



Dñas y Niños Bien Desarrollados

Manual de Atención

Niñas y Niños Bien Desarrollados

Manual de Atención

**10 000 ejemplares
Primera edición junio 2002
ISBN 970-721-063-X
Derechos Reservados**

© 2002 Secretaría de Salud
Dirección General de Salud Reproductiva
Homero No. 213, 7º piso
Col. Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo
C. P. 11750 México, D. F.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
Francisco P. Miranda No. 177
Col. Merced Gómez
Delegación Álvaro Obregón
C. P. 01600 México, D. F.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

Directorio

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

Director General de Comunicación Social

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Director General

Dr. Miguel Ángel Nakamura López

Director de Coordinación, Programación y Supervisión

Dra. Miriam E. Veras Godoy

Directora de Políticas de Salud, Información y Evaluación

Lic. Gabriela Helguera García

Directora de Comunicación y Movilización Social

Dr. Juan Pablo Villa Barragán

Director de Desarrollo Humano y Participación Comunitaria

COMITÉ EDITORIAL

Coordinador Editorial

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Secretaría de Salud

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia

Dra. Martha Angélica García Avilés
Lic. Enf. María Teresa Tanguma Alvarado
Lic. Nutr. Verónica Pérez Zárate
Dr. Francisco Ceja Morales
Dra. Margarita Nava Frías
Dra. Miriam Esther Veras Godoy
Dr. Juan Pablo Villa Barragán
Lic. Gabriela Helguera García
Lic. Ana Verónica Torres Lehman
Lic. Lilia Jennifer Maldonado Vera
Dr. Miguel Angel Nakamura López
Dra. Silvia Hernández Peralta
Dr. César Misael Gómez Altamirano
Dra. Mayra Yaguat Castro

Centros Regionales de Capacitación

Dr. Heladio Verver y Vargas Ramírez. Zacatecas, México.
Dr. Enrique Rivas Merelles. Veracruz, México.
Dr. Alejandro Pimentel Domínguez. Veracruz, México.
Dr. Luis Fernando Pérez González. San Luis Potosí, México

Dirección General Adjunta de Epidemiología

Dr. Pablo Kuri Morales
Dr. Miguel Betancourt Cravioto
Dra. Liliana Martínez Peñafiel

Dirección General de Promoción de la Salud

Dr. Luis Rubén Durán Fontes
Lic. Carlos Esponda Velásquez
Dra. Amparo Mayoral Rivera
Lic. Yolanda Marín Palma

Dirección General de Salud Reproductiva

Dra. Lourdes Patricia Quintanilla Rodríguez
Dr. Ramiro Moreno Ponce
Biol. Laura Tapia Maruri
Dr. Gustavo A. von Schmeling Cano
Dr. José Antonio de Loera Briones
Dra. Luz Elena Cavich Alarcón
Dra. Ma. Elena Reyes Gutiérrez

Dr. Adrián Gabriel Delgado Lara
Dra. Alma R. Núñez Anguiano
Psic. Angelina García Vargas
Enf. Isabel Moreno Hernandez

Hospital de Cuautla “Dr. Mario Belaunzarán”

Dra. Ludmila Vite Torres

Dirección General de Asuntos Internacionales

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Melita Morales Téllez
Lic. Psic. Francisco Salvador Ruiz Gallardo
Dra. Angélica Palomares Trejo
Dr. Javier Cabral Soto
Dra. Celia Escandón Romero
Dra. Anabel Silva Batalla
Dra. Ma. de los Angeles Marcela Valverde

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Javier Dávila Torres
Dr. Gustavo Castillo Rosales
Lic. Nutr. Luz María Peña Pérez Negrón

Hospital Infantil de México “Federico Gómez”

Lic. Nut. Georgina Toussaint
Dra. Guadalupe Moguel Parra

Hospital del Niño Morelense

Dra. Vesta Richardson López Collada

Instituto Nacional de Pediatría

Dr. Jaime Alfaro Ramírez Mayans
Dra. Ma. del Carmen Sánchez Pérez

Instituto Nacional de Perinatología

Dr. René Humberto Barrera Reyes
Dr. Luis Alberto Fernández Carrocera

Asociación Mexicana de Pediatría

Dra. Amapola Adell Gras

Academia Mexicana de Pediatría

Dr. José Alberto García Aranda

Índice

Presentación	8
1. Objetivos	9
2. Marco referencial	9
A) Programa Nacional de Salud	9
B) Marco legal	10
3. Situación epidemiológica	11
4. Consideraciones fisiológicas	13
A) Sistema inmunológico	13
B) Constantes fisiológicas	13
C) Crecimiento y desarrollo	16
5. Atención Integrada	18
<i>Atención del motivo de consulta</i>	19
A) Consulta completa para enfermedades diarreicas	19
B) Consulta completa para enfermedad respiratoria aguda	27
C) Consulta completa para el menor de dos meses	38
<i>Vigilancia de la nutrición</i>	46
<i>Vigilancia de la vacunación</i>	57
<i>Estimulación temprana</i>	60
<i>Prevención y diagnóstico de defectos al nacimiento</i>	61
<i>Capacitación a la madre en nutrición, vacunación y estimulación temprana</i>	63
<i>Atención de la salud de la madre</i>	64
6. Prevención	66
7. Seguimiento de las actividades	68
8. Bibliografía	70

Presentación

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida tiene como objetivo fundamental apoyar para que las niñas y los niños tengan igualdad de oportunidades desde la etapa gestacional hasta los dos primeros años de vida, considerando que en este período se establecen los determinantes para un desarrollo pleno.

Este grupo poblacional es objeto de atención del Programa de Acción de Atención a la Salud de la Infancia, el cual busca elevar el impacto de las acciones, hacer más eficiente el uso de los recursos y mejorar la coordinación interinstitucional e intersectorial. El enfoque se orienta no al daño sino a la salud, por lo que el eje de las acciones a desarrollar es la **Atención Integrada**, que consiste en el conjunto de acciones que el personal de salud debe proporcionar a la persona, en este caso a la niña o niño menor de dos años, en cada asistencia a una unidad de salud, independientemente del motivo por el cual asista. Para efectos de este Manual, se consideran las causas más frecuentes: enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, vacunación y revisión del niño sano, con aspectos diferenciales para el menor de dos meses.

El compromiso con las niñas y los niños menores de dos años de edad es asegurar su sobrevivencia y contribuir a mejorar su calidad de vida, a través del desarrollo de sus potencialidades, con participación conjunta de los servicios de salud, la familia y la comunidad.

Este Manual contiene la información necesaria para que el personal de salud realice con calidad, las actividades relacionadas con la Atención Integrada del menor de dos años en el contexto de los Programas de Acción Arranque Parejo en la Vida y Atención a la Salud de la Infancia.

1. Objetivos

Proporcionar información al personal de salud, a fin de que disponga de la información técnica-metodológica para que, en las unidades de salud del primer nivel de atención:

- ▶ Realice los procedimientos de **Atención Integrada** en cada contacto con un menor de dos años
- ▶ Capacite a los responsables del cuidado de las niñas y niños, en las medidas de atención en el hogar y en la identificación de signos de alarma de las enfermedades más comunes en este grupo poblacional

2. Marco referencial

A) Programa Nacional de Salud

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 plantea los siguientes objetivos:

- ▶ Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
- ▶ Abatir las desigualdades en salud
- ▶ Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
- ▶ Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
- ▶ Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco instrumentales. Dentro de ellas se encuentra la de reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, bajo la cual se ubican los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con la nutrición insuficiente, las infecciones comunes y la reproducción. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva depende de la reducción de la misma. Sin embargo,

existe información que demuestra que aún en presencia de esta condición es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones altamente efectivas que tienen un costo razonable.

El rezago se concentra en determinados espacios geográficos, grupos socioeconómicos y grupos de edad, manifestándose fundamentalmente con diferencias en la magnitud y estructura de la morbilidad y mortalidad. El gran reto es disminuir esas diferencias, para lograrlo, el Gobierno Federal pone en marcha el Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, con la finalidad de garantizar a la población marginada de zonas rurales y urbanas, acceso efectivo a servicios básicos de salud para que cuenten con atención prenatal adecuada, nacimientos sin riesgos, y vigilancia estrecha de la salud de las niñas y niños durante los dos primeros años de vida.

B) Marco legal

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, se desarrollará con el respaldo de los siguientes ordenamientos legales:

- ▶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ▶ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- ▶ Ley General de Salud
- ▶ Ley de Planeación
- ▶ Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal
- ▶ Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- ▶ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
- ▶ Normas Oficiales Mexicanas

3. Situación epidemiológica

El estudio de la situación de salud de este grupo poblacional enfrenta la dificultad de que las estadísticas disponibles para causas de enfermedad y mortalidad corresponden a los grupos de menores de 1 año y de 1 a 4, por lo que se decidió considerar sólo al grupo de menores de 1 año, ya que son ellos los que presentan el mayor riesgo de enfermar o morir.

- Principales causas de enfermedad:

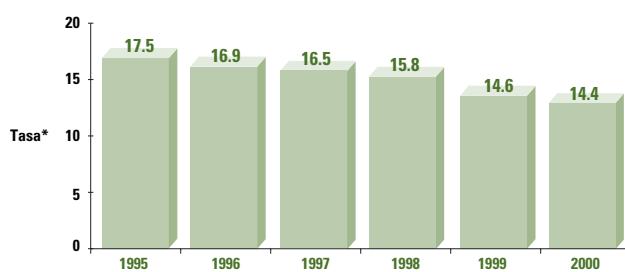
En su mayor parte, las enfermedades infecciosas son las que afectan la salud en esta etapa de la vida. Dadas las características de vulnerabilidad de los lactantes, el riesgo de que se presenten complicaciones por estos padecimientos es muy alto.

Hasta la semana epidemiológica 51 del 2001, las principales causas de enfermedad fueron las infecciones respiratorias agudas, seguidas de las enfermedades infecciosas intestinales y la desnutrición leve y moderada. Estas causas representan más del 97% de todos los casos que se reportaron para este grupo de edad. Las infecciones respiratorias agudas por sí solas contribuyen con el 80%.

- Mortalidad:

La mortalidad infantil es el indicador más utilizado para evaluar el estado salud de las poblaciones. En nuestro país, de 1995 al 2000 hubo una reducción de 17.7% con relación a la tasa cruda, lo que en números absolutos significa 9 402 defunciones menos (*Gráfica 1*).

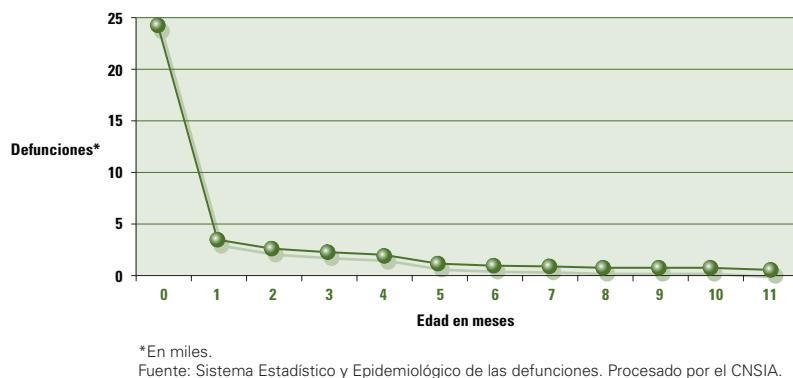
Gráfica 1
MORTALIDAD INFANTIL, E.U.M., 1995-2000



*Tasa por 1000 n.v.r. Fuente: Dirección General de Estadística e Informática/INEGI.

Las diez principales causas de mortalidad en los menores de un año durante el año 2000, son constantes en comparación con años previos. La principal causa son los padecimientos que se originan en el período perinatal, seguidos de las malformaciones congénitas, correspondiendo al 68.9% del total de las defunciones (*Gráfica 2*).

Gráfica 2
COMPOSICIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL
E.U.M., 2000



Una característica importante de la mortalidad infantil, es que su distribución al interior del grupo etáreo no es igual. El 62.7% de las defunciones se presentan en los menores de un mes, la proporción se reduce drásticamente para el mes de edad, en el que ocurrieron el 8.9% de las defunciones del año 2000.

En la actualidad, si bien las causas ambientales aún no se encuentran dentro de las principales causas de morbi-mortalidad infantil, está bien documentado que existen daños a la salud de los niños por riesgos ambientales tales como: exacerbaciones de crisis asmáticas y otros problemas respiratorios debido a la contaminación del aire tanto extradomiciliario como intradomiciliario (humo del tabaco y leña); daño neurológico asociado a presencia de altos niveles de plomo o exposición a pesticidas, éstos últimos asociados también a alteraciones endócrinas y cáncer.

Las fuentes de exposición más frecuentes para este grupo de edad son:

- ▶ Suelo
- ▶ Agua
- ▶ Alimentos
- ▶ Aire

4. Consideraciones fisiológicas

La maduración y evolución de las diferentes partes del cuerpo humano no se produce siempre en una forma armónica, no obstante se establecen márgenes que indican un crecimiento normal.

Los menores de dos meses de edad, tienen características especiales, que deben tomarse en cuenta para evaluar su estado de salud, condicionadas básicamente por la inmadurez fisiológica de los diferentes aparatos y sistemas, lo que los hace más susceptibles a enfermar o morir por infecciones bacterianas graves y problemas de salud resultado de alteraciones durante la gestación, el nacimiento y los primeros días de nacidos.

A) Sistema inmunológico

La respuesta inmunitaria del organismo ante ciertas infecciones por bacterias encapsuladas es muy diferente según la edad en que ocurra la infección: así, los menores de dos años con infección por *H. Influenzae* casi no producen anticuerpos específicos.

Asimismo, el sistema inmunológico del recién nacido es diferente al del lactante mayor porque además de que su memoria inmunológica aún no se ha visto expuesta al ambiente, no ha alcanzado la madurez total en:

- ▶ La capacidad de las barreras anatómicas de la piel y mucosas
- ▶ La respuesta inflamatoria aguda a la infección
- ▶ La respuesta leucocitaria a la infección, porque la reserva de Polimorfonucleares (PMN), es cinco a siete veces menor que en el adulto, y pueden agotarse rápidamente cuando la infección persiste o se complica

El neonato puede presentar pocos datos clínicos específicos al presentar un proceso infeccioso y durante su evaluación no identificarse oportunamente; estos niños pueden enfermar y morir en poco tiempo.

B) Constantes fisiológicas

La evaluación de los signos vitales es sumamente importante, ya que de ello depende la conducta a seguir. Para conseguir mejores resultados al tomar

los signos vitales, se recomienda primero valorar la frecuencia respiratoria, luego la frecuencia cardiaca y después la temperatura.

- Frecuencia respiratoria:

Los movimientos respiratorios son principalmente diafrágmáticos. Se debe contar por los movimientos abdominales, durante un minuto completo para mayor precisión. Comparar de acuerdo al grupo de edad con sus respectivos parámetros.

FRECUENCIA RESPIRATORIA NORMAL	
Edad	Frecuencia (respiraciones/min.)
< 2 meses	35-59
2 a 11 meses	25-49
1 a 4 años	20-39

Los parámetros respiratorios se modifican con el llanto y las emociones, por lo que el conteo deberá realizarse en reposo y en el regazo de la madre para obtener las mínimas variaciones, así como observar la zona tóracoabdominal totalmente descubierta, para su mejor visualización.

- Frecuencia cardiaca:

- ▶ En los lactantes menores, el pulso apical (escuchado con un estetoscopio apoyado a la altura donde se ubica la punta del corazón) es más fiable
- ▶ Tomar durante un minuto completo, por las posibles irregularidades del ritmo
- ▶ Puede modificarse, con la respiración, el llanto, miedo y el juego, sin ser patológico, por lo que debe tomarse en reposo y en el regazo de la madre

FRECUENCIA CARDIACA NORMAL	
Edad	Latidos por minuto*
	Reposo
Al nacer	100-160
1 semana a 24 meses	80-160

*Se incrementa 10% con cada grado de temperatura arriba de lo normal.

- Temperatura:

La medición puede realizarse en tres regiones: **axilar, rectal y oral** (especificar la vía por la que fue tomada). En los menores de dos años la toma de temperatura rectal es la que se prefiere y en todos los casos debe permanecer el termómetro durante un minuto. La temperatura normal de la niña y el niño es de 36.5 °C a 37.5 °C, dependiendo el lugar del cuerpo en que se tome. Entre 37.5 °C y 37.9 °C, se considera febrícula, y fiebre sería 38 °C o más. Una característica de los lactantes es su tendencia a experimentar elevaciones rápidas de la temperatura.

TEMPERATURA NORMAL	
Región	Temperatura en °C
Oral	37.0 °C
Rectal	37.5 °C
Axilar	36.5 °C

- Presión arterial:

Parámetro poco accesible de medir, porque no siempre se cuenta con el baumanómetro pediátrico y con los manguitos para las diferentes edades en todas las unidades de salud, de cualquier manera si se cuenta con él se debe tomar y determinar de acuerdo a la edad con el mango específico y cubriendo las dos terceras partes del antebrazo del niño.

PRESIÓN ARTERIAL NORMAL		
Edad	Niñas	Niños
	Sistólica/diastólica	Sistólica/diastólica
Recién nacido	65/55	73/53
1 a 3 meses	89/51	88/50
3 a 6 meses	91/53	90/53
1 año	91/54	90/56
2 años	90/56	91/56

C) Crecimiento y desarrollo

El crecimiento y desarrollo son aspectos que no pueden ser separados de modo tajante, por lo que se emplea la expresión crecimiento y desarrollo en un sentido unitario que abarca tanto la magnitud como la calidad de los cambios de maduración.

- **Parámetros:**

- ▶ **Crecimiento y desarrollo físico:** incluyen las modificaciones en el tamaño y función del organismo
- ▶ **Crecimiento y desarrollo intelectuales:** incluyen la maduración de la conducta y del sistema nervioso, los cuales son difíciles de diferenciar en la primera infancia
- ▶ **Crecimiento y desarrollo emocionales:** se refieren a la capacidad de las niñas y niños en establecer lazos afectivos eficaces con personas que para él tienen mayor significado

Estrechamente relacionados con el crecimiento y desarrollo emocionales, están los tipos de maduración social y cultural. El papel de la familia, la comunidad y el ambiente del que todos forman parte, resulta fundamental por lo que es importante identificar y evaluar riesgos potenciales para el desarrollo. Se han considerado indicadores que se relacionan con aspectos sociales, del medio ambiente, de la madre y del menor, que se pueden investigar a través de diversas fuentes a saber. Existen en la actualidad algunos indicadores comparativos para la evaluación del desarrollo y de los riesgos del mismo, que se señalan en el documento denominado **“Lineamientos Técnicos de la Estimulación Temprana”**.

Los indicadores de crecimiento que se deben evaluar en el menor de dos años, son: peso, talla y perímetro cefálico.

PARÁMETRO	OBSERVACIONES Y CARACTERÍSTICAS
Peso	<p>Recién nacido: el recién nacido no debe perder más del 10% de su peso en los primeros 5 días.</p> <p>Lactante: el lactante debe ganar 750 gramos por mes durante los primeros 3 ó 4 meses y al año lo ha triplicado.</p>
Talla o longitud	<p>Es el mejor parámetro del crecimiento del esqueleto.</p> <p>A los 12 meses de vida: mide un 50% más de lo que medía al nacer.</p> <p>Durante los dos primeros años de vida: se debe medir este parámetro considerando longitud y no altura, lo ideal es utilizar el infantómetro.</p>
Perímetrocefálico	<p>Debe medirse rutinariamente hasta los 36 meses de edad.</p> <p>Crece rápidamente en los primeros meses de la vida, para después hacerlo progresivamente, más lento, hasta llegar a la etapa adulta.</p> <p>Al nacer: mide en promedio 34 cm.</p> <p>A los seis meses: mide unos 43 cm. Durante el primer semestre de la vida crece a un ritmo promedio de 1.5 cm. por mes.</p> <p>Al año de edad: mide 46 ó 47 cm. Durante el segundo semestre de la vida aumenta 3 a 4 cm.</p> <p>A los dos años de edad: alrededor de 49 cm. Durante el segundo año de vida crece otros 3 cm.</p> <p>La fontanela mayor se cierra alrededor de los dos años de edad.</p> <p>Si aumenta rápidamente, se sospechará de inmediato la presencia de hidrocefalia o un hematoma subdural, el crecimiento lento o nulo puede señalar que existe algún daño cerebral.</p>

Fuente: Tablas de peso y talla de la NOM-031-SSA-1999.

5. Atención Integrada

Atención Integrada es el conjunto de acciones que proporciona el personal de salud al menor de dos años, en cada asistencia a una unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta.

El total de acciones de la atención integrada se agrupa en 7 componentes básicos (*ver modelo*).

LO MÁS IMPORTANTE EN EL MOMENTO EN QUE UN MENOR ES LLEVADO A LA UNIDAD DE SALUD, ES EVITAR OPORTUNIDADES PERDIDAS, AL OFRECERLE UN CONJUNTO DE ACCIONES QUE PERMITAN SU ATENCIÓN INTEGRADA.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA

I. Atención del motivo de la consulta



II. Vigilancia de la nutrición

III. Vigilancia de la vacunación

IV. Estimulación temprana

V. Prevención y diagnóstico de defectos al nacimiento

VI. Capacitación a la madre en nutrición, vacunación, estimulación temprana

VII. Atención a la salud de la madre

ATENCIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Para que se realice la atención del motivo de la consulta, se debe de otorgar una consulta completa, que comprende 5 actividades básicas. En los siguientes apartados se desarrolla este concepto para las enfermedades más frecuentes de los menores de dos años.

A) Consulta completa para enfermedades diarreicas

La enfermedad diarreica aguda, se caracteriza por la presencia de tres o más evacuaciones anormalmente blandas, líquidas en 24 horas por menos de dos semanas.

Los agentes infecciosos que causan diarrea, generalmente se transmiten por vía fecal-oral.

Factores predisponentes:

- ▶ Higiene personal deficiente (lavado de manos)
- ▶ Desnutrición y prácticas inapropiadas de lactancia materna
- ▶ Bajo peso al nacimiento
- ▶ Esquema de vacunación incompleto
- ▶ Falta de capacitación de la madre para la higiene familiar
- ▶ Contaminación fecal del agua y alimentos
- ▶ Deficiencia de vitamina "A"

- Identificación de los factores de mal pronóstico:

Los factores de mal pronóstico son variables biológicas y sociales que permiten orientar el plan de tratamiento, porque su presencia aumenta la probabilidad de que el niño muera si no se le da un seguimiento especial.

Para las niñas y niños mayores de 2 meses de edad son los mismos, independientemente de la patología por la cual acude a demandar servicio, para el caso de la población menor de dos meses existen variantes, consideradas en el apartado desarrollado especialmente para este grupo de edad.

Los factores de mal pronóstico son:

- ▶ Madre analfabeta o menor de 17 años
- ▶ Muerte de un menor de cinco años en la familia
- ▶ Menor de dos meses
- ▶ Menor de un año con antecedente de bajo peso al nacer
- ▶ Desnutrición moderada o grave
- ▶ Infecciones persistentes
- ▶ Dificultad para regresar a consulta en caso de agravamiento

- Evaluación clínica y clasificación:

Lo primero que se tiene que hacer es reconocer en el niño uno o más de los siguientes signos, que indican la presencia de complicaciones:

- ▶ No puede beber o amamantarse
- ▶ Vomita todo
- ▶ Tiene convulsiones
- ▶ Está letárgico o inconsciente
- ▶ Muestra ausencia o disminución de los ruidos intestinales

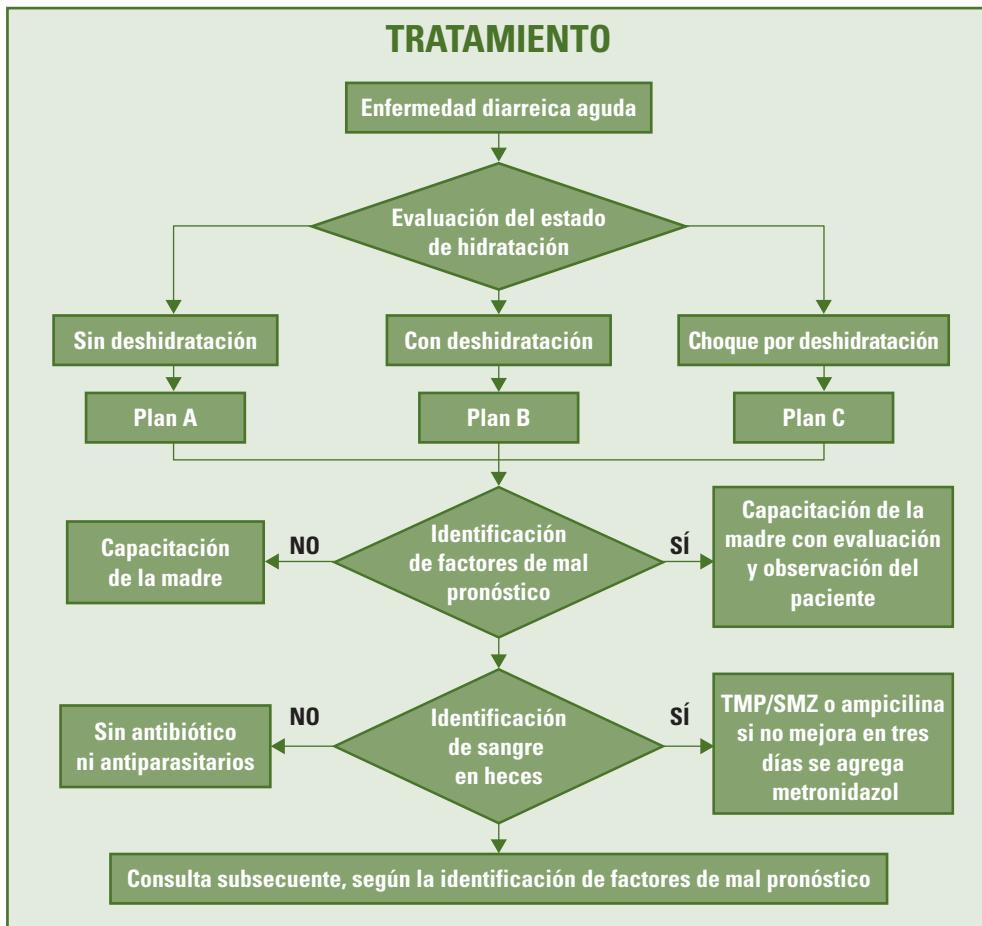
En caso de identificarse uno o más de estos signos, deberá enviarse al niño(a), lo más rápidamente posible, a un hospital. Durante el traslado administrar Vida Suero Oral (VSO) por vía bucal o por gastroclisis; o líquidos intravenosos, como se indica más adelante.

La evaluación del menor de dos años debe implicar una exploración física completa que comprende:

- ▶ **Aspecto General:** estado de alerta, actividad, llanto, postura, identidad
- ▶ **Piel y mucosas:** temperatura, coloración: icterica, pálida; hidratación, turgencia, consistencia, lesiones o erupciones, tipo y distribución de éstas
- ▶ **Cabeza:** perímetrocefálico en su circunferencia occípito-frontal, observar fontanelas, abombamientos o depresión de las mismas, presencia de exostosis o hundimientos, simetría facial
- ▶ **Ojos:** fijación visual, presencia o ausencia de infecciones, reflejos pupilares, tono ocular, lagrimo, presencia de opacidades en córnea o cristalino
- ▶ **Oídos:** pabellones auriculares: tamaño, forma, simetría, implantación, permeabilidad del conducto auditivo, presencia de apéndices o focetas preauriculares. Exploración de la membrana timpánica si se cuenta con otoscopio
- ▶ **Nariz:** permeabilidad de fosas nasales, presencia o ausencia de secreciones nasales, depresión del puente nasal, coloración de la mucosa
- ▶ **Boca:** hidratación, brote dentario, sialorrea o presencia de caries, tamaño y características de las amígdalas y adenoides, integridad del paladar, macroglosia, datos de infecciones: petequias en el paladar, vesículas en el mismo, placas blanquecinas en carrillos, paladar y amígdalas, retracción de la mandíbula
- ▶ **Cuello:** movilidad, presencia de tumoraciones, tamaño de tiroides, adenomegalias
- ▶ **Tórax:** forma, simetría, frecuencia respiratoria, presencia de retracciones, auscultación del área cardiaca, areolas mamarias presentes y coloración de las mismas
- ▶ **Cardiovascular:** frecuencia y ritmo cardíaco, cianosis, pulsaciones palpables o visibles a nivel de precordio, pulsos amplios o ausentes, presencia de soplos y características de los mismos y medición de presión arterial
- ▶ **Abdomen:** forma, volumen, peristaltismo intestinal, visceromegalias, integridad de pared abdominal, (onfalocele, hernias umbilicales), cicatriz umbilical, palpación de masas tumorales
- ▶ **Ombligo:** cuando se tenga todavía el muñón umbilical: coloración, temperatura; presencia de hernia umbilical
- ▶ **Genitales:** anomalías y características, tamaño, presencia testicular, coloración de bolsas y surcos escrotales; y clitoris, secreción vaginal
- ▶ **Columna:** integridad y continuidad
- ▶ **Extremidades:** ausencia de las mismas, integridad, simetría de pliegues, movilidad, deformaciones, alteraciones como pie equino varo, pie plano, valoración de cadera, tono muscular, reflejos
- ▶ **Columna vertebral:** integridad, espina bífida abierta, presencia de nevos pilosos o de tumoraciones

EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DEL PACIENTE

Observe:	Signos		
Estado General	Alerta	Inquieto o irritable	Inconsciente o hipotónico
Ojos	Normal	Hundidos, sin lágrimas	
Boca y lengua	Húmedas	Secas, saliva espesa	
Respiración	Normal	Rápida	
Sed	Normal	Aumentada, bebe con avidez	No puede beber
Explore:			
Elasticidad de la piel	Normal	Mayor o igual a 2 seg.	Débil o ausente
Pulso	Normal	Rápido	Mayor de 5 segundos
Llenado capilar	a 2 seg.	3 a 5 segundos	
Fontanelas (lactantes)	Normal	Hundida	
Clasifique:			
Estado de hidratación	Sin deshidratación	Con deshidratación si presenta 2 ó más signos	Choque hipovolémico si presenta 2 ó más signos
Trate:	PLAN A	PLAN B	PLAN C



PLAN A

Pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación

(Menos de dos signos de deshidratación)

- ▶ Continuar la **Alimentación habitual**
- ▶ **Bebidas abundantes:** Aumentar la ingesta de los líquidos de uso regular así como "**Vida Suero Oral**": Ofrecer media taza (75 ml) a menores de un año y una entera (150 ml) a mayores de un año, después de cada evacuación, a cucharadas o mediante sorbos pequeños
- ▶ Capacitar a la madre para reconocer los signos de deshidratación y otros de alarma con objeto de que solicite **Consulta médica inmediata**

PLAN B

Pacientes con diarrea y deshidratación

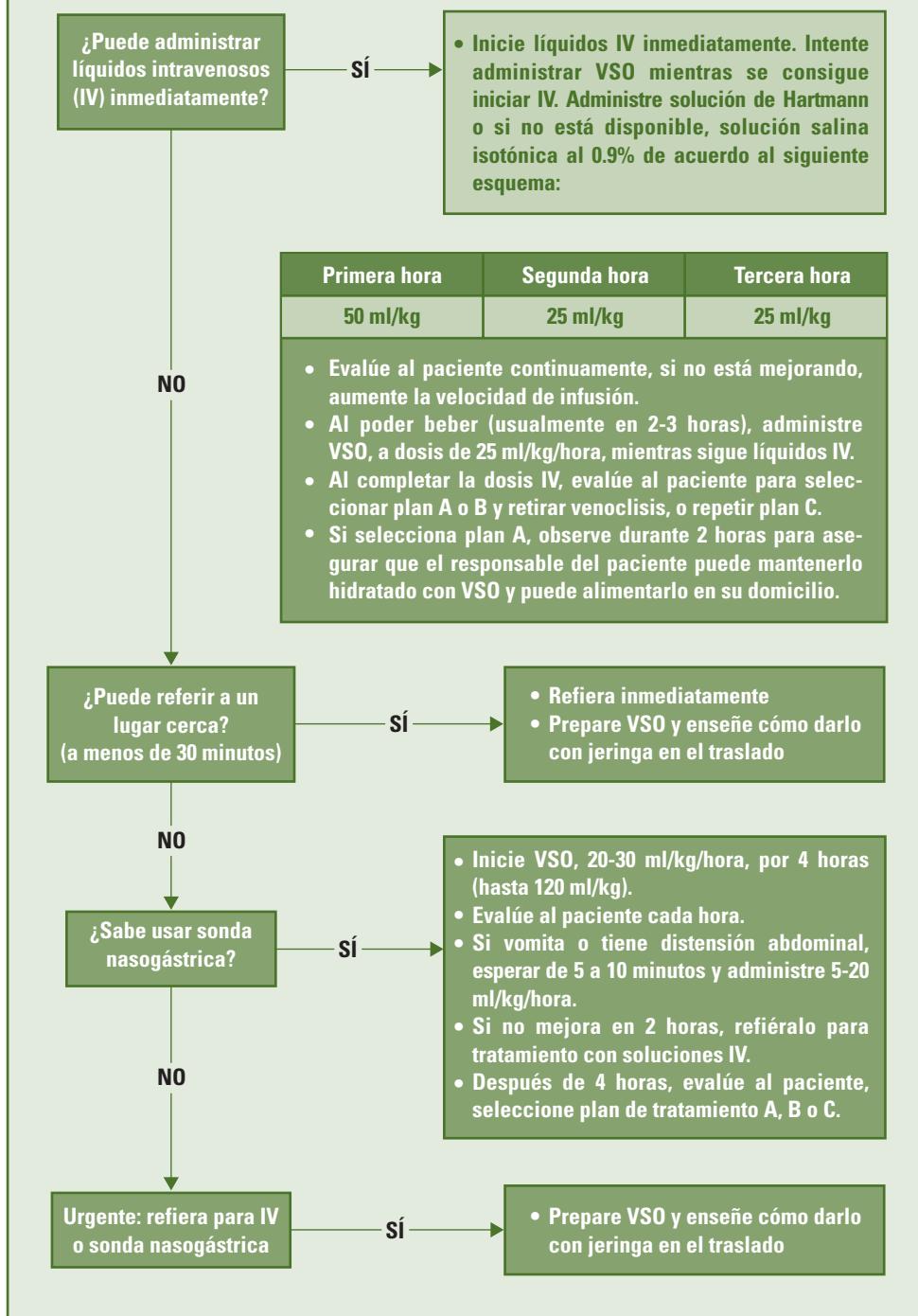
(Con dos o más signos de deshidratación)

- ▶ Ministrar 100 ml por kilo de peso, de **Vida Suero Oral**, durante cuatro horas; dosis fraccionada, cada 30 minutos
- ▶ Si el paciente presenta vómito, esperar 10 minutos e intentar otra vez la hidratación oral, mas lentamente. Siempre administrar el suero oral con cuchara o jeringa
- ▶ Al mejorar el estado de hidratación, pasar al **Plan "A"**. En caso contrario, repetir el **Plan "B"** por otras cuatro horas, o pasar al **Plan "C"**
- ▶ Si los vómitos persisten, existe rechazo al suero oral, o gasto fecal elevado (más de 10 g/kg/hr o más de tres evacuaciones por hora), se hidratará con sonda nasogástrica, a razón de 20-30 ml/kg/hr.

PLAN C

PACIENTES CON ESTADO DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO A CAUSA DE DESHIDRATACIÓN POR DIARREA

(Tratamiento del choque hipovolémico)



- **Antimicrobianos:**

Los antimicrobianos y antiparasitarios sólo están indicados en casos de diarrea por: *Shigella sp*, *Vibrio cholerae*, *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*.

La presencia de sangre fresca en las evacuaciones, fiebre elevada y mal estado general sugieren disentería. En estos casos se recomienda, como primera elección, el trimetoprim con sulfametoazol. Es conveniente revisar nuevamente al paciente en tres días, si persiste la disentería, se agregará metronidazol al tratamiento, por la sospecha de que pueda tratarse de *Entamoeba histolytica*. (Consultar NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño).

- **Control de la fiebre:**

Cuando un enfermo presenta fiebre, es conveniente utilizar medios físicos para su control: hidratarlo, mantenerlo con ropa ligera y de ser necesario, darle un baño con agua tibia. Puede emplearse acetaminofén en dosis de 10-15mg/Kg/dosis en niños recién nacidos a cuatro años, repartidos cada cuatro a seis horas, sin pasar de cinco en 24 horas.

Capacitación a la madre

Los principios de atención y prevención más importantes que la madre debe conocer, son:

- La diarrea es un mecanismo de defensa del organismo ante la enfermedad producida por un agente agresor, la mayoría de las veces infeccioso, que produce evacuaciones líquidas, o disminuidas de consistencia, en número mayor al patrón habitual del niño(a), en general más de tres en 24 horas
- Las evacuaciones líquidas y no muy abundantes, en número de cinco a siete, en un niño(a) de una semana a dos meses de edad, alimentado del pecho materno, no constituyen diarrea
- La complicación más frecuentemente producida por la diarrea es la **deshidratación**. Ésta se puede prevenir o tratar, en su caso, mediante la Terapia de Hidratación Oral (THO) que consiste en beber líquidos en abundancia y **Vida Suero Oral**

- En los niños con diarrea **no se debe suspender** la alimentación. Ésta debe mantenerse de la manera habitual y en su caso tomando el pecho materno
- Cuando el niño(a) cure de la diarrea, necesita tomar una comida más al día, hasta recuperar el peso que tenía antes de enfermar
- La atención efectiva del niño(a) con diarrea en el hogar deberá incluir tres componentes: continuar la **Alimentación** habitual, ofrecer **Bebidas** abundantes y Vida Suero Oral con taza y a cucharadas; y, si no mejora llevarlo a **Consulta médica**
- Regresar al servicio de salud si el niño no mejora en tres días, o antes, si presenta algún signo de alarma
- No administrar medicamentos contra la diarrea, ya que es un padecimiento que por lo general se autolimita en tres a cinco días
- Conocer y realizar las prácticas de la higiene en el hogar

SIGNOS DE ALARMA

- Sed intensa
- Poca ingesta de líquidos y alimentos
- Heces líquidas y numerosas (más de tres por hora)
- Persistencia de fiebre por más de tres días
- Vómitos frecuentes (más de tres por hora)
- Sangre en las evacuaciones

Seguimiento de los casos

Una vez hidratado el niño(a), capacitada la madre, evaluado el estado de nutrición y completa la aplicación del esquema básico de vacunación en caso de ser necesario, será enviado a su domicilio previa concertación de una cita para evaluación en 72 horas, o antes, si ella advierte alguno de los signos de alarma por enfermedades diarreicas.

En caso de que el personal de salud haya identificado factores de mal pronóstico, además de la capacitación de la madre, es conveniente valorar al niño cada 24 horas, o mantenerlo en observación en la unidad de salud, si tiene dificultad de acceso a los servicios de salud.

B) Consulta completa para enfermedad respiratoria aguda:

Las condiciones ambientales, las condicionantes deficitarias de la vivienda, el estado nutricio, el esquema de vacunación incompleto y la atención médica deficiente, son algunos factores relacionados con la presencia de enfermedades respiratorias, destacan en este rubro las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), cuya duración no excede los 15 días y algunos padecimientos que se manifiestan a través de la presencia de sibilancias, como el asma.

- Infecciones respiratorias agudas:

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), se definen como el conjunto de padecimientos que afectan el aparato respiratorio, con duración de 15 días, por lo general son autolimitados y se caracterizan por la presencia de tos, obstrucción y/o secreción nasal, dolor o enrojecimiento de garganta, ronquera, dolor o secreción de oído y/o dificultad para respirar.

Se considera que más del 90% de los casos de IRA son de etiología viral, particularmente las del aparato respiratorio superior. En las infecciones del aparato respiratorio inferior, los virus también son los más frecuentes (60-70%), sin embargo, un porcentaje elevado (30-40%) es de etiología bacteriana, lo cual justifica un tratamiento con antibiótico en estos casos.

Factores predisponentes

Actualmente se han identificado factores ambientales e individuales, que aumentan la posibilidad de que los niños enfermen o presenten complicaciones de una IRA.

FACTORES PREDISPONENTES	
Ambientales	Individuales
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición intradomiciliaria a contaminantes ambientales • Hacinamiento • Clima 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Bajo peso al nacimiento • Ausencia de lactancia materna • Desnutrición. Infecciones previas • Esquema de vacunación incompleto • Carencia de vitamina "A"

Identificación de factores de mal pronóstico

Se procederá a identificar los mencionados en el apartado de enfermedades diarreicas. Adicionalmente, los niños menores de dos meses pueden enfermar y morir con más rapidez por infecciones bacterianas, son menos propensos a toser cuando tienen neumonía y con frecuencia sólo muestran signos inespecíficos tales como dejar de comer, fiebre o hipotermia. Estos niños son inmaduros inmunológicamente, es decir, que su capacidad de reaccionar ante las infecciones es menor, por lo que fácilmente se pueden agravar. La presencia de neumonía en estos niños, requiere hospitalización inmediata.

Las niñas y los niños con desnutrición grave que presenten tos o dificultad para respirar, deben hospitalizarse inmediatamente.

Evaluación clínica y clasificación

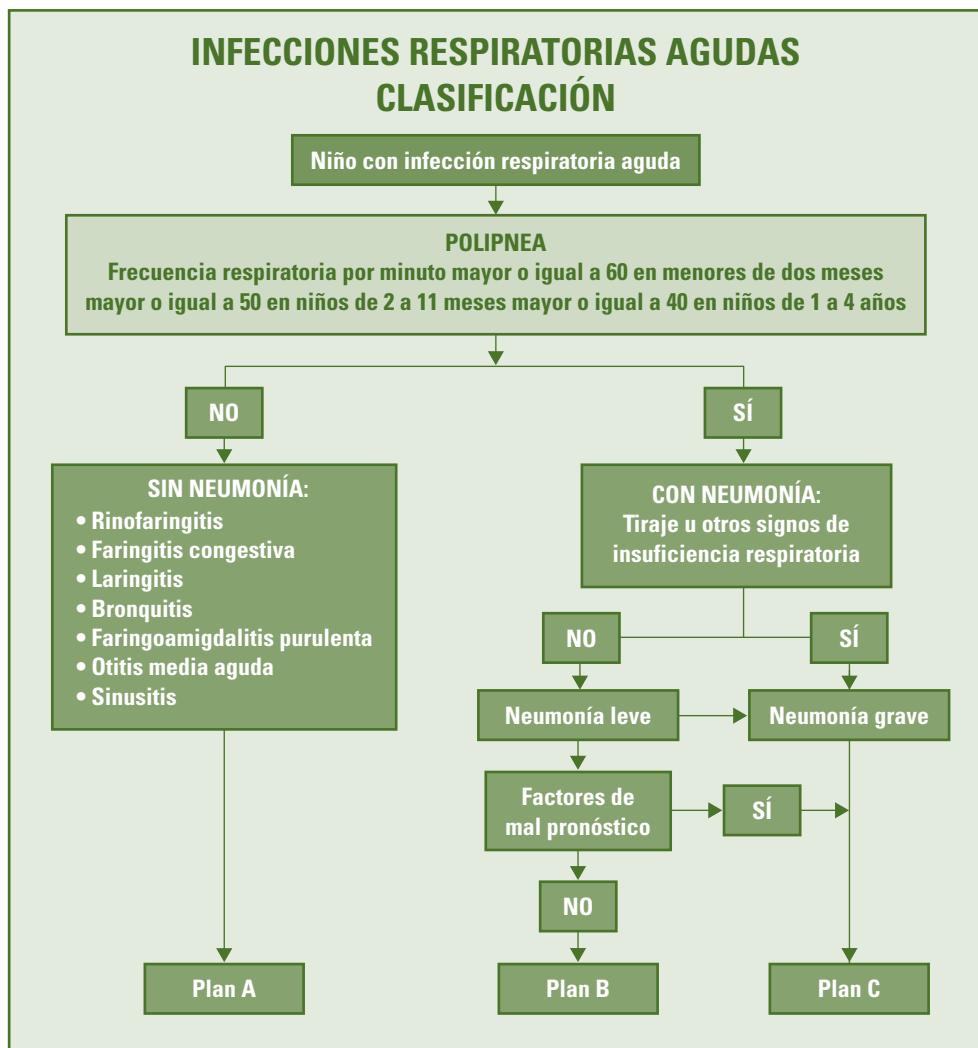
Evaluación: el interrogatorio y la inspección deben orientarse intencionadamente para identificar, en primer lugar, la presencia o no de **neumonía** y, en forma secundaria la otitis media aguda, faringoamigdalitis purulenta, u otra entidad de etiología bacteriana. En caso de no detectar alguno de estos padecimientos, se diagnosticará rinofaringitis o faringitis viral.

La **polipnea** es el signo que predice más tempranamente la neumonía.

El criterio para considerar **polipnea o taquipnea**, de acuerdo con la edad, es el siguiente:

Edad	Polipnea
< 2 meses	60 ó más respiraciones por minuto
2-11 meses	50 ó más respiraciones por minuto
1 a 4 años	40 ó más respiraciones por minuto

El riesgo de morir por **neumonía** es mayor cuando, además de la polipnea, se agregan tiros intercostales, o disociación tóraco-abdominal (**tiraje**), o algunos de los siguientes signos de gravedad, que traducen alteraciones de la perfusión como consecuencia de la severidad en la insuficiencia respiratoria: rechazo a la ingesta (en el menor de dos meses se identifica por lactar menos de la mitad y, en el de dos meses a cuatro años, por la imposibilidad para beber), somnolencia, convulsiones, cianosis, tiros, sibilancias, estridor en reposo y fiebre o hipotermia en el menor de dos meses.



Aunque son poco frecuentes, debe tenerse en mente la posibilidad de mastoiditis o absceso faríngeo, en cuyo caso deberán ser referidos inmediatamente al hospital.

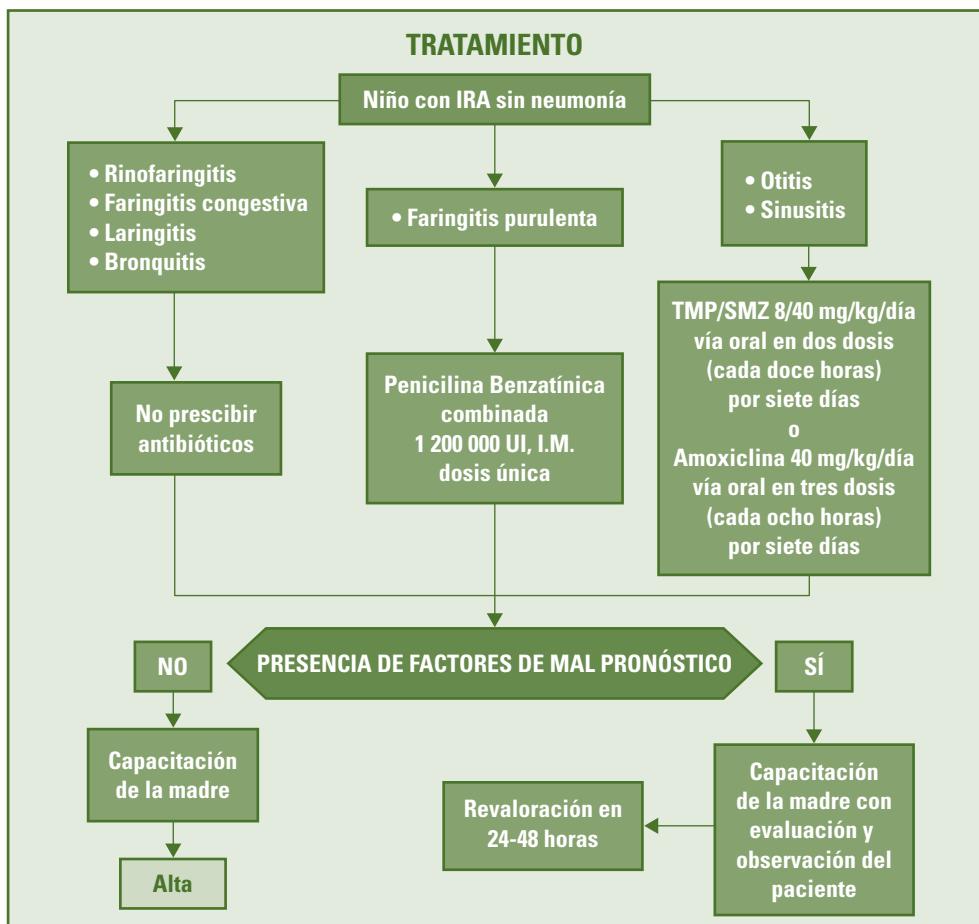
Tratamiento

Para la atención de las IRA, se cuenta con tres planes generales:

- **Plan A:** Niños sin neumonía
- **Plan B:** Neumonía leve, sin factores de mal pronóstico
- **Plan C:** Neumonía grave o neumonía leve con factores de mal pronóstico

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS IRA QUE NO SON NEUMONÍA

Faringitis congestiva	Otitis media aguda
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor faríngeo • Vesículas o ulceraciones • Enrojecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Otalgia • Tímpano abombado
Sinusitis	Laringitis
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor facial o cefalea • Rinorrea mucopurulenta • Fiebre > cuatro días o reaparición después de cuatro días • Descarga retronasal • Tos por más de 2 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfonía • Estridor laríngeo
Rinofaringitis	Bronquitis
<ul style="list-style-type: none"> • Estornudos • Rinorrea • Obstrucción nasal • Hiperemia faríngea • Dolor faríngeo 	<ul style="list-style-type: none"> • Estertores bronquiales • Tos productiva
Faringoamigdalitis purulenta	
	<ul style="list-style-type: none"> • Exudado faríngeo • Dolor faríngeo • Adenopatía cervical • Ausencia de rinorrea • Fiebre • Petequias en paladar



PLAN A

Infecciones respiratorias agudas

(Tratamiento de niños/as in neumonía)

- *Medidas Generales:*

- ▶ Incrementar ingesta de líquidos
- ▶ Mantener la alimentación habitual
- ▶ No suspender la lactancia al seno materno
- ▶ Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo, con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas
- ▶ Control del dolor, la fiebre y el malestar general, con: Acetaminofén 10-15 mg/Kg/dosis por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas
- ▶ No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año
- ▶ No utilizar jarabes o antihistamínicos
- ▶ Si existen factores de mal pronóstico, revalorar en 48 hrs
- ▶ Explicar a la madre por qué la tos es un mecanismo de defensa, que se debe favorecer
- ▶ Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes
- ▶ Evaluar el estado nutricional, registrar peso y talla en la Cartilla Nacional de Vacunación

- *Antibiótico:*

- ▶ Consultar el algoritmo: Infecciones Respiratorias Agudas. Tratamiento de niños sin neumonía

- *Posición:*

- ▶ Es importante mantener al paciente en posición de semisentado y con la cabeza semi-extendida (no extender ni flexionar en neonatos), favoreciendo el drenaje postural
- ▶ Percusión torácica para favorecer la eliminación de secreciones

PLAN B
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
TRATAMIENTO DE NEUMONÍA LEVE, SIN FACTORES
DE MAL PRONÓSTICO.

Tratamiento ambulatorio (no hospitalizar)

► **Antibiótico:**

Amoxicilinina, 40mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante 7 días, vía oral o Trimetroprim 8-10mg/kg/día, con sulfametoxazol 40-50mg/kg/día, dividido en dos tomas, cada 12 horas (*siete días, vía oral*)

► **Incrementar** ingesta de líquidos

► **Alimentación habitual**, pero en pequeñas fracciones, más veces al día

► **Control de la fiebre:** acetaminofén 60 mg/kg/día, vía oral dividido en cuatro a seis tomas

► **Aseo nasal** con solución salina

► **En caso de sibilancias:** salbutamol jarabe 0.2- 0.3 mg/kg/día, en tres tomas, vía oral. En el menor de un año, valorar la respuesta en una a dos horas. Si es positiva, continuar, si es negativa, suspender. En mayores de un año, continuar

► **Educación a la madre**, para que sea capaz de reconocer signos de alarma, si se identifica alguno de estos signos, indicarle que acuda inmediatamente a la unidad de salud

► **Revaloración** en 24 horas, o antes, si se agrava

PLAN C

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

TRATAMIENTO DE NEUMONÍA GRAVE, O NEUMONÍA LEVE,

CON FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

- ▶ **Envío inmediato a un hospital**
- ▶ **Traslado con oxígeno:** si es necesario (4 a 6 litros por minuto)
- ▶ **Control de la fiebre:** acetaminofén 15 mg/kg, dosis única, Vía oral
- ▶ **Si hay sibilancias:** administrar salbutamol: 0.15 mg/kg por dosis, vía oral o inhalado (dos disparos con espaciador de aire) ó 0.1 ml de adrenalina al 1:1 000, vía subcutánea
- ▶ **Antibiótico:** primera dosis, en el menor de dos meses: Ampicilina 50 mg/kg, I.M. o, en su defecto, por vía oral. En niños de dos meses a cuatro años: Bencil penicilina sódica cristalina 100 000 UI por Kg., vía intramuscular

Consultar NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.

Capacitación a la madre

- ▶ Sobre las medidas de atención en el hogar (Plan A)
- ▶ Asegurarse que la madre es capaz de identificar los signos que indican que el niño puede tener neumonía, y por lo tanto debe de acudir a la unidad de salud de forma inmediata:

SIGNOS DE ALARMA

- ▶ Respiración rápida
- ▶ Dificultad respiratoria (tiraje)
- ▶ Dificultad para beber o amamantarse
- ▶ Se ve más enfermo

Otros signos que también obligan a que la madre solicite atención médica, son:

- ▶ Más de tres días con fiebre
- ▶ Pus en las amígdalas
- ▶ Pus o dolor en el oído
- ▶ Fiebre o hipotermia, en el niño menor de dos meses

Con relación a la prevención:

- ▶ Fomentar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria después de esta edad
- ▶ Importancia de la vigilancia del estado nutricio del menor
- ▶ Esquema de vacunación del menor y su importancia

Medidas generales en el hogar:

- ▶ Evitar fumar cerca de los niños
- ▶ Evitar la quema de leña o el uso de braseros, en habitaciones cerradas
- ▶ Evitar los cambios bruscos de temperatura
- ▶ Consumir frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas "A" y "C"
- ▶ Disminuir el hacinamiento
- ▶ Ventilar la habitación del niño

Seguimiento de los casos

Todos los casos de IRA con neumonía, deberán ser revalorados dentro del lapso de 24 horas o antes, si se presentan signos de alarma por IRA, los casos que no tienen neumonía pero tienen factores de mal pronóstico se citarán de 24 a 48 horas y el resto de pacientes serán evaluado a las 72 horas para decidir el plan de tratamiento a seguir.

Asma

El asma es una enfermedad bronquial crónica, caracterizada por inflamación, hiperreactividad, broncoconstricción y obstrucción con diversos grados de gravedad.

En individuos predispuestos, esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche o en la madrugada. Estos síntomas se asocian con grados variables de obstrucción de las vías aéreas más o menos reversible, ya sea de forma espontánea o mediante tratamiento. La sibilancia es un sonido suave agudo durante la espiración, se puede escuchar con el estetoscopio o al colocar el oído cerca de la boca del paciente para escucharlo mejor.

La inflamación determina la hiperreactividad bronquial ante diversos estímulos. Es más frecuente durante la niñez y en esta etapa afecta más a los varones. Actualmente se considera que es la principal causa de ausentismo escolar, además de asociarse con limitaciones de la actividad física. El asma es una enfermedad multifactorial, poligénica.

Factores predisponentes

- ▶ Atopía familiar o personal
- ▶ Alergia

NO TODOS LOS ALÉRGICOS SON ASMÁTICOS, NI TODOS LOS ASMÁTICOS SON ALÉRGICOS

Factores contribuyentes

- ▶ Humo de tabaco
- ▶ Infecciones virales
- ▶ Bajo peso al nacer

Factores causales y desencadenantes más frecuentes

- ▶ **En el hogar:** ácaros, animales domésticos y mohos
- ▶ **En el ambiente exterior:** polen y mohos
- ▶ **Medicamentos:** aspirina y otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos
- ▶ **Infecciones virales:** de las vías aéreas superiores
- ▶ **El ejercicio:** especialmente cuando el ambiente es frío o seco

- ▶ **Los cambios climáticos:** humedad y niebla
- ▶ **Reflujo gastroesofágico**
- ▶ **Inhalación pasiva:** del humo de tabaco
- ▶ **Sinusitis y rinitis**

Identificación de factores de mal pronóstico

Identificar los mencionados en los apartados de las enfermedades citadas en párrafos anteriores.

Evaluación y clasificación

Los hallazgos más frecuentes son:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Disnea ▶ Accesos de tos | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sibilancias ▶ Opresión torácica |
|--|--|

Ante la presencia de esta sintomatología, se deben considerar las siguientes posibilidades diagnósticas:

- ▶ Cuerpo extraño en tráquea o bronquio
- ▶ Rinosinusitis
- ▶ Laringotraqueomalacia
- ▶ Disfunción de cuerda vocal
- ▶ Enfermedad cardíaca
- ▶ Estenosis de tráquea o bronquio
- ▶ Neumonía
- ▶ Laringotraqueítis
- ▶ Reflujo gastroesofágico
- ▶ Anillo vascular
- ▶ Bronquiolitis
- ▶ Fibrosis quística

NO TODAS LAS SIBILANCIAS IMPLICAN ASMA NI TODAS LAS ASMAS SE ACOMPAÑAN DE SIBILANCIAS

CLASIFICACIÓN

Tipo	Síntomas diurnos	Síntomas nocturnos
Grave* persistente	Continuos, actividad física limitada	Frecuentes
Moderada Persistente	Diarios, utilización diaria de agonistas β_2 Los ataques afectan a la actividad	>1 vez a la semana
Leve Persistente	>1 vez a la semana pero <1 vez al día	>2 veces al mes
Leve Intermitente	<1 vez a la semana asintomática	≥2 veces al mes

*La presencia de una de las categorías de gravedad es suficiente para clasificar a un paciente en esa categoría. Los pacientes con cualquier nivel de gravedad, incluso los que sufren de asma intermitente, pueden sufrir crisis graves.

Tratamiento

Tipo/ tratamiento	Preventivo a largo plazo	Medicamento de alivio rápido
Severa persistente. Medicación diaria	Corticoide inhalado (800-2 000 mcg) o más y broncodilatador de acción prolongada (β agonista inhalado de acción prolongada y/o teofilina de acción retardada)	Broncodilatador de acción corta y rápida: β agonista inhalado como sintomático según las necesidades
Moderada persistente* Medicación diaria	Corticoide inhalado >500 mcg y en caso necesario Broncodilatador de acción prolongada (β agonista de acción prolongada inhalado, teofilina de acción retardada o β agonista de acción prolongada en comprimidos o jarabe)	Broncodilatador de acción corta y rápida: β agonista inhalado como sintomático según las necesidades sin superar 3-4 administraciones al día
Leve persistente* Medicación diaria	Corticoide inhalado, 200-500 mcg, o cromoglicato disódico o teofilina de acción retardada	Broncodilatador de acción corta y rápida: β agonista inhalado según lo requieran los síntomas, sin superar 3-4 administraciones al día
Leve intermitente* No requiere tratamiento diario	No es necesario	Broncodilatador de acción corta y rápida: β agonista inhalado según lo requieran los síntomas pero < 1 vez a la semana. Valorar la gravedad del ataque

Gina revisión 1998.

*En todos los casos es preferible usar la vía inhalatoria.

En una unidad de primer nivel de atención, si la niña o niño tiene dificultad respiratoria, déle un broncodilatador de acción rápida y refiéralo al hospital.

Si el niño NO tiene dificultad respiratoria, déle un broncodilatador oral en la dosis apropiada y muéstrele a la madre cómo dárselo.

El manejo de las crisis de asma, preferentemente deberá realizarse en un Hospital.

- ▶ Agonistas β_2 inhalados de acción corta y rápida inhalados (dos disparos en < de 12 años) o una dosis nebulizada, cada 20 minutos durante una hora
- ▶ Oxígeno para conseguir un nivel de saturación >95%
- ▶ Corticoides sistémicos si no hay respuesta inmediata o si el paciente recientemente tomó corticoides o si el ataque es grave
- ▶ Reevaluar la exploración física, clasificar al paciente y tratar según su evolución

Capacitación a la madre

- ▶ Identificar la importancia de cumplir con el tratamiento establecido
- ▶ Que identifique que el asma, es una enfermedad crónica con períodos de exacerbación
- ▶ Resaltar la importancia de la utilización de medicamentos inhalados, ya que tienen mayor efectividad y pocos efectos secundarios
- ▶ Orientarla para que evite el contacto de la niña o niño con substancias o circunstancias que agraven los síntomas o desencadenen las exacerbaciones
- ▶ Indicarle la importancia para la salud de su hija o hijo, de asistir a las consultas de seguimiento como se lo indique el personal de salud

Seguimiento de los casos

Las citas de seguimiento variarán de acuerdo a la sintomatología del paciente, indicar que debe continuar con el tratamiento prescrito, asistir a las citas de control que se le asignen, así como la importancia de solicitar atención inmediata ante la presencia de cualquier signo de alarma.

C) Consulta completa para el menor de dos meses de edad

Los niños de este grupo de edad presentan un riesgo mayor de complicaciones y de muerte. Por ello, es importante destacar algunos aspectos particulares.

- **Identificación de factores de mal pronóstico:**

Adicional al enumerado en **Atención Integrada** al menor de dos años de edad se encuentran:

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

- ▶ Madre primigesta, soltera
- ▶ Edad gestacional < de 37 ó > de 42 semanas
- ▶ Embarazo de alto riesgo
- ▶ Defectos al nacimiento
- ▶ Atención por personal no capacitado
- ▶ Hipoxia neonatal (Sufrimiento fetal)
- ▶ Trauma obstétrico
- ▶ Bajo peso al nacimiento
- ▶ Lactancia materna ausente o inadecuada
- ▶ Proceso infeccioso en el menor de 28 días
- ▶ Retraso en el diagnóstico y manejo de padecimiento

Evaluación y Clasificación

Durante la exploración clínica completa, en la que el menor debe de estar tranquilo y sin ropa, se sugieren las siguientes reglas para realizar la exploración:

- ▶ La temperatura corporal del niño debe ser de 36.5°C a 37°C.
- ▶ Que esté tranquilo y despierto
- ▶ Que haya tomado su alimento una a dos horas antes
- ▶ Que no se le haya realizado ningún procedimiento anterior a la exploración
- ▶ Que se encuentre totalmente desnudo
- ▶ Colocarlo en una superficie firme al ser explorado
- ▶ El área donde se explora no debe tener corrientes de aire ni aire acondicionado y la temperatura ambiente debe estar entre 26°C a 27°C.

Es importante identificar durante la evaluación, la presencia de **signos de alarma** secundarios a una infección bacteriana, especialmente una infección grave.

SIGNOS DE ALARMA

- ▶ Hipotónico, letárgico o inconsciente
- ▶ Deprimido o irritable
- ▶ Presenta convulsiones
- ▶ Distermias: hipotermia o fiebre
- ▶ Cianosis, palidez o ictericia
- ▶ No puede beber o amamantarse, vomita todo
- ▶ Determinar la presencia de tiraje intercostal, aleteo nasal y quejido

Inicialmente se debe tratar de identificar el foco infeccioso, sin embargo ésto no necesariamente deber ser una justificación para retrasar el tratamiento o la referencia.

En la identificación de los signos de alarma recordar:

- ▶ **Determinar si hay antecedentes de convulsiones preguntando a la madre:** el primer paso para la evaluación y clasificación de las convulsiones es descartar la etiología, existen varias causas; entre ellas se encuentran las de origen metabólico, neurológico e infeccioso.
- ▶ **Determinar el estado de alerta:** el niño despierto mueve normalmente los brazos y las piernas o gira la cabeza varias veces en un minuto.

SI NO ESTÁ DESPIERTO PIDA A LA MADRE QUE LO DESPIERTE

- ▶ **Temperatura corporal:** en los dos primeros meses de vida la fiebre (temperatura axilar superior a 38.0°C o temperatura rectal superior a 38.5° C) es poco común. Si el menor tiene fiebre, es posible que tenga una enfermedad bacteriana grave. Estos niños también pueden reaccionar a la infección bajando la temperatura corporal a menos de 36°C.
- ▶ **Frecuencia respiratoria:** las y los menores de dos meses generalmente respiran a un ritmo más rápido que los niños mayores, la frecuencia respiratoria puede ser irregular, va de 35 a 59 respiraciones

por minuto y normalmente pueden dejar de respirar por unos pocos segundos, a lo que continúa un período de respiración más rápida.

Para evitar errores en la valoración de este signo vital en la población de dos meses recuerde:

- a) Contabilizarla cuando el niño esté tranquilo, preferentemente en brazos de su madre
- b) Realice el conteo en un minuto completo
- c) Si el primer recuento es de 60 respiraciones o más repita nuevamente la cuenta
- d) Si el segundo recuento es también de 60 respiraciones o más, se considera respiración rápida

- **Tiraje intercostal:** el tiraje intercostal leve es normal en un niño menor de una semana a dos meses de edad, cuando es grave se presenta más profundo y es fácil de ver y constituye un signo predictor de neumonía
- **Aleteo nasal:** es el ensanchamiento de los orificios de la nariz cuando el niño inspira
- **Quejido:** se produce cuando el niño tiene dificultad para respirar

POSSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE

- Convulsiones, letárgico o inconsciente
- Se mueve menos de lo normal
- Respiración rápida (60 ó más por minuto)
- Tiraje subcostal
- Aleteo nasal
- Quejido
- Abombamiento de la fontanela
- Supuración del oído
- Enrojecimiento del ombligo que se extiende hasta la piel
- Fiebre (38.5° C) o más o caliente al tacto o hipotermia
- Pústulas en el cuerpo, muchas o extensas

INFECCIONES LOCALES

Evaluación	Clasificación
Lesiones específicas: máculas, pápulas o pústulas, lesiones impetiginizadas. En el niño son muy frecuentes, ya que su piel es delicada y generalmente reacciona en forma acentuada a los agentes infecciosos, los principales son bacterianos, micóticos o virales	Infecciones en la piel
Úlceras o placas blanquecinas en la boca	Moniliasis oral
Infección localizada en el muñón umbilical. Puede ser el sitio de entrada de infecciones graves que pueden ocasionar la muerte del niño; la gravedad depende del número de cuadrantes afectados alrededor de dicho muñón, la afectación amplia de la piel	Onfalitis

Tratamiento

Infección bacteriana grave: Si es consulta de primera vez se debe tener cuidado en la detección de los signos generales de alarma y factores de mal pronóstico, se debe tratar de determinar el problema por el cual la madre lleva al niño a la consulta, para los niños enfermos de esta edad, no es apropiado realizar un diagnóstico único, por que existe la posibilidad de que un signo o síntoma puede estar asociado a diversas enfermedades, como por ejemplo, las descritas en el siguiente cuadro:

SIGNOS DE ALARMA			
Signo general de alarma	Enfermedad		
	Meningitis	Neumonía	Sepsis
Distensión abdominal	+	+	+
Rechazo al Alimento	+	+	+
Irritabilidad	+	+	+
Somnolencia	+	+	+

Una vez definido el motivo de consulta y si se detecta algún signo de infección bacteriana grave, el menor debe ser referido de urgencia a un hospital, antes:

- Aplicar la primera dosis de antibiótico por vía intramuscular. Los menores de una semana a dos meses de edad con posible **Infección bacteriana grave** son infectados por una variedad amplia de gérmenes a diferencia de los niños mayores. Si el hospital de referencia se encuentra a más de cinco horas o no es posible referir, se debe iniciar y continuar con el tratamiento en la unidad médica, con los antibióticos por vía intramuscular y con vigilancia estrecha de la evolución del menor

La combinación de Ampicilina y Gentamicina es eficaz contra una gran variedad de bacterias y son los antibióticos de primera elección para el tratamiento:

Peso	Ampicilina	Gentamicina
	100 mg/kg/día. Diluir 1 gr en 10 ml	6 mg/kg/día. Diluir en 5 ml
< de 4 kg	100 mg (1 ml)	12 mg (1.5 ml)
4 a 6 kg	150 mg (1.5 ml)	16 mg (2 ml)

- Orientar a la madre sobre cómo mantener la temperatura normal del menor durante el viaje, ya sea arropándolo o retirando prendas, (si la madre está habituada a arropar al menor junto a ella es una buena manera de mantenerlo abrigado durante el camino al hospital)
- De ser posible continuar amamantándolo
- Referir con nota de referencia y contrarreferencia

**SI CREE QUE EL MENOR TIENE UN PROBLEMA GRAVE O
NO SABE COMO RESOLVERLO, REFIÉRALO
INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL.**

Infecciones locales

Las infecciones locales más frecuentes que se presentan en el menor de dos meses de edad son: Infecciones en piel, moniliasis oral ("algodoncillo"), onfalitis. La importancia de la atención de estos problemas locales es impedir que se compliquen y evolucionen a infecciones graves.

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES LOCALES	
Clasificación	Tratamiento
Infecciones en la piel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lavarse las manos antes de las curaciones ▶ Aplicación de antiséptico en las lesiones ▶ Lavar la boca al niño con un paño suave o con gasas humedecidas con agua bicarbonatada enrolladas en el dedo índice. ▶ Mantener seca la zona ▶ Administrar antibiótico oral por 5 días de primera elección es la Dicloxacilina 25-50mg/Kg/día en cuatro dosis
Moniliasis oral	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lavarse las manos ▶ Aplicar antimicótico ▶ Nistatina 200 000 U cada 6 hrs. aplicación local en la cavidad oral ▶ Solicite a la madre poder explorar su pezón para identificar si existe o no moniliasis, en tal caso recomiende el tratamiento adecuado
Onfalitis	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lavarse las manos ▶ Lavar el área periumbilical con un paño limpio o con gasas estériles ▶ Aplicación de antiséptico en forma local ▶ Lavarse las manos ▶ El antibiótico de primera elección para la onfalitis es la Dicloxacilina

Capacitación de la madre

Esta orientada en:

- ▶ Cómo curar al menor, observarla mientras le realiza las curaciones, para ofrecer asesoría práctica
- ▶ Cómo dar un antibiótico por vía oral en casa, enseñar a medir y dar las dosis, mostrar cómo preparar los medicamentos en caso necesario y la indicación médica
- ▶ En los cuidados que debe recibir el niño en el hogar
- ▶ Identificación de los signos de alarma
- ▶ Cuidados de la piel

Se deberá realizar preguntas de verificación, para determinar si realmente quedaron claras las instrucciones.

Seguimiento

Las consultas de seguimiento deberán establecerse de acuerdo a la gravedad del padecimiento. El menor que recibe antibióticos para combatir una infección bacteriana local o si tiene un problema de alimentación, deberá regresar en 24-48 hrs. después, para continuar observándolo. Si en la visita de seguimiento el niño continúa igual, empeora o presenta algún signo de alarma, deberá referirse al hospital.

VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN

A todo menor de dos años que acuda a consulta se le debe de realizar evaluación antropométrica y clínica del estado nutricio, si se encuentra alguna anomalía, realizar diagnóstico y tratamiento específico.

A) Evaluación y clasificación

Es de cuatro tipos:

- ▶ **Antropométrica**
- ▶ **Clínica**
- ▶ **Dietética**
- ▶ **Bioquímica**

- Evaluación antropométrica:

Las mediciones antropométricas que debe realizarse en el menor de dos años son:

- ▶ Perímetrocefálico
- ▶ Peso
- ▶ Talla

El peso y la talla deben ser medidos cada vez que el niño o niña acuda a consulta, el mínimo que la NOM-031 establece para las mediciones en el menor de dos años son:

- ▶ Una consulta a los 7 y otra a los 28 días
- ▶ Realizar 6 consultas más después del primer mes de edad hasta los 12 meses
- ▶ Después del primer año, realizar al menos una consulta cada 6 meses

El peso y la talla deben ser correctamente registrados en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, además de registrarse en el expediente clínico.

El peso y la talla junto con la edad del niño o niña se relacionan para formar 3 indicadores:

- **Peso para la edad:** como indicador global de desnutrición, en general tiende a sobreestimar la prevalencia real de desnutrición, pues clasifica como desnutridos a niños que se encuentran actualmente adaptados. Es útil para detectar desnutrición especialmente durante el primer año de vida, es clave en los dos primeros años de vida y pierde sensibilidad al aumentar la edad
- **Talla para la edad:** es un indicador de desnutrición crónica o pasada que se hace más manifiesto después del primer año de vida
- **Peso para la talla:** para detectar desnutrición aguda, puesto que el peso es una medida de respuesta rápida ante la limitación en la ingesta nutricia, cobra importancia a partir del primer año de edad. Es un indicador también de sobrepeso y obesidad

Para la evaluación de estos indicadores, se utilizan las tablas de los Centros Nacionales para Estadísticas en Salud de los Estados Unidos de América (NCHS por sus iniciales en inglés), referidas en la NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño.

La desnutrición para cada uno de los indicadores se clasifica en leve, moderada y grave, pero para la clasificación y tratamiento de las niñas y niños, se tomará en un inicio el indicador peso para la edad.

La medición del perímetro cefálico permite identificar problemas derivados de malformaciones congénitas. Se debe medir hasta los dos años de edad en que se completa el crecimiento del Sistema Nervioso Central. (*Consultar las Tablas de referencia contenidas en la NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño*).

B) Para medir el peso

- **Instrumentos:**

- Báscula pesa bebé
- Báscula de plataforma (de pie)
- Báscula tipo Salter (fuera de la unidad de salud)

**ES IMPORTANTE QUE LAS BÁSCULAS SE ENCUENTREN
CALIBRADAS Y COLOCADAS EN UN LUGAR FIRME**

PASOS:

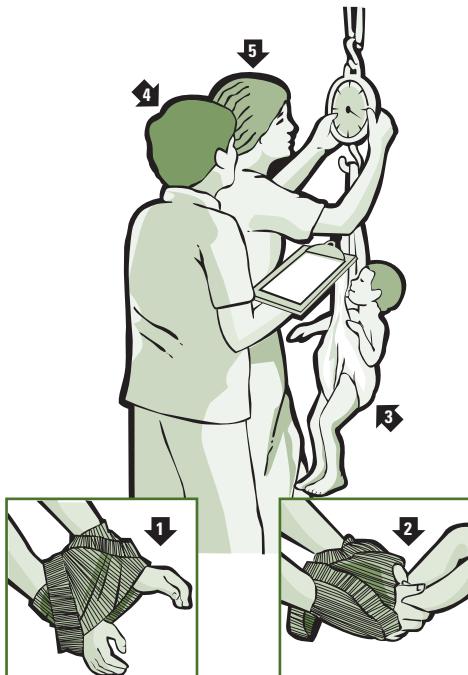
Báscula pesa-bebé:

- a) Colocar la báscula en "0"
- b) Quitar la mayor parte de la ropa, cobijas, pañales y cualquier objeto que pueda alterar el peso
- c) Colocar al niño(a) en el centro de la báscula
- d) La medición debe realizarse cuando el niño(a) deje de moverse

Básculas tipo Salter:

- a) Hay que asegurarse que el niño(a) no esté sujeto a ningún objeto o persona (que cuelgue libremente)
- b) La lectura se hace mirando de frente la escala de la báscula y debe registrarse en kilogramos

BÁSCULA TIPO SALTER



POSICIONES CORRECTAS PARA TOMAR EL PESO DEL NIÑO

1. Meta sus manos en los orificios de las piernas.
2. Tome los pies del niño y métalos por los orificios de las piernas.
3. Niño colgando ligeramente.
4. Técnico auxiliar leyendo la báscula a la altura de los ojos.
5. Auxiliar con cuestionario.

C) Para medir la talla

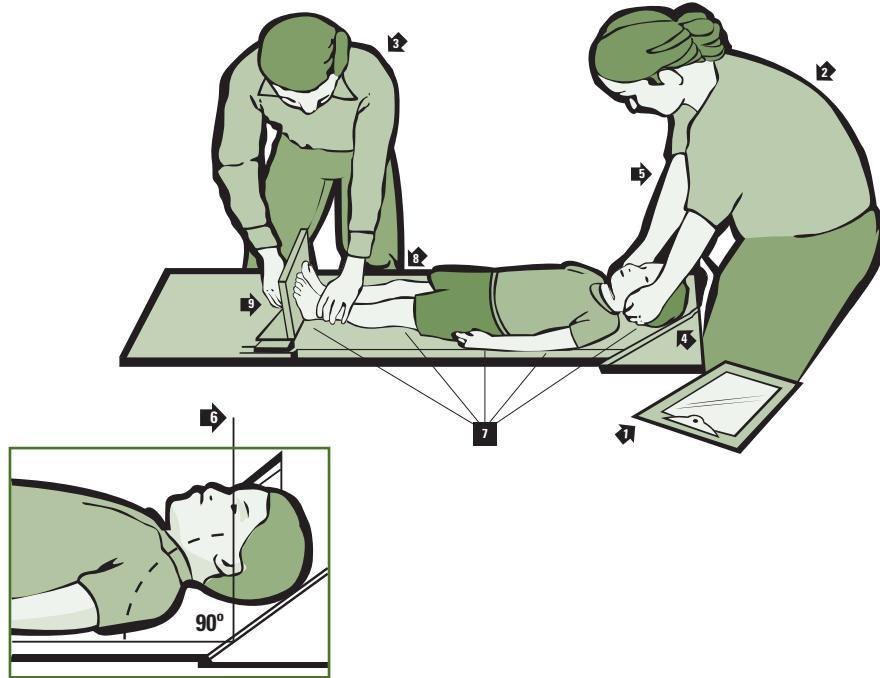
- Instrumentos:

- ▶ Infantómetro
- ▶ Estadímetro (de pie)

**EL INFANTÓMETRO DEBE ESTAR COLOCADO EN UN LUGAR
PLANO Y EL ESTADÍMETRO, EN UNA PARED
CON PISO FIRME Y QUE FORME UN ÁNGULO DE 90°**

POSICIONES CORRECTAS PARA MEDIR LA LONGITUD DEL NIÑO

1. Cuestionario o lápiz en el piso o suelo.
2. Auxiliar de rodillas.
3. Técnico de rodillas.
4. Manos ahuecadas sobre los oídos, cabeza contra base del infantómetro.
5. Brazos comodamente rectos.
6. Línea de visión perpendicular a la base del infantómetro.
7. Niño horizontal sobre el infantómetro.
8. Mano sobre rodillas o espinillas; piernas rectas.
9. Planta de los pies contra tope móvil.

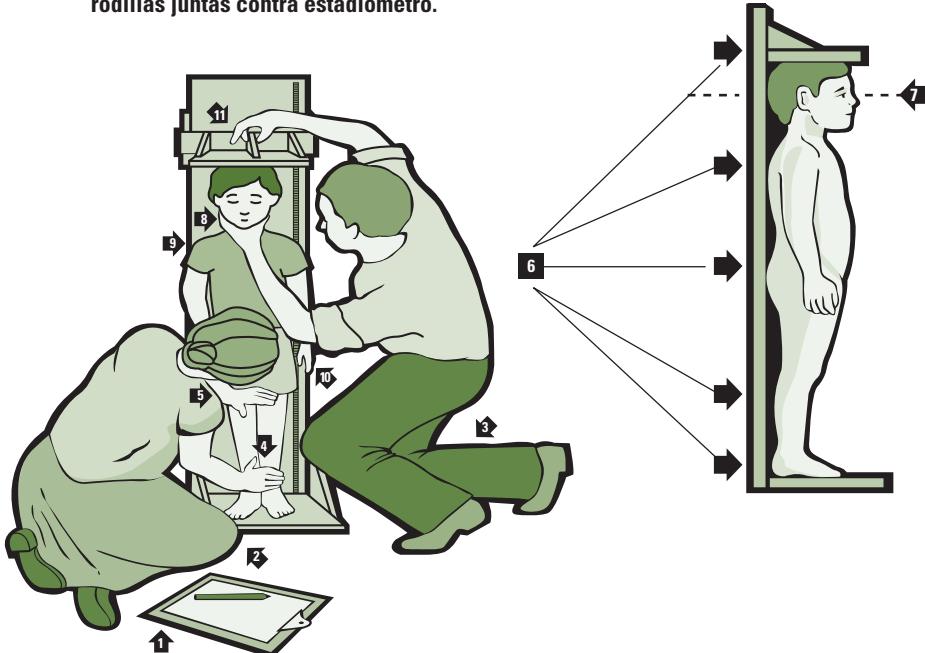


PASOS:

- a)** Quitar a la niña o niño los huaraches, zapatos, adornos de la cabeza, gorros, sombreros, trenzas, peinados, ropa voluminosa y cualquier otro objeto que estorbe la medición
- b)** La talla se mide acostado para los niños que no pueden estar de pie
- c)** Los niños al estar parados deben estar bien derechos, con los pies juntos, la cabeza, espalda, hombros, nalgas y piernas bien pegados a la pared y con la mirada al frente
- d)** La parte móvil del estadímetro o infantómetro debe moverse hasta tocar la cabeza
- e)** Las mediciones deben hacerse en centímetros

POSICIONES CORRECTAS PARA MEDIR LA TALLA DEL NIÑO

- | | |
|--|--|
| 1. Cuestionario o lápiz en el piso o suelo. | 6. Cuerpo pegado al estadiómetro. |
| 2. Auxiliar de rodillas. | 7. Línea de visión. |
| 3. Técnico sobre una rodilla. | 8. Mano sobre el mentón. |
| 4. Manos derecha sobre espinillas; talones contra parte posterior y base del estadiómetro. | 9. Hombros nivelados. |
| 5. Mano izquierda sobre rodillas; rodillas juntas contra estadiómetro. | 10. Manos a los lados. |
| | 11. Tope superior firmemente sobre la cabeza |



D) Para medir el perímetrocefálico

- Mantener la cabeza fija
- Medir la circunferencia máxima pasando la cinta métrica por la protuberancia del frontal y la prominencia del occipital fijando bien la cinta

- Evaluación clínica:

Los datos clínicos, se manifiestan cuando hay desnutrición grave o alguna deficiencia específica.

Parte del cuerpo	Posibles cambios o manifestaciones
Cabello	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de color o de textura
Ojos	<ul style="list-style-type: none"> • Manchas de Bitot, xerosis conjuntival y corneal • Palidez conjuntival
Boca	<ul style="list-style-type: none"> • Estomatitis angular, queilosis • Lengua: edema, atrofia • Dientes: moteados, careados • Encías: hinchadas, sangrantes
Piel	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis generalizada, edema • Hiperqueratosis folicular, resequedad • Hiperpigmentación, úlceras • Uñas: sin brillo, deformadas
Sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía, Irritabilidad, cambios sensoriales • Pérdida de reflejos, pobre desarrollo mental
Sistema óseo	<ul style="list-style-type: none"> • Raquitismo • Inflamación de los huesos
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Alargamiento de la tiroídes

- Evaluación dietética:

La evaluación dietética implica conocer la forma en que el niño o niña que acude a consulta es alimentado.

Puede realizarse de diversas formas:

- **Realizando un redordatorio de 24 horas:** se cuestiona a la madre sobre todos los alimentos que el niño o niña consumió durante las 24 horas anteriores
- **Dieta habitual:** se cuestiona a la madre de forma que puedan esquematizarse los hábitos de alimentación del niño o niña durante cada comida incluyendo los refrigerios y los líquidos consumidos

Cuando se detectan problemas de peso bajo o de sobrepeso del niño, es importante evaluar su alimentación para detectar la presencia de hábitos no adecuados que estén favoreciendo el problema de mala nutrición.

ESQUEMA SIMPLIFICADO DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA*

Edad	Alimentación
Primeros 6 meses	Lactancia materna exclusiva
A partir de los 6 meses	Introducción de verduras y frutas en forma de puré, cereales preparados como papilla con leche materna
A partir de 6 a 7 meses	Leguminosas y carnes bien cocidas en puré y picados a tolerancia
A partir de 8 meses	Lácteos, huevo y pescado a tolerancia
Al año de edad	El niño o niña ya está integrado a la alimentación de la familia

*Consultar Guía de Orientación Alimentaria y Recuperación Nutricia. CONAVA, SSA. 2000.

PROY-NOM-043-SSA2-1999.

Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

A partir del año de edad, el niño o niña ya está integrado a la alimentación de la familia donde se recomienda consumir de **los tres grupos de alimentos en cada comida que realice.**

Los grupos de alimentos son:



LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS ADEMÁS DE CONTENER VARIEDAD DE ALIMENTOS, DEBE SER PREPARADA CON HIGIENE

E) Lactancia materna exclusiva

Es el alimento ideal durante los primeros 6 meses de vida, es importante recomendar durante esa etapa no agregar ningún otro tipo de líquido o sólido con fines nutricionales o no.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA		
Para el niño	Para la madre	Económico-ambientales
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece un adecuado crecimiento y desarrollo • Protección contra enfermedades infecciosas • Protección contra enfermedades no infecciosas (como alergias) • Promueve el desarrollo psicoafectivo: mejor vínculo madre-hijo, adaptación social, desarrollo psicomotor, disminuye problemas de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el puerperio inmediato disminuye el riesgo de hemorragia por la estimulación de contracciones uterinas e involución uterina • Disminuye el riesgo posterior de desarrollar cáncer de ovario, mamario y osteoporosis (Factor protector) • Método de planificación temporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Ahorro familiar • Protección al medio ambiente

La **Lactancia Materna Exitosa** se logra con: el apoyo del personal de salud, al realizar actividades educativas pre y post nacimiento (con información adecuada), no promocionar sucedáneos de la leche, facilitar el contacto estrecho madre e hijo y con el apoyo familiar.

F) Evaluación del amamantamiento

El amamantamiento debe evaluarse cuando:

- ▶ La madre manifiesta algún problema
- ▶ Se ha detectado bajo peso para la edad del niño (especialmente si la lactancia es exclusiva)
- ▶ El bebé demanda menos alimentación al pecho en menos de 8 ocasiones en 24 horas
- ▶ El bebé se retira del pecho antes de estar satisfecho
- ▶ Recibe cualquier otro alimento o bebida

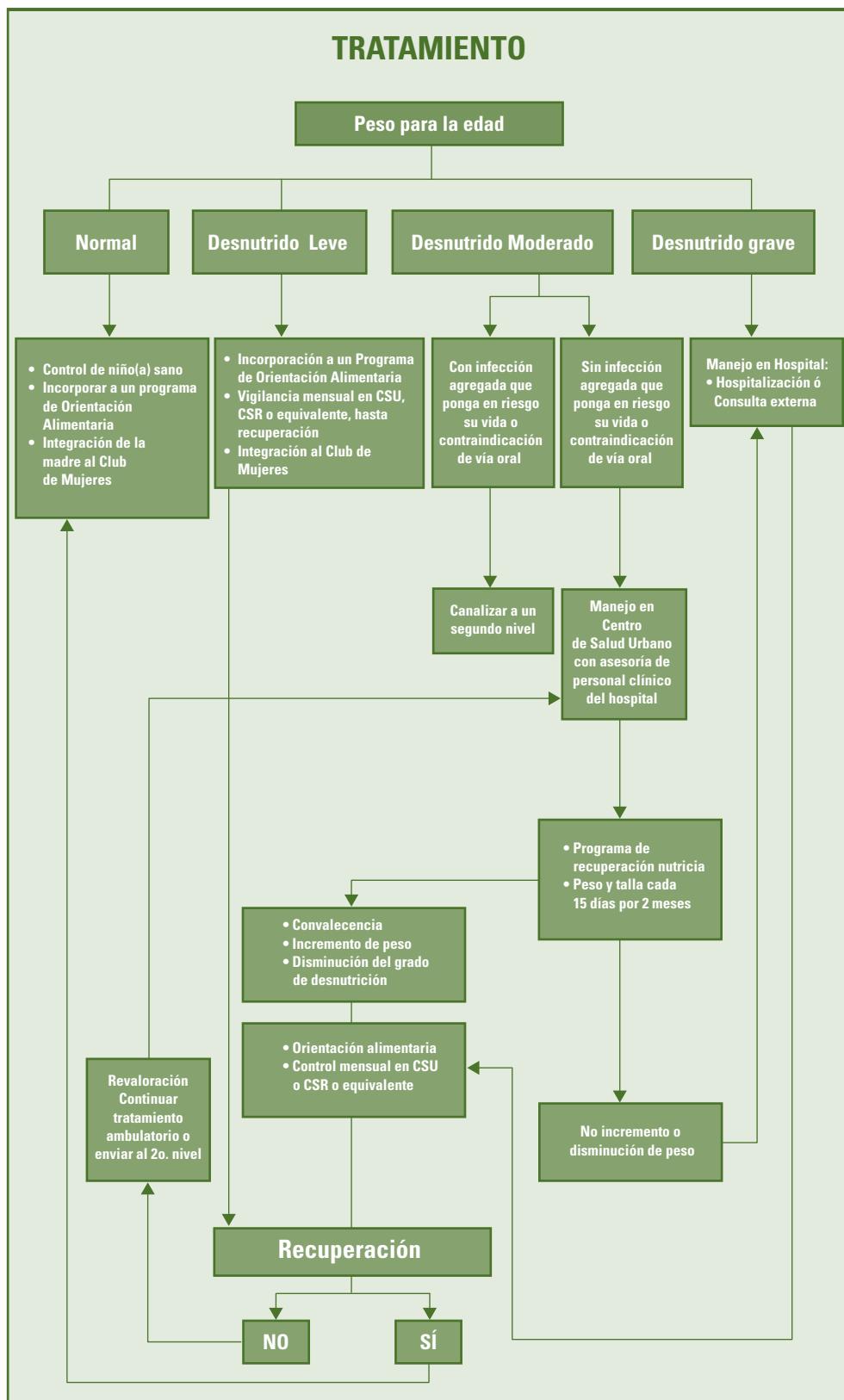
Para evaluar se debe solicitar a la madre que le dé de comer al bebé y observar al menos durante cuatro minutos y verificar la succión y la posición. En caso de que haya algún problema detectado, se debe dar una recomendación a la madre.

Posición correcta	Buena succión	Amamantamiento satisfactorio
<ul style="list-style-type: none"> • La cabeza del niño(a) debe estar apoyada en el pliegue del codo de la madre • El niño(a) debe estar en dirección al seno de la madre con la boca y nariz del niño(a) frente al pezón • Pecho con pecho y barriga con barriga • Todo el cuerpo del niño(a) bien sostenido 	<ul style="list-style-type: none"> • El mentón toca el seno materno o está muy próximo a tocarlo • La boca bien abierta (cubriendo el pezón y la areola o gran parte de ella) • Los labios volteados hacia afuera 	<ul style="list-style-type: none"> • La succión es lenta, profunda y con pausas ocasionales • Si se puede ver y/o escucha tragarse al niño(a) • Cuando el niño(a) está satisfecho suelta espontáneamente el pecho y el niño(a) se mantiene tranquilo

- **Evaluación bioquímica:**

Involucra pruebas de laboratorio que el médico indica en caso de que exista sospecha de algún trastorno específico relacionado con la nutrición. Debe ponerse especial atención en la presencia de anemia y si es el caso, suplementar con hierro y ácido fólico.

Es una evaluación costosa que solamente se indica en casos especiales.



Nota: Cuando se detecta **sobrepeso u obesidad** en el niño(a) se debe evaluar la alimentación para conocer si existen excesos energéticos del consumo y lograr un mejor equilibrio de la dieta de acuerdo a su edad. Al menor de dos años **NO** debe recomendársele una dieta hipocalórica sino los alimentos adecuados a su edad.

G) Capacitación a la madre

- Para que reconozca los signos de alarma:

SIGNOS DE ALARMA

- Falta de aumento o disminución del peso
- Enfermedades frecuentes o de duración prolongada
- Pérdida del apetito

- Aspectos básicos de alimentación del menor de un año, para lo cual consultar Guía de Orientación Alimentaria y Recuperación Nutricia. CONAVA, SSA. 2000

- **Seguimiento de los casos:**

Los niños que se encuentren en control de desnutrición deben ser citados a consulta de acuerdo al fluograma de la página anterior.

VIGILANCIA DE LA VACUNACIÓN

Todo recién nacido debe iniciar de inmediato su esquema de vacunación, siempre y cuando no existan contraindicaciones verdaderas para su aplicación.

El personal de salud debe consultar el Manual específico de Vacunación para ampliar la información que a continuación se presenta.

Se considera		
Esquema Básico, a la ministración de ocho dosis y se completa al año de edad	Esquema complementario, es la aplicación de dosis adicionales y de refuerzo con la finalidad de activar la memoria inmunológica que han dejado las vacunas aplicadas	Esquema Completo, es el número ideal de dosis de vacuna que debe recibir la población de acuerdo a su edad



- Todo recién nacido debe ser vacunado inmediatamente siempre y cuando no presente contraindicación médica
- Los recién nacidos atendidos por parteras o en medios diferentes a los hospitalarios deben ser referidos de inmediato a la unidad de salud más cercana para que se le apliquen las vacunas correspondientes
- Las unidades de salud deberán contar siempre con insumos y productos biológicos suficientes
- Los eventos temporalmente asociados a la vacunación deben ser reportados de inmediato y cuidadosamente investigados
- Mantener activo el sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades prevenibles por vacunación

A) Actividades básicas

- ▶ Investigar el estado vacunal de todos los niños(as) menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años, cuando éstos tengan algún contacto con los servicios de salud, independientemente del motivo de consulta
- ▶ Verificar la Cartilla Nacional de Vacunación o interrogar a la madre o responsable del menor
- ▶ Evaluar el estado vacunal y aplicar si se requiere, las dosis faltantes
- ▶ Durante la consulta, si se requiere aplicar la dosis correspondiente de vacuna, siempre y cuando no existan contraindicaciones verdaderas y registrarla en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el listado de esquemas incompletos si es subsecuente o en el Censo Nominal si es el primer contacto con los servicios de salud
- ▶ Cuando la madre o responsable del menor desconozca su estado vacunal y además se carezca del antecedente documentado, se recomienda aplicar las dosis correspondientes a la edad
- ▶ Anotar en la Cartilla Nacional de Vacunación la fecha de la próxima cita y decirle a la madre o responsable del menor la fecha en que debe volver
- ▶ Informar a la madre acerca de: el tipo de vacuna, enfermedad que previene y número de dosis que requiere; la importancia de mantener el esquema básico de vacunación actualizado; las molestias que pudieran presentarse posterior a la aplicación de la vacuna, enfatizando sobre el manejo correcto de éstas en el hogar e indicarle que acuda a la unidad de salud más cercana en caso de que las molestias posvacunales sean muy intensas o si presenta alguna molestia, distinta de las reacciones que se le explicaron

ASPECTOS RELEVANTES DEL ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN

Producto	Vía de administración	Dosis y edad	Indicaciones	Contraindicaciones	Revacunación	Reacciones	Observaciones
BCG	Intradérmica a nivel de la inserción del músculo deltoides derecho	0.1 ml (1 décima) Recién nacido.	Recién nacido sano con un peso de 2 kg y más. Protege contra las formas graves de tuberculosis principalmente la meningitis.	Peso inferior a 2 kg, lesiones dérmicas en sitio de aplicación, tratamiento con corticosteroides, cuadro clínico de SIDA, desnutrición y procesos febriles agudos mayores a 38°C.	No requiere	Mácula al segundo día, nódulo a la cuarta semana, costra de la sexta a la octava semana y deja cicatriz. Linfadenitis entre el 1 y 6% de los vacunados.	Conservación entre 2°C y 8°C. Se utiliza solamente durante una jornada de trabajo (8 hrs) Una vez reconstituida proteger de la luz solar.
SABIN	Oral	2 gotas Recién nacido 2, 4 y 6 meses de edad	1 dosis preliminar al recién nacido. 1 dosis a los 2, 4, y 6 meses de edad para conformar su esquema básico. Dosis adicionales durante las Semanas Nacionales de Salud. Protege contra la poliomielitis paralítica.	Enfermedad grave y procesos febriles de más de 38.5°C. Tratamiento con corticosteroides o inmunosupresores, tumores malignos, cuadro clínico de SIDA.	Dosis adicionales durante las Semanas Nacionales de Salud a todos los menores de 5 años de edad.	Generalmente no produce reacciones. Excepcionalmente es capaz de producir parálisis posvacunal.	
DPT-HB+ Hib			El esquema básico es de tres dosis con intervalo de dos meses entre cada una. Se debe aplicar a los 2, 4 y 6 meses de edad	Enfermedad grave con o sin fiebre, convulsiones sin tratamiento, niños mayores de 5 años, reacciones severas a dosis previas, fiebre mayor de 38.5°C	No requiere	Dolor, induración, erupción y calor en el sitio de la aplicación. Fiebre, llanto persistente, somnolencia, irritabilidad.	Conservar entre 2°C y 8°C, evita la congelación.
TRIPLE VIRAL	Subcutánea en el tercio medio de la región deltoides del brazo izquierdo.	Una dosis de 0.5 ml al cumplir el año de edad.	Aplicar a todos los niños(as) a partir del año de edad para la prevención del sarampión, rubéola y parotiditis.	Tratamiento con corticosteroides, tuberculosis no tratada, alergia a neomicina, leucemia, antecedentes de transfusión sanguínea y aplicación de gammaglobulina en los tres meses previos a la vacunación.	Al cumplir los 6 años de edad.	Entre el 5° y 12° día posvacunal puede haber malestar general, rinitis, cefalea, tos, fiebre que persiste durante dos a tres días	Conservación entre 2°C a 8°C. Utilizar solamente una jornada de trabajo. Los frascos cerrados que salieron a campo deberán ser desechados.
DPT	Intramuscular profunda en región glútea o tercio medio de la cara anterior y externa del músculo	Una dosis de 0.5 ml al cumplir los 2 años de edad y a los 4 años de edad.	Como dosis de refuerzo a todos los niños(as) de 2 y 4 años de edad.	Enfermedad grave con o sin fiebre, convulsiones sin tratamiento, niños mayores de 5 años, reacciones severas a dosis previas, fiebre mayor de 38.5°C	Al cumplir los dos años de edad se aplica el primer refuerzo. El segundo refuerzo se aplica al cumplir 4 años de edad.	Dolor y erupcionamiento en el sitio de aplicación que pierde durar de 2 a 3 días. Malestar, irritabilidad y fiebre por 12 ó 24 hrs.	

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Es indispensable evaluar el riesgo que tiene el menor de dos años para presentar problemas de desarrollo, para lo cual se considerarán indicadores sociales, del medio ambiente, de la madre y del menor, con la finalidad de garantizar que los de mayor riesgo se integren a grupos específicos para Estimulación Temprana.

Los aspectos que consideran estos indicadores son: marginación, vivienda, agua potable intradomiciliaria, tipo de familia, ingreso mensual, escolaridad de la madre, enfermedad materna, complicaciones del embarazo y del parto, apgar al nacimiento, edad gestacional, peso, talla y perímetro cefálico al nacer y al momento de la consulta, desarrollo motor grueso y visual de acuerdo a la edad cronológica, desarrollo psicosocial. El puntaje y el uso de estos indicadores se describen en “Lineamiento Técnico para la estimulación temprana”.

El bebé nace con un rico potencial de desarrollo que es importante promover durante los primeros años de vida.

Cuanto más estímulos existen en el ambiente de una niña o niño y cuanto más le permita recoger experiencias nuevas y diferentes, mejor aprenderá y más se desarrollará su facultad de aprender. Incluso el bebé más pequeño aprende a aprender.

La intervención temprana debe ir dirigida a todo niño(a) sano y/o enfermo, debe aplicarse lo más tempranamente posible de los 0 a los 23 meses, y es diferenciada con base a la evaluación de los factores de riesgo para el desarrollo.

Debido a que la Estimulación Temprana promueve el desarrollo cerebral y la conectividad neuronal, se le ha propuesto como un procedimiento de utilidad para el desarrollo del niño(a) y en la terapéutica clínica con la finalidad de revertir ó compensar las deficiencias en el funcionamiento cerebral asociadas a eventos perinatales.

Es importante no perder de vista las siguientes consideraciones para la aplicación de la Estimulación Temprana:

- ▶ El objetivo de la estimulación es reconocer y promover el potencial de cada niño(a), no acelerar su desarrollo
- ▶ Los momentos cotidianos del niño(a) son ideales para estimularlo
- ▶ Su aplicación debe ser oportuna, de acuerdo con la edad y con el desarrollo previsto para dicha edad. Considerando la individualidad y particularidad de cada niña o niño

- El desarrollo es continuo, dinámico y armónico e integral. Las etapas y áreas son divisiones un tanto arbitrarias, en que se señala lo más característico del desarrollo para facilitar las técnicas de estimulación
- La cantidad y tipo de estímulos deben estar estrechamente relacionados con las capacidades e intereses del niño(a)
- A la niña o niño, hay que motivarlo y estimularlo para que se entregue a la actividad que se quiere que haga, no se debe forzarlo a hacerla
- El desarrollo se da de manera integral por lo que es importante estimular las capacidades mentales, emocionales, físicas y sociales del niño(a)
- Es importante reconocer cuando el niño(a) necesita ayuda, pero la intervención del adulto debe ser mínima. Ya que los niños aprenden de sus propios errores
- Una vez que el niño(a) ha adquirido una habilidad determinada bajo ciertas circunstancias, hay que ofrecerle nuevas oportunidades para que la aplique en contextos diferentes

El desarrollo de las Técnicas de estimulación temprana que se deberán realizar en las unidades de salud, se abordará con mayor profundidad en el documento "Lineamiento técnico para la estimulación temprana".

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEFECTOS AL NACIMIENTO

Los defectos al nacimiento son condiciones que ocurren antes o en el momento del parto. Se pueden presentar desde alteraciones simples y de bajo riesgo como un dedo extra en la mano, hasta defectos graves del corazón, eventos que pueden poner en peligro la vida (*ver tabla*).

Con actividades orientadas a la prevención, evaluación, clasificación, tratamiento y seguimiento oportuno, se disminuirá la frecuencia de las complicaciones.

Los Servicios Integrales para la Prevención de la Discapacidad (SINDIS), tienen como función ser Centros Estatales de Referencia y Contrarreferencia para la Evaluación, Clasificación, Tratamiento y Seguimiento de los menores con sospecha diagnóstica y están al alcance de la población que sea referida para tal fin.

Para mayor información consulte el documento "**Lineamiento técnico para la Prevención, detección y manejo de Defectos al Nacimiento (DAN)**".

PRINCIPALES DEFECTOS PREVENIBLES O SUSCEPTIBLES DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO	
Localización	
Sistema Nervioso Central	
<ul style="list-style-type: none"> • Defectos del tubo neural (Anencefalia, Encefalocele, Mielomeningocele) • Estados disráficos ocultos (espina bífida, diastematomelia) • Hidrocefalia aislada • Holoprosencefalia 	
Craneofaciales	
<ul style="list-style-type: none"> • Microtia-atresia • Labio y paladar hendido • Craneosinostosis • Síndrome de Moebius • Atresia de Coanas 	
Cardiovascular	
<ul style="list-style-type: none"> • Defecto del tabique auricular con comunicación interauricular • Defecto del tabique ventricular con comunicación interventricular • Persistencia del conducto arterioso 	
Osteomuscular	
<ul style="list-style-type: none"> • Pie equino varo • Luxación congénita de cadera • Anomalías en reducción de miembros • Artrogriposis 	
Metabólicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Endócrinos (Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia suprarrenal congénita) • Del metabolismo de los aminoácidos y ácidos orgánicos • Del metabolismo de los carbohidratos • De la oxidación de los ácidos grasos • Fibrosis quística 	
Ambigüedad de genitales Cromosomopatías	
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Down • Síndrome de Edwards • Síndrome de Pateu 	
Sensoriales	
<ul style="list-style-type: none"> • Defectos de la audición • Defectos en la formación de globos oculares (anoftalmía, microftalmía) • Defectos de la movilidad ocular (estrabismo) • Cataratas congénitas 	
Condiciones fetales y neonatales de alto riesgo para producir alteraciones sistémicas	
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la maduración (prematurez) • Alteraciones del crecimiento (retardo del crecimiento uterino, bajo peso al nacer) • Hipoxia/asfixia 	

CAPACITACIÓN A LA MADRE EN NUTRICIÓN, VACUNACIÓN Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Constituye el sexto componente de la atención integrada y las acciones educativas se describen al interior de cada motivo de consulta.

A) Metodología de la capacitación a la madre

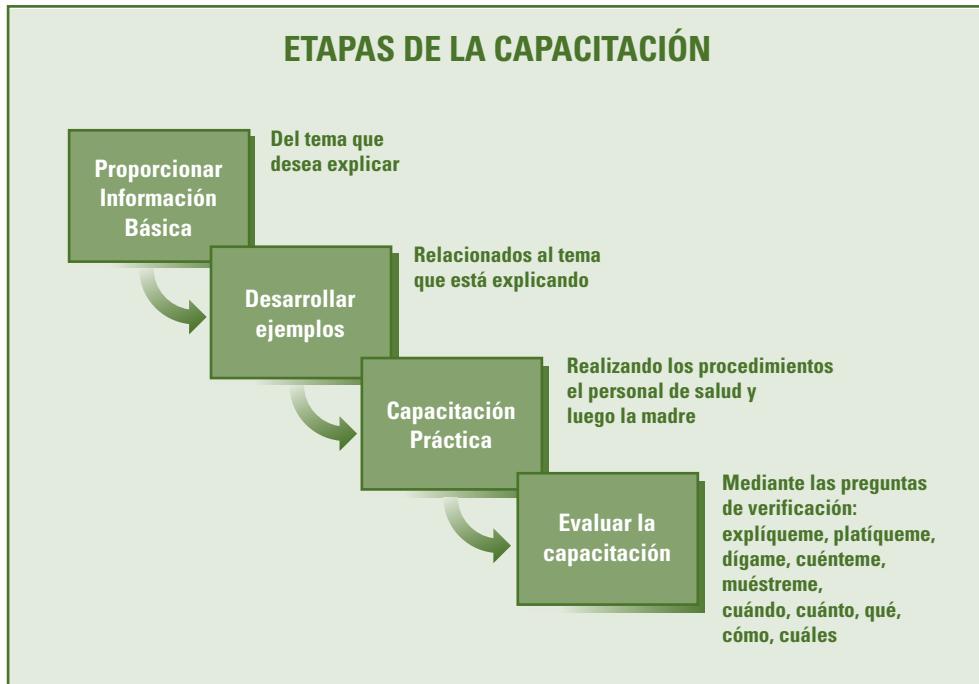
Es fundamental que el personal de salud involucrado en la atención aproveche todas las oportunidades de contacto con la madre o responsable del menor, para llevar a cabo un proceso educativo que logre modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres que favorezcan la conservación de la salud.

Se considera madre capacitada aquella que después de un proceso educativo demuestra que adquirió habilidades y destrezas de acuerdo a los objetivos propuestos para el tema que fue capacitada.



- **Individual:** Durante la consulta o en las visitas a hogares.
- **Grupal:** informal, en las salas de espera de las unidades de salud y en otros sitios de reunión.
- **Formal:** en los clubes de mujeres y en otros grupos organizados con un programa educativo.

ETAPAS DE LA CAPACITACIÓN



Recordar que el cambio de hábitos y prácticas toma tiempo, que requiere de un reforzamiento continuo y que es necesario incluso realizar algunas visitas al domicilio, para verificar si se ha logrado un cambio de conducta.

ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MADRE

Durante la consulta al menor de dos años, se verificará que la madre disponga de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, en caso de no tenerla, se le proporcionará y se le orientará sobre las atenciones que debe recibir y las que deberán registrarse en este documento para una vigilancia adecuada de su salud.

CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA CAPACITACIÓN

Para mejorar la comunicación con las madres	Para la capacitación tome en cuenta lo siguiente	Para realizar la capacitación
<p>Mantenga una actitud de: Respeto, cordialidad y empatía hacia las personas y sus ideas.</p> <p>El estado emocional de la madre, las diferencias culturales y las creencias particulares, son factores que pueden interferir con el aprendizaje.</p> <p>No esperar a que la madre solicite ayuda, guardar siempre una actitud dispuesta a apoyar.</p> <p>Elogiar por los conocimientos y prácticas correctas que posea la madre o los que esté adquiriendo.</p> <p>Utilice un lenguaje claro sencillo y libre de tecnicismos, ser claro y específico en los ejemplos.</p> <p>En las áreas con población indígena, apoyar la capacitación con intérpretes locales.</p> <p>En lugar de regañar a la madre porque hizo alguna acción equivocada, tener paciencia, explicarle y sobre todo convencerla de mejorar sus acciones erróneas. Por favor no castigue con las palabras. Recuerde que las madres son seres humanos que en ese momento pueden estar atravesando una severa crisis emocional, pues lo máspreciado para ellas, que son sus hijos, pueden estar gravemente enfermos.</p>	<p>Lugar y condiciones: realizar en un lugar ventilado y bien iluminado; procurar que el grupo se encuentre cómodamente sentado.</p> <p>Número y características del grupo: hasta 10 personas, conformado por mujeres que lleven a sus hijos a las unidades de salud, o reunidas en su comunidad. Se recomienda un tiempo mínimo de 45 minutos y máximo una hora.</p> <p>Para mantener la atención del grupo: diríjase a ellos(as) con un cordial saludo, utilizar un lenguaje claro y sencillo. El tono de voz deberá ser como el de una conversación. Señalar el objetivo de la plática. Tener siempre una actitud de respeto a las personas, a sus ideas y estar dispuesto a ayudar.</p>	<p>Dominar el tema, ya que los materiales didácticos solo apoyarán la exposición y ayudarán a ser más descriptivo.</p> <p>Realizar preguntas para iniciar la capacitación, esto permitirá saber los conocimientos que poseen las madres. Evitar que se sientan examinadas. Hacer preguntas en un tono de curiosidad. Poner mucha atención a lo que ellas expliquen, ya que ésto permitirá destacar lo correcto y, de manera sencilla y sin reproches, dar la información esencial o aquella que permita corregir los conocimientos equivocados.</p> <p>Centrar el contenido de la capacitación en las prácticas de mayor riesgo tomando en cuenta: los factores predisponentes, los factores de mal pronóstico y los errores en la atención en el hogar que hayan sido identificados durante la consulta.</p> <p>Contar con los materiales e insumos que se van a utilizar en la práctica. Recuerdar que el personal de salud debe realizar la práctica, describiéndola paso a paso, y a continuación solicitar a la madre que intente realizarla. Se deberá observar la forma como la realiza, detectar aciertos y errores, felicitarla por lo que ha hecho correctamente y proponer, de manera cordial, alternativas para superar los errores identificados.</p> <p>Asegurar siempre que las madres hayan comprendido el mensaje mediante el uso de preguntas de verificación.</p>

6. Prevención

Las medidas de prevención pueden dividirse en dos tipos: las que interrumpen los mecanismos de transmisión de la enfermedad y las que incrementan la resistencia del huésped. Se han documentado en diversos estudios algunas que tienen un gran impacto en la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades más frecuentes de los menores de dos años. Algunas de las medidas preventivas ya se han descrito en los apartados correspondientes a capacitación de la madre.

Para que las medidas de prevención se lleven a cabo permanentemente, es de gran trascendencia el Saneamiento ambiental y la Promoción para la Salud.

Saneamiento ambiental para la prevención y control de las enfermedades más frecuentes:

El saneamiento ambiental involucra los siguientes aspectos que se deben considerar en la promoción y auto cuidado de la salud del binomio madre-hijo.

Aqua

Potabilizar el agua antes de beberla o usarla para preparar los alimentos, con métodos sencillos como hervir o clorar.

Vivienda

Mejorar la estructura de la casa: separar los dormitorios de la cocina; mantener limpio el piso, si es de tierra apisonarlo; tapar las grietas de las paredes para evitar el paso del viento, humedad y frío; colocar una ventana cerca del lugar donde se preparan los alimentos, para mejorar la ventilación, evitar la contaminación del aire y riesgos de intoxicación por gases; levantar el comal del suelo para prevenir accidentes y mejorar la higiene en la preparación de alimentos; sacudir y tender diariamente las camas para evitar la presencia de insectos, piojos, chinches, pulgas, etc.; construir corrales fuera de casa para mantener con limpieza los animales y evitar la contaminación a través de sus heces, orina, pelaje o saliva; mantener muy limpia la casa y los muebles; conservar adecuadamente los alimentos y la ropa limpia; disposición higiénica de excretas en excusados con drenaje o en letrinas; eliminar higiénicamente la basura.

Higiene personal

Lavado de las manos con agua y jabón después de ir al baño, de recoger basura, de cambiar los pañales de los bebés, aseo nasal y antes de manipular y preparar los alimentos y de comer; mantener las uñas cortas y limpias; bañarse diariamente; mantener el pelo libre de parásitos, usar peines y toallas personales; cepillar diariamente los dientes para evitar caries, siempre después de cada toma de alimentos; usar ropa limpia y zapatos; usar papel higiénico y arrojarlo a la letrina o inodoro después de su uso; aseo higiénico de nariz, ojos y oídos.

Control de vectores

Higiene de la vivienda; descacharrización; eliminar higiénicamente la basura; vacunación contra la rabia a los perros y gatos de la casa; desparasitación de perros y gatos domésticos; crianza de animales en granjas y saneamiento diario de los mismos.

Higiene de la comunidad

Descacharrización; limpieza de banquetas, parques, jardines, calles, veredas, escuelas, locales públicos, etc.

7. Seguimiento de actividades

Supervisión

Con el propósito de contar con niños y niñas bien desarrolladas(os), se hará especial énfasis en la verificación de la aplicación de los procedimientos establecidos para la operación, proporcionando la asesoría necesaria para su corrección e iniciando la inmediata y pertinente gestión a fin de superar las limitaciones de carácter logístico y administrativo que hayan sido detectadas.

Por tanto las acciones de supervisión están encaminadas a:

- ▶ Vigilar el cumplimiento de la normatividad técnica y los procedimientos del Manual de niñas y niños bien desarrollados, en los diferentes niveles de la estructura de servicios de salud de las instituciones del Sector
- ▶ Propiciar que las acciones de supervisión sean de carácter interinstitucional
- ▶ Verificar de manera permanente el cumplimiento de los indicadores de evaluación establecidos en las 32 entidades federativas, dando prioridad a aquellas en que se detecten problemas en la operación.
- ▶ Identificar oportunamente problemas técnicos o administrativos y proponer alternativas de solución
- ▶ Mejorar la capacidad técnica y resolutiva de los Servicios de Salud en las entidades federativas, mediante la asesoría continua o capacitación directa en servicio al personal involucrado
- ▶ Elevar la calidad de la atención a la población menor de dos años de edad

- Expediente clínico:

Recuerde que debe registrar en el expediente clínico todos los datos de importancia, ya que éste es un documento que permite dar seguimiento de las acciones realizadas a la población que acude a consulta.

No olvidar registrar al interior de la nota de evolución la presencia o ausencia de factores de mal pronóstico, signos de alarma y datos clínicos que sustenten el diagnóstico y tratamiento. Asimismo, cuando anote la impresión diagnóstica, para los casos de enfermedad diarreica escribir el estado de hidratación y para los casos de infecciones respiratorias agudas aclarar si tiene neumonía o no. En este mismo apartado, además del diagnóstico de la causa que originó la consulta, anotar la situación nutricional y vacunal.

Al referir indicaciones no olvidar: pruebas diagnósticas para detección de defectos al nacimiento, medidas generales, alimentación, estimulación temprana, capacitación de la madre y cita para seguimiento.

8. Bibliografía

- 1.** Bras J, De la Flor J, Masvidal R. Pediatría en Atención Primaria. Editorial Springer Verlag Ibérica. Barcelona; 1997.
- 2.** Burg F.D., et al. Current Pediatric Therapy. Saunders Company. Edición 15 EUA; 1996.
- 3.** Cusminsky M., Moreno M., Suárez Ojeda, Elbio N. Crecimiento y Desarrollo. Hechos y tendencias. Publicación Científica No. 510. Organización Panamericana de la Salud.
- 4.** Consejo Nacional de Vacunación. Guía de Orientación Alimentaria y Recuperación Nutricia. México; 2000
- 5.** Consejo Nacional de Vacunación. Manual de Procedimientos Técnicos del Programa de Atención a la Salud del Niño. Diarreas. México; 1998.
- 6.** Consejo Nacional de Vacunación. Manual de Procedimientos Técnicos del Programa de Atención a la Salud el Niño. Infecciones Respiratorias Agudas. México, 1998.
- 7.** Consejo Nacional de Vacunación. Manual de Procedimientos Técnicos del Programa de Atención a la Salud del Niño. Vacunación Universal. México. 1996.
- 8.** Consejo Nacional de Vacunación. Manual de Vacunación Universal. México; 2000
- 9.** Evans J, Myers R, Ilfeld E. Early childhood counts. The International Bank for Reconstruction; Mayo, 2000
- 10.** Hoekelman R. A., et al., Primary Pediatric Care. Ed. Mosby. Edición 3º. St. Louis Missouri; 1997.
- 11.** Matas S. et al., Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Editorial Humanitas. Buenos Aires; 1990. p 36-242.
- 12.** Leyva S, Mota F. Manual de Consulta Educativa en Diarreas. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. Primera Edición, 1994.

- 13.** Nelson., et al, Text book of Pediatrics. Ed. W.B Saunders company. 15 th edition, 1996.
- 14.** Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. para la Atención a la Salud del Niño. D.O.F. 9 de febrero de 2001.
- 15.** Organización Panamericana de la Salud. Atención del Niño con Infección Respiratoria Aguda. Serie Paltex . No. 21 para técnicos, médico y auxiliares
- 16.** Organización Panamericana de la Salud. Evaluar y clasificar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Programa de Enfermedades Transmisibles. Septiembre; 1996.
- 17.** Organización Panamericana de la Salud. Evaluar y clasificar al niño enfermo de 1 semana a 2 meses de edad. Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Programa de Enfermedades Transmisibles. Septiembre ; 1996.
- 18.** Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, DC; 1998.
- 19.** PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-1999 Servicios Básicos de Salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. D.O.F. 24 de diciembre; 2001.
- 20.** PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA2-2000 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento D.O.F.31 de octubre; 2001
- 21.** Ramírez Cabañas J.. Cómo potenciar las capacidades de nuestro hijo recién nacido. Ciencias de Educación preescolar y especial. 1992. p 50-100.
- 22.** Salas A. et al., Guía para el diagnóstico y terapéutica en pediatría. Editorial. La Prensa Médica Mexicana. 2° ed. p 60-74.
- 23.** Secretaría de Salud. Alcanzando la salud de los niños y niñas de México. Consejo Nacional de Vacunación, México;2000
- 24.** Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Vigilancia de la Nutrición y Crecimiento del Niño. Manual de Capacitación para personal de Salud. Paquete Básico de Servicios de Salud. México

- 25.** Sienra-Monge JJL, Del Río-Navarro B. Asma Aguda. Boletín Médico Hospital Infantil de México. 1999, 56(3): 185-194.
- 26.** Sienra-Monge JJL, Río-Navarro B., Baeza-Bacab M. Asma. Salud Pública de México, 1999; 41(1): 64-70.
- 27.** Shelov, S.P., et al. Caring for you baby and young child., The American Academy of Pediatrics, Ed. Bantam Books. EUA, 1998. p 58-9.
- 28.** UNICEF. Currículum de Estimulación Precoz. Procep, México.1988.
- 29.** Vaughan, McKay N. Tratado de Pediatría. Tomo I. Salvat. 6° ed.
- 30.** Wong D. Enfermería Pediátrica. 4° ed., Editorial Harcourt- Brace. 1998.
- 31.** Takemoto Carol, MD. Pediatric Dosage Handbook 7° ed. 2001-2002 Lexi Comp; 2000.



www.ssa.gob.mx