



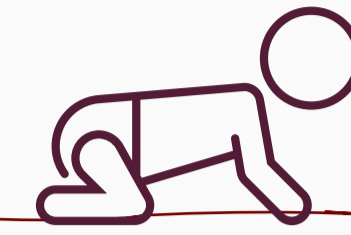
¿CONOCEMOS LA REALIDAD ACTUAL? ABRAMOS LOS OJOS

Navarro Felipe A^(A), Pareja León M^(B), Maestro Fernández R^(C), Martínez González M^(B), Marcilla Vázquez C^(B), González Fajardo N^(A).

(A) Médico interno residente de Pediatría del área del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

(B) Facultativo especialista de Pediatría del área del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

(C) Facultativo especialista de Pediatría de Atención Primaria en el área de Albacete



Introducción

La atención al niño en riesgo social supone, en muchas ocasiones, un reto para los pediatras debido a los diferentes factores que deben analizarse. Uno de los problemas más frecuentes con los que nos encontramos es el idioma. La barrera idiomática impide una adecuada comunicación, favoreciendo el incumplimiento de las normas y/o el seguimiento del paciente. Por otro lado, este seguimiento también se encuentra influenciado por las competencias parentales condicionadas por las costumbres o los recursos económicos, lo que condiciona que no acudan a las consultas o incluso, cambios frecuentes de domicilio familiar. Nuestra labor en este ámbito incluye realizar una valoración integral, conocer las diferentes culturas, hábitos y creencias, solventando aquellos que sean perjudiciales, e intentar coordinar ambas perspectivas y de esta forma, evitar choques culturales y aumentar la confianza.

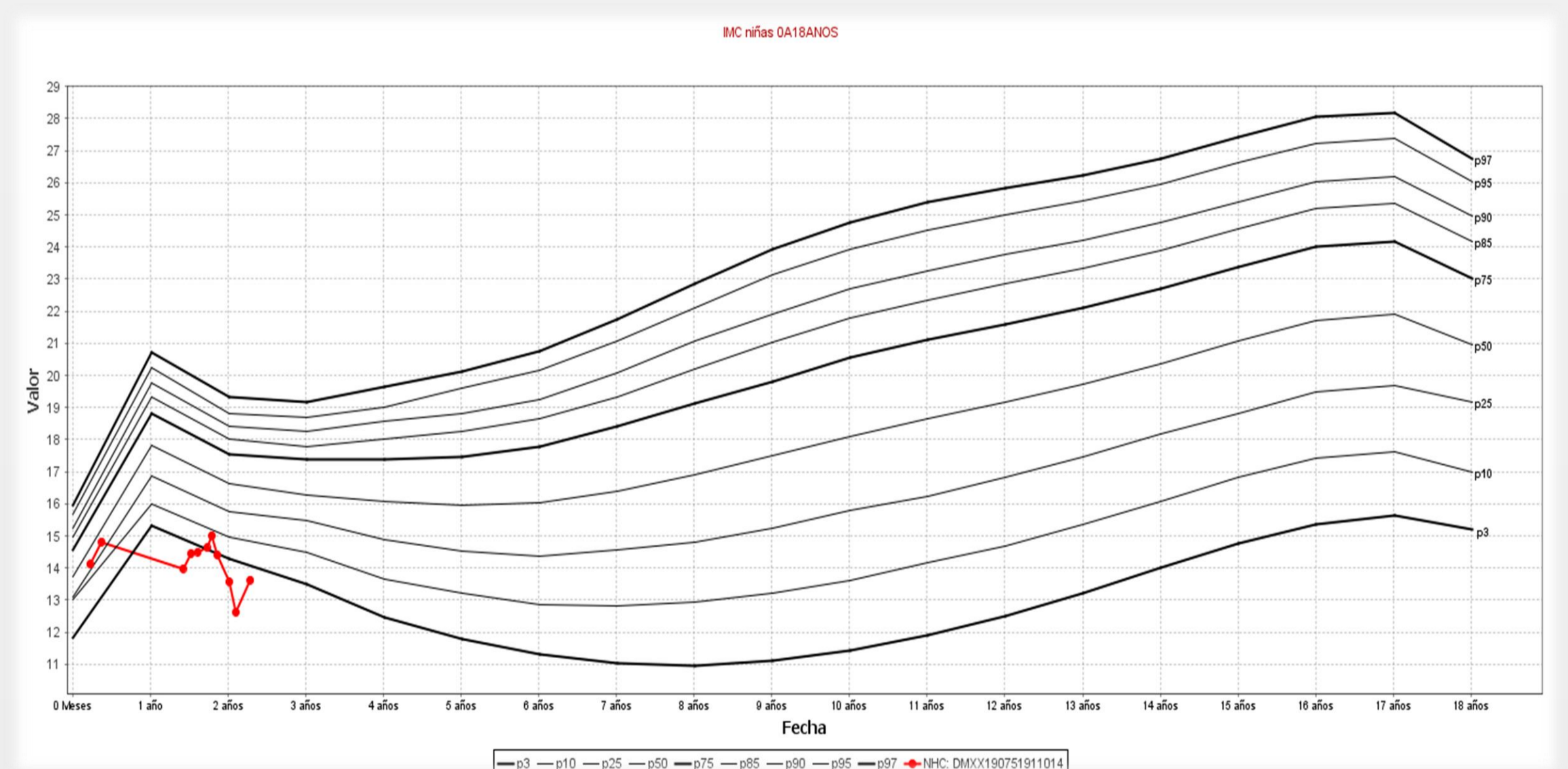


Caso clínico

Niña de 14 meses de edad en seguimiento por riesgo social y desnutrición. Como antecedentes personales, es una recién nacida a término de un embarazo no controlado, sin realización de las pruebas neonatales regladas, calendario vacunal incompleto sin presencialidad a las revisiones. Como antecedentes familiares, los padres proceden de Rumanía, en situación ilegal en España y con domicilio habitual en asentamiento chabolista denominado "Pulgosa". Se realiza su captación a los dos meses de edad gracias a la colaboración del servicio de Atención Primaria de Pediatría junto la ONG Médicos del Mundo. Durante su seguimiento, se realizan las revisiones correspondientes del niño sano y actualización el calendario vacunal. Un año después abandonan el asentamiento sin conocer el nuevo destino, y a su vuelta, se objetiva un empeoramiento nutricional, destacando un aspecto distrófico, escaso panículo adiposo, pelo ralo, retraso en el desarrollo motor con hipotonía en miembros inferiores que impide la bipedestación. Los familiares refieren que su alimentación principal es la lactancia materna con escasa ingesta del resto de alimentos. Debido a su evolución, se solicita valoración por equipo multidisciplinar hospitalario (Neuropediatría, Gastroenterología y Enfermedades infecciosas), realizando pruebas complementarias correspondientes para descartar patología grave asociada. El resultado de estas pruebas fue normal, y se decide inicio de fórmula polimérica. Para asegurar una adecuada continuidad en su seguimiento, se solicita transporte médico para realizar los traslados, junto con visitas al asentamiento. Se realiza un seguimiento estrecho por parte del servicio de Pediatría, ACAIM (ONG de apoyo al inmigrante) y Servicios Sociales, obteniendo una evolución clínica favorable con adecuada ganancia ponderal y mejoría del desarrollo neurológico.

Conclusiones

- ❖ La pobreza es un factor de riesgo que posiciona a los menores en mayor riesgo de sufrir daños. La negligencia física y nutricional son formas de maltrato infantil. A pesar de ello, la mayoría de los cuidadores no tienen intención de dañar a sus hijos, por lo que la atención debe centrarse en las circunstancias que rodean la presentación y el cuidado del niño.
- ❖ A pesar de los avances sanitarios que hemos experimentado en los últimos años, no debe desconcertarnos valorar a un niño con desnutrición debido al aumento de la inmigración, sobre todo chabolista, diferencias culturales y falta de recursos. Por ello, es importante conocer los condicionantes sociales como la pobreza, la inseguridad de la vivienda y la falta de cuidados junto una evaluación psicosocial, para realizar un diagnóstico diferencial y cuantificar el riesgo real para ese menor de padecer maltrato por negligencia.
- ❖ El trabajo interdisciplinar y colaborativo entre instituciones y activos comunitarios nos permitirán realizar una detección precoz de estos casos y activar los diferentes protocolos para una correcta intervención integral.
- ❖ Debemos promover la realización de una adecuada formación en el aspecto social de la pediatría, que nos permita estar actualizados y hablar con naturalidad sobre ello.



Bibliografía

1. Tornero Patricio S. Pediatría de atención primaria ante las desigualdades en salud y exclusión social. An Pediatr. 2021; 94 (4): 203-205. Disponible en: [Pediatría de atención primaria ante las desigualdades en salud y exclusión social | Anales de Pediatría \(analesdepediatria.org\)](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.03.014)
2. Sastre Paz M, Terol Claramonte M, Zoni AC, Esparza Olcina MJ, del Cura González MI. Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016; 18:203-8. Disponible en: [Revista de Pediatría de Atención Primaria - Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil \(pap.es\)](https://doi.org/10.1016/j.pap.2016.03.001)
3. Masvidal i Aliberch R, Canadell i Villaret D. Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10:3-15. Disponible en: [FAPap - Actualización-del-protocolo-de-atencion-a-las-ninas-y-ninos-inmigrantes-revision-2016](https://doi.org/10.1016/j.fapap.2017.03.001)
4. Font Ribera L, García Continente X, Davó Blanes MC, Ariza C, Díez E, García Calvente MM et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. Gac Sanit. 2014;28 (4):316-25. Disponible en: [El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España - PubMed \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1016/j.gacsan.2014.03.001)

