomar decisiones, y derivaciones oportunas a los organismos pertinentes
- Ningún niño está exento de sufrir algún tipo de maltrato y sus consecuencias, pero lo cierto es que depende de la familia y las diferentes instituciones, evitar su ocurrencia y secuelas en las distintas etapas del desarrollo del niño; el Sistema Nacional de Salud tiene como funciones: la promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y es obligación del cuerpo médico actuar de manera oportuna frente a una situación de maltrato infantil con notificación a las autoridades encargadas para que contribuyan a la vigilancia, apoyando al bienestar infantil y familiar.
- Médicos y enfermeras de Atención de Salud se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo.
- La desnutrición infantil produce riesgo vital, produce dificultades en el aprendizaje, lenguaje, raciocinio, y comportamentales por lo que hay que enfocarse en un tratamiento integral para la recuperación de la salud además de la introducción de antibióticos para las infecciones asociadas.
- Finalmente, ante la diversidad de estrategias utilizadas para la detección de casos de maltrato por negligencia, se hace importante insistir no solamente en la construcción

de sistemas objetivos alternativos de evaluación que permitan a los profesionales de la salud, educadores, líderes comunitarios, entre otros realizar el diagnóstico e intervención de este tipo de maltrato, sino también llevar a cabo una adecuada orientación a la superación de las barreras que no permiten la objetividad en su valoración, recurriendo continuamente a la capacitación en técnicas y herramientas para la recolección de información de manera rigurosa y neutral. De esta manera habrá mayor capacidad de ayuda a las menores víctimas de maltrato, contribuyendo a la mejora de la calidad integral del sistema de protección a la infancia y adolescencia.

- 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 el 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.
- La legislación vigente en nuestro país obliga a los profesionales de la salud, a denunciar cualquier sospecha de maltrato hacia un niño o niña. A partir de la denuncia, los organismos competentes de cada jurisdicción adoptan las medidas necesarias para verificar la ocurrencia y evaluar el riesgo. El trato violento hacia los niños siempre deja consecuencias en el psiquismo y cuanto más se prolongue en el tiempo, más graves serán esas consecuencias. La identificación temprana de los casos y el tratamiento apropiado puede restablecer el desarrollo psíquico y físico del niño, así como también abre la posibilidad de cortar la transmisión intergeneracional de la conducta violenta. Por ello es importante que el personal médico conozca las especificidades de esta problemática con el fin de detectar precozmente los casos y dar lugar a la intervención oportuna y adecuada.

## 12. 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, con un seguimiento adecuado evitando las complicaciones graves que puedan acarrear en un paciente pediátrico en su desarrollo físico, fisiológico, mental y social.
- Se destaca la necesidad de implementar la capacitación en los profesionales de enfermería, coordinación de los círculos de interés, la educación familiar, la educación en las escuelas y el trabajo del médico y enfermera de la familia en los círculos de adolescente, elementos esenciales para la prevención del embarazo en la adolescencia y evitar así secuelas que pueden constituir enfermedades incapacitantes
- Mantener una atención integral del menor, orientada a la evaluación permanente de su salud, estado psicológico, entorno familiar y condiciones en las que vive.
- Establecer, y cumplir con una hoja de ruta que nos permita de manera más clara, saber cómo debemos manejarnos cuando nos enfrentamos a un caso de maltrato infantil.
- Todo profesional está en la obligación de notificar sospecha maltrato infantil.
- Cumplir y respetar los derechos del niño que está estipulados en la constitución.
- Realizar un adecuado análisis de los pacientes basándonos en una historia clínica correcta, y llegar al diagnóstico, establecer el mejor tratamiento y rehabilitación; así como un control y seguimiento adecuado de pacientes.
- Tener un adecuado archivo de las historias clínicas para evitar eventos adversos relacionados con pérdidas de información.
- Mejorar el tratamiento multidisciplinario de los pacientes para realizar un tratamiento integral de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS LINKOGRAFÍA

1. ABUNDINEN K, GOMEZ A, FERGUSON A. PROCESO GESTION RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS. CONSTITUCION DEL ECUADOR. [Online].; 2017 [cited 2019 01 20. Available from:  
[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm21.p\\_lineamiento\\_tecnico\\_atencion\\_na\\_con\\_derechos\\_inobservados\\_amenazados\\_y\\_vulnerados\\_por\\_causa\\_de\\_la\\_violencia\\_v1.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm21.p_lineamiento_tecnico_atencion_na_con_derechos_inobservados_amenazados_y_vulnerados_por_causa_de_la_violencia_v1.pdf).
2. ACNUR U. DESNUTRICION INFANTIL. [Online].; 2018 [cited 2019 01 20. Available from: [http://recursos.eacnur.org/hubfs/Content/ACN\\_Desnutricion\\_infantil.pdf?utm\\_campa](http://recursos.eacnur.org/hubfs/Content/ACN_Desnutricion_infantil.pdf?utm_campa).
3. BLAZQUEZ M. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. [Online].; 2016 [cited 2019 01 21. Available from:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo\\_adolescente\\_2016.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2016.pdf).
4. CERVANTES R, CASTILLO R, FABARA C. REVISTA DE ESTADISTICAS Y METODOLOGIA. [Online].; 2018 [cited 2019 01 20. Available from:  
[http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Revista\\_Estadistica/Revista\\_Estadistica\\_Metodologia-Vol-4.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Revista_Estadistica/Revista_Estadistica_Metodologia-Vol-4.pdf).
5. CODIGODELANIÑEZYADOLESCENCIA. CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. [Online].; 2017 [cited 2019 01 20. Available from:  
[https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo\\_de\\_la\\_Ninez\\_y\\_Adolescencia.pdf](https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo_de_la_Ninez_y_Adolescencia.pdf).
6. DOMINGUEZ A, QUINTERO S, GUAJARDO L. El maltrato infantil desde la voz de la niñez. [Online].; 2016 [cited 2019 01 21. Available from:  
<https://www.redalyc.org/pdf/2631/263144153017.pdf>.
7. GAVIRIA A, CORREA L, OSORIO E, HEREDIA A. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. [Online].; 2018 [cited 2019 01 21. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>.

8. LANSFOR J. VIOLENCIA INFANTIL. [Online].; 2018 [cited 2019 01 21. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/recomendacion-33-violencia-infantil.pdf>.
9. MARTINEZ Y. MALTRATO INFANTIL POR NEGLIGENCIA. [Online].; 2016 [cited 2019 01 21. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi162n.pdf>.
10. MONTULL M, TORRALBA J. El maltrato infantil por negligencia o desatención conceptualización e intervención. [Online].; 2017 [cited 2019 01 21. Available from: [revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/download/./6809/](http://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/download/./6809/).
11. MORVILLE P. Conducto arterioso persistente en el recién nacido prematuro. [Online].; 2018 [cited 2019 01 29. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178917880628>.
12. ORGANIZACIONMUNDIALDELASALUD. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2018 [cited 2019 01 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
13. ORGANIZACIONMUNDIALDELASALUD. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2018 [cited 2019 01 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
14. PINZON J, SUESCUN J. Aspectos clave sobre el maltrato infantil. [Online].; 2016 [cited 2019 01 29. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/316441343\\_Aspectos\\_clave\\_sobre\\_el\\_maltrato\\_infantil](https://www.researchgate.net/publication/316441343_Aspectos_clave_sobre_el_maltrato_infantil).
15. RAMIREZ L, RAMIREZ M, BROOKS M. SCIELO.COM Síndrome del niño maltratado con repercusión psicosocial. [Online].; 2018 [cited 2019 01 20. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n5/san14225.pdf>.
16. UNICEF. [Online].; 2017 [cited 2019 01 20. Available from: <https://www.unicef.org/costarica/Innocenti-Violencia-2017.pdf>.
17. UNICEF. DESNUTRICION INFANTIL. [Online].; 2018 [cited 2019 01 20. Available from: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>.

18. VINUEZA M. Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas. [Online].; 2017 [cited 2019 01 21. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6313257.pdf>.

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA**

- ✚ **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](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/rev/t-10.html).
- ✚ **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](http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-29613-0_100328).
- ✚ **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=2s2.084878362011&origin=refflist&sort=plff&src=s&st1=child+abuse+by+neglect &nlo=&nlr=&nls>.