



Gobierno de
México

Salud

Secretaría de Salud

PRONAM

Primeros 1000 días de vida

Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM)
Primeros 1000 días de vida

Glosario de abreviaturas:

AC: Alimentación Complementaria.

APEO: Anticoncepción Post Evento Obstétrico.

CDC: Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades.

EDI: Evaluación del Desarrollo Infantil.

IMC: Índice de masa corporal.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LM: Lactancia Materna.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SDG: Semanas de gestación.

USG: Ultrasonido.

PROTOCOLO NACIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA (PRONAM) Primeros 1000 días de vida

I. Introducción:

El concepto de "Los primeros mil días" se originó a partir de una serie de artículos publicados en la revista médica The Lancet en 2008, que se centraban en la desnutrición materno-infantil. La evidencia científica, sugiere que en las primeras etapas de la vida se establece la base para la salud a lo largo de la misma; el desarrollo de un individuo está determinado no solo por la herencia genética, sino también por la interacción de sus genes con el medio ambiente. **Los primeros 1000 días abarca los 270 días del embarazo y 730 días de los primeros 2 años** y es un periodo crucial para el desarrollo humano. Diversos estudios científicos han demostrado que la inversión en salud y nutrición durante esta etapa tiene un impacto significativo y duradero en la vida de un individuo.

El sector salud tiene una gran responsabilidad en la promoción de la salud, la prevención y atención de enfermedades y el desarrollo infantil durante los primeros 1000 días, es por eso, que el protocolo de atención médica (PRONAM) para los primeros 1000 días (PRONAM 1000D), aborda múltiples aspectos de la salud materna e infantil, basados en evidencia científica sólida, que respalda la importancia de esta etapa crítica para el desarrollo a largo plazo; está dirigido a tomadores de decisión, profesionales de la salud, medicina, enfermería y nutrición involucrados en el seguimiento del embarazo, parto y la atención de niñas y niños de cero a 2 años.

II. Objetivo:

Establecer las intervenciones que las y los profesionales de la salud deberán realizar en la atención materna-infantil en el primer nivel de atención, durante los primeros 1000 días de vida.

III. Embarazo saludable:

Control prenatal. Se refiere a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y la atención de la persona recién nacida, bajo un contexto de **atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía.** Todas las acciones que se realicen se deberán registrar en el expediente clínico. Se debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o con prueba positiva de embarazo, atendiendo al siguiente calendario:

Tabla 1. Consultas prenatales recomendadas

1^a consulta	entre las 6 - 8 semanas
2^a consulta	entre 10 - 13.6 semanas
3^a consulta	entre 16 - 18 semanas
4^a consulta	22 semanas
5^a consulta	28 semanas
6^a consulta	32 semanas
7^a consulta	36 semanas
8^a consulta	entre 38 - 41 semanas

Actividades en cada consulta:

- Realizar registros en expediente (en la primera consulta es importante completar historia clínica).
- **Exploración física completa** que incluya: signos vitales, peso, talla, evaluación del estado nutricional, exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino, determinación de número de fetos, así como estática, movimientos y frecuencia cardiaca fetal.
- Calcular edad gestacional y fecha probable de parto.
- Realizar tira reactiva urinaria y glucosa capilar.
- Interrogar e identificar factores de riesgo obstétrico. (*ver embarazo de alto riesgo y datos de alarma*). Realice búsqueda intencionada de violencia, comorbilidades y complicaciones del embarazo. **Evaluar riesgo obstétrico** y en caso de presentarlo referir a segundo nivel.
- Realizar actividades de educación para la salud para promover el bienestar integral de la persona embarazada. Asesoramiento y evaluación de percepciones, sentimientos, expectativas y experiencias previas. Orientación sobre autocuidado, medidas higiénicas, alimenticias, de actividad física, datos de alarma e importancia de suspender el tabaquismo o el consumo de otras sustancias nocivas.
- Preparación para la resolución del embarazo.
- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Es fundamental prevenir el peso bajo al nacimiento, por lo cual, además de buscar y tratar intencionadamente factores de riesgo y otorgar un manejo adecuado ante amenazas de parto pretérmino, **se debe realizar el seguimiento periódico y sistemático del incremento del peso materno y de la altura del fondo uterino**. En caso de sospechar restricción de crecimiento del feto deberá referirse para valoración a un siguiente nivel de atención.

Las infecciones de vías urinarias, así como cervico-vaginales, son causa importante de amenazas de aborto y de parto pretérmino, por lo tanto, de un peso bajo al nacimiento; su identificación y

tratamiento son fundamentales, interrogue en cada consulta sintomatología relacionada.

Como parte del seguimiento del embarazo se deberán solicitar los siguientes **exámenes de laboratorio**:

- Biometría hemática completa
- Grupo sanguíneo y factor Rh, [*en paciente Rh negativo (Coombs indirecto)*]
- Glucosa en ayuno
- Creatinina
- Ácido úrico
- Examen general de orina
- Curva de tolerancia a la glucosa oral (prueba de O'Sullivan) para tamizaje de diabetes gestacional entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Citología cervico-vaginal
- La prueba de tamizaje para VIH y sífilis debe ofertarse en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la persona embarazada.

Ultrasonografía: medio fundamental de vigilancia como tamizaje prenatal oportuno. Se debe promover la realización de USG obstétrico en cada trimestre del embarazo. En caso de contar con el recurso determinar: fetometría, peso fetal, percentil de peso fetal, sitio de implantación y evaluación de la placenta, medición de índice de líquido amniótico y longitud cervical. Se sugiere realizar 1° entre 11 a 13.6 SDG, 2° 18 y 22 SDG, 3° 29 Y 30 o más SDG.

Vacunación durante el embarazo. La inmunización durante el embarazo puede proteger a la madre y también a la futura hija o hijo. Se sugiere consultar el PRONAM de vacunación a lo largo de la vida para mayor información. El esquema de vacunación universal incluye las siguientes vacunas para personas embarazadas (ver tabla 2):

Tabla 2. Vacunas durante el embarazo

Nombre de la vacuna	Momento de aplicación
Tdpa	A partir de la semana 20, preferente entre la semana 27 y 36 de gestación.
Td	A partir de la semana 20, preferente entre la semana 27 y 36 de gestación.
Influenza	En cualquier trimestre del embarazo, durante la época invernal.
Hepatitis B	Personas con factores de riesgo específico: personas que viven con VIH, más de una pareja sexual en los últimos 6 meses, ITS en los últimos 6 meses, uso actual o reciente de drogas inyectables, pareja sexual positiva a HBsAg, enfermedad hepática o renal crónica, exposición laboral a sangre humana u otros fluidos corporales, integrantes del hogar de personas infectadas con hepatitis B o viajeros a zonas con alta incidencia de hepatitis B.

COVID-19

En cualquier trimestre. Preferente a partir del segundo trimestre.

Evaluación y recomendaciones nutricionales.

Aproximadamente el 50% de las embarazadas ganan más peso de lo recomendado durante la gestación. Dado que esta situación conlleva riesgos para la salud del binomio, es importante **vigilar la ganancia de peso en cada visita prenatal y evaluar si se está ganando más peso de lo esperado**. El aumento de peso recomendado durante el embarazo depende del IMC pregestacional y del trimestre del embarazo en el que se encuentre. Cuando la primera consulta sucede antes o durante el primer trimestre del embarazo se calcula el IMC pregestacional o el actual, de acuerdo con este IMC se dan las recomendaciones a la paciente sobre el aumento del peso total que debería tener en el embarazo (ver figura 1). Adicionalmente, se pueden dar recomendaciones sobre la ganancia de peso total para el primer trimestre y sobre la ganancia de peso por semana para el segundo y tercer trimestre tomando siempre en consideración el IMC pregestacional.

Figura 1. Recomendaciones sobre la ganancia de peso durante el embarazo según el IMC pregestacional.

Estado de nutrición pregestacional de acuerdo a IMC	Ganancia de peso total durante el embarazo:	Ganancia de peso recomendada durante el primer trimestre es:	Ganancia de peso recomendada por semana durante el segundo y tercer trimestre es:
DESNUTRICIÓN IMC < 18.5 kg/m ²	12.5-18.0 kg/m ²	1-3 kg	0.44-0.58 kg
NORMAL IMC de 18.5 a 24.9 kg/m ²	11.3-15.9 kg/m ²	1-3 kg	0.35-0.5 kg
SOBREPESO IMC de 25 a 29.9 kg/m ²	6.8-11.3 kg/m ²	1-3 kg	0.23-0.33 kg
OBESIDAD IMC > 30 kg/m ²	4.0-9.0 kg/m ²	0.2-2 kg	0.17-0.27 kg

Adaptado de las recomendaciones emitidas en la NOM 007-SSA-2016 y de las recomendaciones de ganancia de peso por trimestre y semana emitidas por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM), 2009.

Una alimentación saludable durante el embarazo es indispensable para proteger la salud de la madre y mantener un crecimiento y desarrollo adecuado de la niña o niño. Las personas embarazadas no deben restringir el consumo de energía, sino que deben enfocarse en lograr una adecuada y constante ingesta de alimentos nutritivos, esto es altos en micronutrientes y bajos en densidad energética. Las intervenciones nutricionales deben estar basadas en un enfoque preventivo y personalizado. La alimentación saludable previene y controla enfermedades crónicas tales como el sobrepeso y la obesidad, la diabetes gestacional, las enfermedades hipertensivas en el embarazo, anemia entre otras.

Un plan de alimentación saludable para el embarazo incluye alimentos y bebidas ricos en nutrientes, tales como: frutas y verduras (aportan vitaminas y fibra), cereales integrales, como avena, pan integral y arroz integral (aportan fibra, vitaminas B y otros nutrientes necesarios), leche y productos lácteos bajos en grasa o descremados, leche de soya, almendra, arroz u otras bebidas con vitamina D y calcio agregados, proteínas de fuentes saludables, como frijoles, huevos, carnes, nueces y semillas sin sal, si puede tolerarse y no es alérgica. Un plan de alimentación saludable también limita la sal, grasas sólidas (como mantequilla, manteca de cerdo y manteca vegetal) y alimentos y bebidas endulzados con azúcar. **Ver Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para la Población Mexicana: Recomendaciones para la Promoción de la Salud en Mujeres Embarazadas y en Periodo de Lactancia.**

Suplementación preventiva de la persona embarazada con micronutrientes. Las personas embarazadas y en período de lactancia tienen un incremento de los requerimientos de vitaminas y minerales las cuales son difíciles de obtener únicamente a través de la dieta. Los beneficios de la suplementación con micronutrientes incluye una reducción o una disminución de complicaciones en el parto, anemia materna, parto prematuro, defectos de tubo neural, muerte fetal o durante los primeros 30 días, bajo peso al nacer y mortalidad durante los primeros 6 meses.

Debe prescribirse 0.4 mg de ácido fólico, en todas personas embarazadas al primer contacto, idealmente debe prescribirse 3 meses previos a la gestión, en el periodo preconcepcional y 4 mg de ácido fólico cuando presenten riesgo de defectos del tubo neural (por ejemplo: antecedentes heredo familiares o embarazo previo con feto con defectos del tubo neural). Puede otorgarse multivitamínico que contenga ácido fólico, hierro (mínimo 27 mg de hierro elemental o su equivalente) y vitamina D.

Promover actividad física durante el embarazo. Se ha documentado que cerca de la mitad de las personas interrumpen o disminuyen la práctica de actividad física debido al embarazo, sin

embargo, la actividad física durante el embarazo tiene muchos beneficios, tales como facilitar el trabajo de parto, mejorar la salud mental y bienestar materno, mejorar la circulación, disminución del riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional, entre otros. Bajo este concepto se debe **recomendar la actividad física aeróbica y ejercicios de fortalecimiento muscular** dirigidos a mantener un buen nivel de condición física durante todo el embarazo, sin intentar alcanzar un nivel de condición física máximo o entrenar para competencias deportivas. **Se recomienda caminata, baile, natación, yoga y pilates; evitar saltos, deportes de contacto, buceo y cargar grandes pesos.**

Orientación sobre lactancia materna (LM). Los beneficios a corto y largo plazo de la lactancia materna están bien establecidos, es por ello, que la educación prenatal sobre LM es indispensable ya que una de las razones por las que las mujeres no pueden amamantar tiene que ver con la falta de educación y conocimiento sobre cómo amamantar. La OMS recomienda que las mujeres reciban **consejería sobre lactancia materna exclusiva al menos en 6 ocasiones durante el embarazo y debe incluir información acerca de los beneficios, consejos para lograr una lactancia exitosa, posiciones para amamantar, puntos clave de un buen agarre y succión, mitos acerca de la lactancia y las principales barreras que pueden enfrentar al amamantar así como consejos prácticos para resolver los problemas más comunes asociados a amamantar**; se recomienda incluir al entorno familiar o red de apoyo en dicha asesoría. Puede hacer uso de los siguientes documentos: Técnica correcta de lactancia materna, señales de hambre en el recién nacido a término, capacidad gástrica del bebé y “Un regalo de salud para la vida. Aprendiendo a Amamantar y alimentar a mi bebé”.

Embarazo de alto riesgo y datos de alarma.

Un embarazo de alto riesgo es un embarazo que pone en riesgo la salud o la vida de la madre o del feto y generalmente requiere atención especializada. En el primer nivel de atención, se debe llevar a cabo el control del embarazo y la identificación oportuna de los factores de riesgo, para una referencia oportuna al segundo o tercer nivel de atención, de los casos que así lo requiera. El índice de Cooplant (Tabla 3), es un sistema de puntuación, que se utiliza para medir el riesgo obstétrico en embarazadas. Se considera un instrumento válido para identificar a las embarazadas de alto riesgo. A mayor puntuación de Cooplant, menor probabilidad de tener buenos resultados fetales, esta asociación es estadísticamente significativa.

Las categorías de riesgo acorde con este índice son:

- Riesgo bajo: 0-3 puntos
- Riesgo moderado: 4-6 puntos
- Riesgo alto: 7 o más puntos

En el caso de que identificar un puntaje mayor a 4 puntos se debe considerar enviar a siguiente nivel de atención.

Tabla 3 Índice de Copland, de riesgo obstétrico.

FACTOR		PUNTAJE	FACTOR		PUNTAJE	
Factor de Riesgo	Edad años	Menos de 18	2	Condiciones en el embarazo actual	Sangrado vaginal antes de 20	1
		Entre 18 y 35	0		Sangrado vaginal después de 20	3
		Más de 35	2		Anemia	Hb 6-10 g/L
	Paridad	Nulipara	1		Hb menor 6 g/L	2
		1-4	0		Aloinmunización Rh	3
Más de 5	2	No presentación cefálica al	3			
Condiciones Médicas y Quirúrgicas	Hipertensión Arterial Crónica		2		Embarazo múltiple	3
	Diabetes Pregestacional		2		Hipertensión	3
	Enfermedad Renal Crónica		2		Eclampsia	3
	Cardiopatía (NYHA III o IV)		3		Diabetes Gestacional	2
	Cardiopatía (NYHA I o II)		1	Placenta previa	2	
	Cirugía Ginecológica previa		2	Ruptura prematura de	2	
	Cualquier padecimiento médico: asma, epilepsia, Tb,		1-3 (según severidad)	Ruptura prematura de	3	
Antecedentes Obstétricos	Infertilidad		1	Polihidramnios	2	
	Dos o más abortos del primer		1	Oligohidramnios	2	
	Dos o más abortos del segundo		2	Peso fetal menor percentil 10	3	
	Algún RN menor a 2500 g o mayor a 4000 g de peso al nacimiento		1	Ultrasonido Doppler	3	
	Cesárea previa		1	Total de puntos obtenidos:		
	Hemorragia postparto o		1	Riesgo bajo: 0-3 puntos		
	Muerte fetal o muerte neonatal		3	Riesgo Moderado: 4 - 6 puntos		
	Distocia o trabajo de parto		2	Riesgo Alto: Mayor o igual a 7 puntos		
	Hipertensión gestacional o		2	Elaboró:		
	Eclampsia		3			
Diabetes Gestacional		2				

Además de los factores de riesgo generales, se deben investigar aquellos para defectos al nacimiento y referir a los niveles de atención correspondientes, tales como: desnutrición u obesidad, consanguinidad, antecedentes familiares de defectos congénitos, enfermedades hereditarias o cromosómicas y discapacidad intelectual, infecciones del complejo TORCH, exposición a tabaco, alcohol u otras drogas, exposición aguda o crónica a medicamentos (anticonvulsivos, anticoagulantes, antineoplásicos, dermatológicos), exposición a tóxicos ambientales (radiaciones, inhalantes, plaguicidas, fertilizantes, plomo), embarazo múltiple, embarazo en edades extremas de la vida reproductiva (madre menor de 20 años y de 35 años o más, padre mayor de 45 años), multigestas (cuatro o más), periodo intergenésico menor de dos años, endocrinopatías, hipertensión arterial, alteraciones renales, epilepsia, enfermedades autoinmunes, infecciones genitourinarias, infecciones de transmisión sexual, aborto recurrente, muertes perinatales, isoinmunización por Rh, entre otros.

Todas las personas embarazadas deben **identificar los datos de alarma** durante la gestación y

acudir a la unidad hospitalaria más cercana en presencia de alguno. De igual manera el o la profesional de salud los interrogará en cada consulta.

Los datos de alarma durante el embarazo son: cefalea intensa, fosfenos, acúfenos, pérdida del estado de conciencia, palidez intensa, epigastralgia, dolor abdominal, edema en cara, manos y pies; fiebre, pérdidas transvaginales (líquido o sangre), actividad uterina, disminución o ausencia de movimiento fetales (a partir de la semana 20), dificultad respiratoria.

Salud mental materna.

Los trastornos mentales perinatales son un grave problema de salud pública en todo el mundo y tienen una mayor prevalencia en los países de medianos a bajos ingresos, como México, principalmente en las mujeres más pobres y con antecedentes psiquiátricos.

De acuerdo con lo establecido por la OMS, la salud mental perinatal corresponde al grado de adaptación de la mujer a su condición de gestante, al funcionamiento armónico de su actividad mental psíquica y su correspondiente integración tanto individual como social, lo que lleva a un estado de bienestar personal y capacita para la futura maternidad. Se considera que hasta el 21.7% de las mujeres sufren depresión durante el embarazo, con una duración media de 7 meses posparto. Uno de los factores asociados a la depresión, es la disminución de las horas efectivas de sueño o de la calidad de este. En cuanto a los trastornos de ansiedad, se presentan hasta en el 10-15% de las mujeres en algún momento del embarazo y el puerperio. La depresión en el embarazo es uno de los predictores más importantes de la depresión postparto la cual también se presenta con frecuencia. La depresión durante la gestación incrementa el estrés normal que acompaña el proceso del embarazo, derivado de los cambios y transformaciones biológicas y psicológicas que conlleva el nacimiento de una persona. Asimismo, es causa probable de que la madre descuide su salud y no asista a revisiones prenatales, lo cual afecta el desarrollo del feto.

El retraso en la atención de los diversos trastornos mentales perinatales puede llevar al infanticidio o al suicidio, siendo este último la principal causa de muerte materna durante el primer año posparto. Cuando no se cumplen las expectativas de felicidad se sufre inadaptación al embarazo o a la lactancia. También se puede presentar incapacidad para cumplir las obligaciones actuales y las que de ella se esperan en el futuro inmediato. Sumado a lo anterior, si existen trastornos mentales preexistentes o desarrollados durante la gestación o posterior al parto se puede producir en la mujer un profundo sufrimiento, y afectar la relación madre-hijo o la dinámica familiar.

La OMS publicó en 2015 una guía para el tratamiento de la depresión perinatal con el título Thinking Healthy. A manual for psychosocial management of perinatal depression (mhGAP-IG), el cual plantea las siguientes recomendaciones:

- Las intervenciones psicosociales son la primera línea terapéutica
- El tratamiento psicofarmacológico debe evitarse en la medida de lo posible, y en caso de ser necesario debe individualizarse tomando en cuenta los factores farmacológicos, maternos, psicosociales, socioeconómicos y culturales de la mujer, su pareja y el impacto familiar
- Incorporar a los principios generales del cuidado la comunicación sensible, clara y empática con la mujer y sus familiares, y no olvidar la importancia del apoyo social
- Brindar psicoeducación relacionada con la prevención de la sobremedicación y la mejora del apego terapéutico
- Se debe iniciar la terapia cognitiva-conductual lo más pronto posible, si este recurso está disponible
- Iniciar tratamientos complementarios, como actividad física estructurada, relajación y resolución de problemas
- Se debe reactivar o fortalecer la red familiar, social e institucional para la embarazada

En todas las consultas prenatales es conveniente hacer una exploración rápida del estado de ánimo y de la red de apoyo con la que la persona embarazada cuenta para hacer frente a las situaciones de adversidad, teniendo en consideración, que incluso el personal de salud puede ser parte de esa red de apoyo. El bienestar psicosocial es fundamental para asegurar la salud física y mental del binomio.

Otro tema por incluir durante la consulta prenatal, es la **orientación sobre actividades de estimulación prenatal, con el objetivo de favorecer el desarrollo sensorial y cognitivo del feto desde el vientre materno.** Esta práctica no sólo beneficia al bebé, sino que también fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el hijo. Se pueden añadir actividades sencillas como; acariciar suavemente el vientre para que el feto perciba el contacto y reconozca estímulos externos, hablarle al feto, cantar canciones, colocar música suave, realizar jugos con linterna sobre el vientre.

La Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO). Permite a la mujer y a la persona con capacidad de gestar, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante el uso de un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de abandonar la unidad médica donde se le atendió, o durante los 42 días posteriores a dicho evento obstétrico, lo que

contribuye a incrementar el intervalo intergenésico y a reducir el riesgo reproductivo (LTPPUMAM, 2022).

La APEO incluye acciones de **consejería, entrega o aplicación de anticonceptivos, y seguimiento de las personas usuarias hasta los 42 días posteriores a la fecha del evento obstétrico**. La consejería se debe otorgar por personal capacitado en todo momento y a toda persona que solicita un servicio y su objetivo principal es crear las condiciones para que la persona pueda tomar decisiones de acuerdo con sus necesidades, convicciones, preferencias reproductivas, y ejercer su derecho a decidir. **La consulta prenatal es el momento propicio para que la persona atendida seleccione el método anticonceptivo a adoptar** durante el Post Evento Obstétrico.

IV. Parto y puerperio seguros

Un parto y puerperio seguros se basan en una atención de salud materna y neonatal segura, esta seguridad no solo hace referencia a los procedimientos técnicos sino también al entorno facilitador del evento. La OMS emitió una serie de recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia positiva destacando:

- La **atención respetuosa** de la maternidad, remite a una atención organizada y proporcionada a todas las personas gestantes, de manera que **mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad; asegurando la integridad física, el trato adecuado, la toma de decisiones informada y apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto**.
- **Comunicación efectiva** entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de **métodos simples y culturalmente aceptables**.
- **El acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto por la persona**

Si bien el procedimiento de resolución del embarazo vía parto o cesárea, según el caso lo amerite, se realizará en un primer, segundo o tercer nivel de atención, es obligación del personal de salud de primer contacto, referir oportunamente, informar a la embarazada y su familia acerca de los pasos a seguir, despejar las dudas pertinentes y mencionar la importancia de regresar en los primeros 5 días posterior al egreso hospitalario, para un seguimiento estrecho tanto de la madre como de la persona recién nacida.

Algunos elementos importantes a considerar durante la atención del parto en cualquier nivel de atención y que impactan en crecimiento y desarrollo neurocognitivo del neonato son:

1. **Pinzamiento tardío de cordón umbilical**. Es una técnica médica que consiste en esperar entre 30 y 60 segundos después del nacimiento para pinzar el cordón y debe integrarse como práctica esencial de la persona recién nacida. Tiene efectos favorables en la persona recién

nacida, tales como un incremento en los niveles de hemoglobina y depósitos de hierro, con impacto neurológico favorable, además de disminuir la hemorragia intraventricular y enterocolitis necrosante.

2. Contacto piel con piel. Consiste en poner a la persona recién nacida en contacto directo con la piel de su madre después de nacer. El contacto debe ser directo con la piel, sin toallas o sábanas, el cuerpo de la niña o niño debe tocar la mayor superficie del pecho y el abdomen, se recomienda un tiempo de contacto de al menos 50 minutos y los primeros cuidados deben realizarse con la niña o niño encima de la madre. La Organización Mundial de la Salud recomienda el contacto inmediato de piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés incluso de los prematuros y debe promoverse incluso en escenarios de cesárea.

Esta práctica en la primera hora de vida enfatiza los efectos positivos en el binomio en relación al vínculo afectivo y beneficios en las variables fisiológicas neonatales y disminución del sangrado uterino materno. Dentro de los beneficios que ofrece, se encuentran: regula la temperatura corporal de la niña o niño, favorece la lactancia materna, ayuda a la adaptación extrauterina, hay un descenso del estrés tanto materno como de la persona recién nacida, disminuye el riesgo de depresión postparto y reduce el sangrado tras el parto. Es deseable continuar con esta técnica en casa, deben explicarse los beneficios del aumento de oxitocina y dopamina en el cuidador que lo realiza (incluyendo al papá), promoviendo el vínculo y una conexión positiva con la persona recién nacida.

Debe favorecerse el apego inmediato y alojamiento conjunto, desde el nacimiento.

3. Lactancia Materna Exclusiva.

La lactancia materna, aunque es un acto natural, también es un comportamiento aprendido, esto se debe a que prácticamente todas las madres pueden amamantar, siempre y cuando dispongan de la información adecuada y oportuna, así como del apoyo de sus familias, comunidades y del sistema de salud. Cualquier forma de apoyo que reciba la madre favorece la lactancia materna.

La consejería en lactancia materna es un apoyo que brinda personal capacitado para mejorar la técnica y solucionar problemas. Es una de las formas más efectivas de aumentar las tasas de lactancia materna. La consejería durante el embarazo, puerperio inmediato y mediano deberá contener:

- Beneficios y generalidades de la lactancia materna
- Posición de lactancia y agarre
- Identificación de señales de buen flujo de leche
- Identificación y solución de problemas comunes y complejos

- Generación de confianza y conocimiento
- Enseñanza de la extracción, conservación y administración de la leche materna extraída
- Medicación y lactancia materna. *(La página e-lactancia es una herramienta útil para consultar la compatibilidad de la lactancia materna con medicamentos, plantas, enfermedades, pruebas médicas y otros productos, emite recomendaciones basadas en publicaciones científicas recientes. <https://www.e-lactancia.org/> .*

Derivado de la extensión e importancia de Lactancia Materna en los primeros 1000 días de vida, se incluye para consulta los documentos: Técnica correcta de lactancia materna, señales de hambre en el recién nacido a término, capacidad gástrica del bebé y “Un regalo de salud para la vida. Aprendiendo a Amamantar y alimentar a mi bebé”.

Durante el puerperio también debe considerar la Anticoncepción post evento obstétrico (APEO), la aplicación de inmunoglobulina anti-D (como profilaxis en madres RH negativo), la detección de depresión postparto y vigilancia sobre la aparición de datos de alarma en el postparto; mismos que la paciente deberá ser capaz de identificar previo a su egreso.

Datos de alarma durante el puerperio

- Sangrado vaginal abundante en las primeras 4 horas después del parto
- Dolor de cabeza
- Cansancio importante
- Pérdida del estado de consciencia
- Falta de apetito
- Se marea fácilmente
- Presencia de secreción vaginal fétida o purulenta
- Fiebre
- Palidez marcada
- Dificultad para respirar
- Convulsiones
- Desinterés o rechazo para atender a su hija o hijo
- Tristeza durante la mayor parte del día que puede prolongarse por semanas
- Dolor intenso en sitio de herida quirúrgica (en caso de operación cesárea o episiotomía)

V. Atención a la persona recién nacida.

La atención de la persona recién nacida viva implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el **control entre el quinto y séptimo día y a los 28 días. La hora dorada que son los primeros 60 minutos, corresponden a la atención inmediata de la persona recién nacida.** Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención la persona recién nacida que incluyan **reanimación neonatal, manejo del cordón umbilical, examen físico y de antropometría (peso, longitud, perímetro cefálico), valoración de escalas como Apgar, de**

edad gestacional y de dificultad respiratoria; así como procedimientos para la aplicación de vitamina K y profilaxis oftálmica neonatal. Es importante en todo momento **prevenir la hipotermia de la persona recién nacida.**

La **vitamina K** es esencial para la coagulación de la sangre. Las personas recién nacidas tienen niveles bajos de vitamina K al nacer, lo que los pone en riesgo de hemorragia, especialmente hemorragia intracraneal. Se deberá **administrar 1mg de vitamina K por vía intramuscular al momento del nacimiento.**

La **profilaxis oftálmica** se realiza para prevenir conjuntivitis neonatal, que puede ser causada por bacterias como la *Neisseria gonorrhoeae* y la *Chlamydia trachomatis*. Estas bacterias pueden transmitirse a la persona recién nacida durante el parto. La conjuntivitis neonatal puede causar ceguera si no se trata. Se recomienda el uso de profilaxis oftálmica a la persona recién nacida, inmediatamente después del nacimiento, utilizando uno de los siguientes agentes: Cloranfenicol solución oftálmica, Cloranfenicol ungüento oftálmico o Eritromicina ungüento oftálmico.

A partir de los 60 minutos de vida, se debe continuar con medidas que favorezcan la eutermia, la alimentación al seno materno o en su caso de leche materna con otra técnica de alimentación (cuchara, vaso, sonda), reconocer datos de alarma e identificar riesgos como rechazo a la vía oral, deshidratación, ictericia, hipotermia/hipertermia, alteraciones en el estado neurológico y disminución de uresis o evacuaciones. En función a este punto, orientar el tratamiento y vigilar la respuesta para continuar las acciones correctivas y preventivas.

Previo al egreso deben identificarse y tratarse posibles problemas para continuar con la lactancia materna e instruirse a la familia sobre **alimentación al seno materno (asegurar de 8 a 12 tomas en 24 horas)**, técnica para el baño (recordando esperar 24 horas después de nacer para bañar a la niña o niño), uso de productos adecuados para la higiene: evitando el uso de productos perfumados, talcos y aceites; prefiriendo jabones blancos, sin perfume. La lubricación de la piel se realizará con crema blanca sin perfume, uso de ropa de algodón, evitando telas sintéticas, cuidados del cordón umbilical: aseo con agua y jabón manteniéndolo limpio y seco. Orientar sobre **sueño seguro** como estrategia para evitar la muerte súbita del lactante y datos de alarma de la persona recién nacida y la importancia de acudir a urgencias en caso de presentarlos:

Datos de alarma de la persona recién nacida:

- Dificultad para respirar o respire muy rápido
- Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Cordón umbilical rojo, con malo olor o secreción
- Llanto débil o incontrolable

- No come o tienen una sección débil
- Fontanela (mollera) abombada
- No orina.

Tamices

Los tamices son herramientas valiosas en la medicina preventiva que permiten detectar posibles enfermedades o trastornos en el desarrollo. Son pruebas sencillas, rápidas, seguras y no invasivas que optimizan el acceso a un diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno, lo que puede mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida de una persona.

Todo el personal médico y de salud que atiende a niños y niñas debe verificar que se hayan realizado las pruebas de tamizaje en los tiempos específicos para cada una, y que los resultados estén debidamente anotados en la Cartilla Nacional de Salud. En caso de que no se hayan realizado, es su deber orientar a los padres, madres o cuidadores y programar o derivar a que se realicen las pruebas correspondientes.

Tabla 4. Tamices en los primeros 1000 días

Tamiz	Edad recomendada	Enfermedad que detecta	Otras consideraciones
Tamiz metabólico*	A partir de las 72 horas de vida hasta el quinto día de vida	Hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, deficiencia de biotinas, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, y deficiencia de G6PD.	Deberá repetirse entre la segunda y tercera semana de vida en personas recién nacidas de alto riesgo como prematuros < 34 SDG y < 2,000 g, neonatos críticamente enfermos o con síndromes genéticos.
Tamiz auditivo	Ideal entre las primeras 24 y 48 horas, antes de los primeros 3 meses de vida	Disminución de la audición o sordera.	En toda unidad que atienda partos. realizar tamiz auditivo antes de dar de alta a la persona recién nacida. De no ser posible, debe referirse para su realización.
Tamiz oftalmológico	Primer mes de vida	Malformaciones que puedan causar ceguera.	Comprende: inspección externa de párpados y ojos, reflejo rojo, reflejo pupilar y movilidad ocular.
Tamiz cardiaco	Después de las primeras 24 horas y antes de los 3 días de vida	Posible cardiopatías congénitas graves.	Se considera tamizaje positivo cuando la saturación < 90% o si existe una diferencia mayor a 3% entre la saturación pre y postductal. Aquellas niñas o niños con un tamizaje positivo deberán ser referidos para un ecocardiograma.
Tamiz de cadera	Entre el primer y cuarto mes de vida	Displasia del Desarrollo de la Cadera	Realizar tamizaje de cadera al nacimiento, mediante maniobras de Barlow y Ortolani. En caso de sospecha de displasia del desarrollo de cadera, enviar para realización de ultrasonido entre la tercera y sexta semana de

			vida a hospitales de segundo o tercer nivel de atención.
--	--	--	--

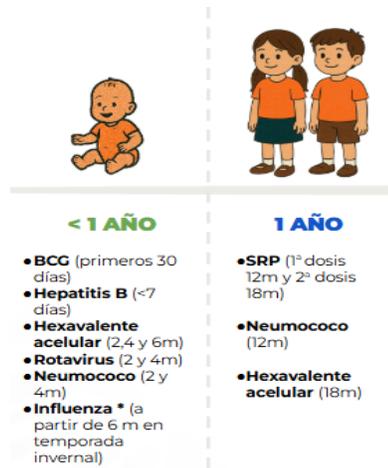
**Deben completarse las 3 fases del programa:*

- 1) *Fase preanalítica: comprende desde la toma de muestra hasta el envío de la tarjeta de papel filtro al laboratorio para su análisis. Una adecuada toma de muestra es esencial para la obtención de resultados confiables.*
- 2) *Fase analítica: comprende desde la recepción de las tarjetas de papel filtro por los laboratorios hasta la emisión de resultados tanto positivos como negativos y el reporte de casos sospechosos.*
- 3) *Fase postanalítica: comprende la búsqueda de las personas recién nacidas con resultados sospechosos y la toma de pruebas confirmatorias del diagnóstico y con ello ofrecer tratamientos oportunos y específicos, en trabajo colaborativo con los siguientes niveles de atención.*

Cartilla Nacional de Salud. Es un documento oficial, de carácter personal y una herramienta que integra acciones de promoción de la salud, nutrición, vacunación, prevención, detección y control de enfermedades; salud mental y un apartado de citas médicas. Estas acciones promueven el autocuidado, la corresponsabilidad en la salud, servicios de calidad y la equidad de género, así como estrategias que facilitan el seguimiento personalizado y continuo de las acciones de salud en todas las etapas de la vida. El momento ideal de entrega es previo al egreso hospitalario de la persona recién nacida, si no es posible, deberá entregarse a la brevedad registrando todas las acciones que se hayan realizado hasta el momento, así como invitando a la familia a utilizar el instrumento.

Vacunación. La prevención de enfermedades infecciosas y no transmisibles durante los primeros 1000 días es crucial para mejorar la supervivencia infantil y la calidad de vida futura. Consulte el **PRONAM de vacunación a lo largo de la vida.**

Figura 2. Vacunación en los primeros 2 años



VI. Niñas y niños de 28 días a 24 meses

La consulta de la niña sana y el niño sano, es una herramienta fundamental para acompañar el crecimiento y desarrollo en la infancia. Con su enfoque preventivo, no solo se asegura que cada etapa se transite de forma saludable, sino que también a través de visitas regulares se permite un **monitoreo constante del crecimiento y desarrollo, facilitando la identificación oportuna de posibles alteraciones y la intervención temprana.** Además, es el momento idóneo para lograr un acercamiento estrecho con las personas cuidadoras de niñas y niños, que mejore la comunicación, donde se establezcan lazos de confianza entre las personas y las y los trabajadores de la salud.

La recomendación ideal de temporalidad de consultas de la niña sana y el niño sano se menciona en la siguiente tabla, asegurando al menos 6 consultas en el primer año de vida.

Tabla 5. Temporalidad de las consultas de la niña sana y el niño sano	
Edad	Temporalidad
Persona recién nacida	Quinto día de vida y a los 28 días de vida
Menores de un año	Mensual hasta el año
1 a 2 años	Bimestral

Fuente: Elaboración propia con recomendaciones emitidas por el Programa de Infancia del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia 2023.

Durante la consulta se debe realizar historia clínica pediátrica completa (recopilación de información sobre antecedentes familiares, antecedentes de embarazo y parto, alimentación, sueño, desarrollo

psicomotor, vacunas y enfermedades u hospitalizaciones previas), llevar un expediente clínico y preguntar sobre el entorno familiar, social y escolar del niño.

La exploración física debe ser completa independientemente del motivo de consulta, esto incluye antropometría y evaluación del estado nutricional con base en las gráficas de crecimiento de la OMS (puntuación Z) y CDC. También se debe vigilar el **desarrollo infantil y utilizar la Cartilla Nacional de Salud**, para orientar a los padres sobre los hitos del desarrollo. Además, es importante realizar la prueba EDI (Evaluación del Desarrollo Infantil) en los tiempos recomendados para detectar posibles alteraciones y brindar intervenciones oportunas (ver apartado Neurodesarrollo).

Alimentación y nutrición.

De acuerdo con la recomendación de OMS se deberá fomentar **lactancia materna exclusiva** durante **los primeros seis meses de vida**, lo que significa que la niña o niño **debe recibir exclusivamente leche materna, sin otros alimentos ni líquidos, ni siquiera agua. A partir de los seis meses, se deben introducir alimentos complementarios seguros y nutritivos, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los dos años o más.** En cada consulta se deberán evaluar las barreras y los factores protectores para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna, así como la técnica de amamantamiento. La lactancia materna es a libre demanda, lo que significa, cada vez que la niña o el niño lo requiera, atendiendo a los signos de hambre y saciedad del bebé. Se desaconseja el uso de biberones, ya que pueden interferir con la lactancia materna.

La **alimentación complementaria (AC)** es el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de los lactantes, por lo que, se necesitan otros alimentos y líquidos además de la leche materna. La AC óptima se da entre los 6 y los 24 meses de edad, aunque la lactancia materna puede continuar después de los dos años. La AC va más allá de la simple introducción de alimentos, implica un cambio gradual en la textura de los alimentos para promover los movimientos de la lengua, labios y mandíbula, con el fin de asegurar el correcto desarrollo de los órganos involucrados en la masticación, el habla y la pronunciación.

La **alimentación complementaria** debe ser **variada, incluyendo desde el inicio alimentos de todos los grupos (verduras, frutas, proteínas, cereales).** Al mes de iniciada la alimentación complementaria, deberán de haberse incorporado al menos 2 -3 alimentos de cada grupo, para poder garantizar una alimentación sana. Los alimentos considerados potencialmente alergénicos como son huevo, kiwi, fresa, cacahuete, pescado, mariscos, trigo y soya se deben introducir antes de cumplir el año de edad. Se recomienda iniciar con papillas y progresar a machacados y texturas grumosas antes de los 10 meses de edad para disminuir el riesgo de aversión a texturas. No ofrecer

alimentos empacados, con azúcar añadida, sal, grasas e ingredientes que ponen en riesgo la salud y causan problemas como estreñimiento, diarrea, caries o sobrepeso, por ejemplo: salchichas, frituras, jugos, dulces, pastelitos y galletas.

La energía necesaria procedente de la AC para niñas y niños con ingestas promedio de leche materna en países en desarrollo es de aproximadamente 200 kcal al día para niñas y niños de entre 6 y 8 meses de edad, 300 kcal al día para niños de entre 9 y 11 meses, y 550 kcal al día para niñas y niños de entre 12 y 23 meses.

Tabla 6.Recomendaciones de cantidades para la AC	
De 6 a 8 meses:	<ul style="list-style-type: none"> • 3 a 4 cucharadas de alimento por comida • Equivale a 45 a 60 gramos de alimento por comida. • Se recomienda ofrecer de 2 a 3 comidas al día.
De 9 a 11 meses:	<ul style="list-style-type: none"> • 4 a 8 cucharadas de alimento por comida. • Equivale a 60 a 120 gramos de alimento por comida. • Se recomienda ofrecer 3 comidas al día, más 1 o 2 refrigerios o colaciones.
De 12 a 23 meses:	<ul style="list-style-type: none"> • 8 a 12 cucharadas de alimento por comida. • Equivale a 120 a 180 gramos de alimento por comida. • Se recomienda ofrecer 3 comidas al día, más 1 o 2 refrigerios.

En la práctica, las personas que alimentan a niñas y niños no medirán la densidad energética de las comidas ofrecidas, por lo que se recomienda que la cantidad de comida ofrecida se base en los principios de la alimentación complementaria perceptiva, atendiendo a las señales de hambre y saciedad del niño

La **alimentación perceptiva** es un componente esencial de la AC. Se basa en responder a las señales de hambre y saciedad del lactante, fomentando una interacción receptiva entre el cuidador y la niña o niño. Implica alimentar al lactante directamente y asistir a las niñas y niños mayores cuando comen solos, respondiendo a sus señales de hambre y saciedad. También significa alimentar despacio y pacientemente, animando a las niñas y niños a comer sin forzarlos. Si rechazan varios alimentos, se debe experimentar con diferentes combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer. Es importante minimizar las distracciones durante las comidas, si la niña o el niño pierde interés rápidamente. Los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor, por lo que se debe hablar con las niñas niños y mantener el contacto visual. **Ver Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para la Población Mexicana: Recomendaciones para la Promoción de la Salud Niñas y niños de 0 a 4 años.**

La **vigilancia del estado nutricional** en la infancia temprana es crucial para garantizar un desarrollo saludable. En las unidades de salud de primer nivel **se deberá realizar somatometría que consiste en tomar el peso y la longitud/talla, independientemente del motivo de consulta, con el objetivo de detectar y abordar de manera oportuna casos de desnutrición, sobrepeso, obesidad y deficiencias de micronutrientes. Se recomienda realizar estudio de biometría hemática entre los 9 y 12 meses de vida, derivado de la alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro.**

Los micronutrientes como el hierro, el yodo y el zinc son esenciales para el desarrollo del cerebro y las funciones cognitivas. Su deficiencia puede causar retrasos en el desarrollo, dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento escolar. La deficiencia de hierro es común en lactantes y niños pequeños, lo que puede provocar anemia y retraso en el desarrollo. La OMS recomienda la suplementación con hierro, vitamina A y zinc en áreas con alta prevalencia de deficiencia de estos compuestos.

Tabla 7. Micronutrientes en los primeros 2 años.

Micronutrientes y/o minerales	Indicación	Dosis profiláctica	Dosis tratamiento
Hierro	Prematuros a partir de las dos semanas hasta los 12 meses	2-4 mg/kg/día de hierro elemental	4-6 mg/kg/día
Hierro	Niñas y niños amamantados: a partir del 4to mes y hasta los 12 meses y en niñas y niños de 6-23 meses que viven en áreas con una prevalencia de anemia del 40% o más	1mg/Kg/día de hierro elemental 6 a 23 meses (10-12.5 mg de hierro elemental día) En niñas y niños con lactancia mixta revisar si la dosis de fórmula cubre requerimiento (6 a 12 mg de hierro por litro)	4-6 mg/kg/día
Vitamina D		400 UI/ día	
Vitamina A	Altas dosis de Vitamina A en jornadas nacionales de salud pública en niñas y niños 24-59 meses que viven en zonas donde la prevalencia de ceguera nocturna es 1% o más o en niñas y niños de 6-59 meses que viven en zonas con prevalencia de deficiencia de Vitamina A mayor del 20% - OMS	6 a 11 meses: 100,000 UI 12 a 59 meses: 200,000 UI	

Zinc	Niñas y niños a partir de los 6 y hasta los 23 meses	0-6 meses: 2mg/día 7-12 meses: 3mg/día 1-3 años: 3 mg/día	En casos de diarrea: niñas y niños de 6- 24 meses: 20mg/día por 10 a 14 días niñas y niños menores de 6 meses: 10mg/día 10 a 14 días
------	--	---	---

Referencias: Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course Iron deficiency in infants and children <12 years: Screening, prevention, clinical manifestations, and diagnosis

En condiciones normales **la cantidad de agua natural recomendada** es de:

- ½ vaso de agua natural al día para niñas y niños de 7 a 11 meses.
- 1 vaso de agua natural al día para niñas y niños de 1 año.
- 2 vasos de agua natural al día para niñas y niños de 2 años.

En caso de estar dando fórmula infantil, como último recurso, se debe utilizar agua potable y segura, lavar las manos con agua y jabón antes de la preparación, limpiar las superficies y hervir o desinfectar los utensilios necesarios. Se deberá preparar la cantidad de alimento indicada en las instrucciones del producto para evitar preparaciones diluidas y poco nutritivas. Recomendar utilizar una taza o vaso para administrarla poco a poco.

En presencia de diarrea y deshidratación la atención deberá considerar la administración de **Vida Suero Oral** (Sales de rehidratación) en razón de 100 mL por kilogramo de peso en dosis fraccionadas de cada 30 minutos durante cuatro horas y reevaluar en dos horas para normar conducta. Además de dar más líquidos y alimentos para recuperarse rápidamente, lo que se puede lograr aumentando la frecuencia de la lactancia y ofreciendo alimentos blandos y apetitosos durante la enfermedad.

Recomendar la **desparasitación intestinal periódica a partir de los dos años de edad, mediante tratamiento con Albendazol** dos veces al año.

Promover la actividad física y cantidad de sueño, según la edad del niño o niña:

- Menores de 1 año: Realizar actividad física varias veces al día de diversas maneras, como juegos interactivos recostado, sentado o en sus primeros pasos. Cuantas más veces, mejor. Esto incluye al menos 30 minutos boca abajo y repartidos a lo largo del día mientras están despiertos.
- Para niñas y niños de 0 a 3 meses: de 14 a 17 horas de sueño (incluyendo siestas).
- Para niñas y niños de 4 a 11 meses: de 12 a 16 horas de sueño (incluyendo siestas)
- Niñas y niños de 1 a 2 años: Realizar diferentes tipos de actividad física de diversa intensidad durante al menos 180 minutos repartidas a lo largo del día, incluida actividad física de

moderada a intensa. Cuantas más, mejor. No pasar más de 60 min en actitud sedentaria sin moverse, cubrir de 11 a 14 horas de sueño reparador, incluidas las siestas, con horarios regulares para dormir y despertarse.

No se recomienda el uso de pantallas en los primeros dos años de vida.

Neurodesarrollo. En las unidades de salud del primer nivel de atención, la evaluación del desarrollo infantil debe realizarse sistemáticamente mediante la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), utilizando el instrumento que se presenta en el **“Manual para la Aplicación de la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI)”** 2ª Edición. La Prueba EDI es una herramienta de tamizaje diseñada y validada en México, específicamente para la detección temprana de problemas en el neurodesarrollo en niñas y niños menores de 6 años. Si bien puede aplicarse en cualquier rango de edad, su implementación es obligatoria en las siguientes etapas: 1 mes, 6 meses, 18 meses, 30 meses, 42 meses y 60 meses.

Algunos hitos del desarrollo de acuerdo a la edad son:

Tabla 8. Descripción de hitos del desarrollo infantil				
EDAD	ÁREA SOCIAL Y EMOCIONAL	ÁREA DE LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	ÁREA COGNITIVA Y APRENDIZAJE	ÁREA DE MOTRICIDAD
PERSONA RECIENTE NACIDA	Capacidad de consolarse y los padres a regularlo	El llanto es la forma de comunicar por excelencia, los padres deben aprender a responder.	Ver, oír, contacto piel con piel, la estimulación sensorial será clave para el aprendizaje.	Reflejos primitivos: presencia, simetría e intensidad. Movimientos holocinéticos (carentes de objetivo).
2 MESES	Puede calmarse sin ayuda por breves momentos. Empieza a sonreírle a las personas.	Hace sonidos como de arrullo y mueve la cabeza hacia los sonidos. El llanto sigue siendo su forma de comunicación y lo hace de diferente forma de acuerdo a sus necesidades	Se interesa en las caras. Comienza a seguir las cosas con los ojos y reconoce a su familia.	Puede alzar la cabeza cuando está en posición boca abajo. Mueve las piernas y los brazos con mayor suavidad.
4 MESES	Sonríe espontáneamente; Le gusta jugar con la gente y llora cuando lo dejan de hacer. Copia algunos movimientos y gestos faciales.	Empieza a balbucear y copia los sonidos que escucha.	Responde ante las demostraciones de afecto, Coordina las manos y los ojos, trata de alcanzar objetos y sigue con la vista a las cosas que se mueven.	Sostiene la cabeza, boca abajo levanta el cuerpo apoyándose de codos, y puede darse vuelta hacia boca arriba. Puede sostener un juguete y sacudirlo. Se lleva las manos a la boca.
6 MESES	Reconoce las caras familiares y comienza a darse cuenta si alguien es desconocido. Le gusta jugar con los demás y responde antes las emociones.	Vocaliza al balbucear (“a”, “e”, “o”) y emite sonidos con consonantes. Reacciona cuando se menciona su nombre y hace sonidos para demostrar alegría o descontento.	Demuestra curiosidad sobre las cosas y trata de agarrar las que están fuera de su alcance. Comienza a pasar cosas de una mano a otra.	Se da vuelta para ambos lados (boca arriba y boca abajo), se sienta sin apoyo, se mece hacia adelante y atrás en 4 puntos.

9 MESES	Tiene miedo a las personas desconocidas, tiene juguetes preferidos, puede ser que se aferre a las personas adultas conocidas todo el tiempo.	Entiende cuando se le dice "no", imita sonidos y gestos, hace muchos sonidos diferentes "mamamama" y señala objetos con los dedos.	Observa el recorrido de las cosas al caer. Va en busca de las cosas que se esconden.	Gatea, se para sosteniéndose en algo, puede sentarse solo. Levanta objetos pequeños entre el dedo índice y el pulgar.
12 MESES	Llora cuando el cuidador se aleja. Demuestra miedo o nerviosismo en algunas situaciones. Repite sonidos para llamar la atención.	Actúa cuando se le pide algo sencillo. Usa gestos simples, como mover la cabeza de lado a lado para decir "no" o despedirse con la mano. Dice "mamá" y "papá".	Explora los objetos de diferentes maneras, cuando se nombra algo mira en su dirección. Imita gestos, mete y saca cosas dentro de un recipiente, sigue instrucciones sencillas.	Se para sosteniéndose de algo, camina apoyándose (marcha lateral). Da unos pasos sin apoyarse y se para solo.
18 MESES	Puede tener berrinches, tiene miedo a las personas desconocidas y les demuestra afecto a las personas conocidas. Juega a imitar cosas sencillas y se aferra a la persona que le cuida en situaciones nuevas.	Puede decir al menos 4 palabras además de mama y papá, señala para mostrar lo que quiere.	Sabe para qué sirven las cosas comunes. Señala una o más partes del cuerpo. Hace garabatos sin ayuda y construye torres de 2 bloques. Puede seguir instrucciones verbales simples	Camina solo, jala juguetes detrás de él mientras camina, puede subir las escaleras y correr. Puede ayudar a desvestirse, bebe de una taza y come con cuchara.
24 MESES	Se entusiasma cuando está con otras niñas y niños, demuestra cada vez más independencia y puede tener un comportamiento desafiante.	Señala a objetos o ilustraciones, sigue instrucciones sencillas y repite palabras que escuchó, sabe nombres de personas conocidas y partes del cuerpo. Dice 8 o más palabras y frases de 2 palabras.	Empieza a clasificar por formas y colores. Juega con su imaginación de manera sencilla. Construye torres de 4 bloques o más. Sigue instrucciones para hacer dos cosas.	Se para de puntas, pateo la pelota, se trepa y baja de muebles sin ayuda, sube y baja las escaleras agarrándose, tira la pelota por encima de la cabeza y dibuja o copia líneas rectas y círculos.

Independientemente del resultado obtenido en la prueba EDI (verde, amarillo o rojo), es imperativo que todas las niñas y los niños sean referidos a talleres de estimulación temprana y que sus familias o tutores reciban orientación sobre prácticas de crianza cariñosa y sensible. Este enfoque integral asegura que cada niña y niño reciba el apoyo necesario para alcanzar su máximo potencial de desarrollo.

En la siguiente tabla, se muestran las recomendaciones a seguir conforme al resultado de la Prueba EDI.

Tabla 9. Recomendaciones basadas en resultado de la prueba de evaluación del desarrollo infantil.

Resultado	Definición	Descripción	Referencia correspondiente
Verde (Desarrollo normal)	La niña o niño realiza las actividades que corresponden a su grupo de edad.	Todos los factores de riesgo biológico, señales de alerta, áreas del desarrollo, exploración neurológica, señales de alarma tienen un resultado verde.	<ul style="list-style-type: none"> a) Seguir las recomendaciones para la vigilancia del desarrollo en la primera infancia. b) Ingresar al programa de estimulación temprana vigente. c) Continuar con las citas subsecuentes establecidas en la consulta del control de la niña sana o niño sano y grupos obligatorios de EDI. d) Orientar a la madre, padre o cuidador primario sobre signos de alarma y señales de alerta de acuerdo con la edad de la niña o niño. (Tarjeta mejorando el desarrollo de mi hija (o), Cartilla Nacional de Salud, Guía de acompañamiento para el personal de salud que realiza acciones de vigilancia del desarrollo en la primera infancia)
Amarillo (Rezago en el desarrollo)	La niña o niño que no realiza las actividades que corresponden a su grupo de edad pero sí las del grupo de edad anterior.	Acorde con el grupo y rango de edad de EDI, cuando, al menos, hay uno o dos ejes de evaluación con un resultado amarillo.	<ul style="list-style-type: none"> a) Ingresar al programa de estimulación vigente en la unidad de salud, de acuerdo con los recursos de la entidad federativa y la madre, padre o cuidador primario de la niña o niño. b) Programar la siguiente consulta de control de la niña sana y el niño sano 3 meses después para la aplicación de la prueba EDI y seguimiento. c) Si la niña o el niño es calificado con amarillo en dos ocasiones consecutivas, se clasificará como rojo y se realizará la referencia a la unidad de pediatría de un segundo nivel de atención o a un centro con capacidad de respuesta, para realizar su diagnóstico y seguimiento. Se sugiere consultar el Manual para la Evaluación de Menores de 5 años con Riesgo de Retraso en el Desarrollo. d) Continuar con las citas subsecuentes establecidas en la consulta del control de la niña sana o el niño sano y grupos obligatorios de EDI. <p>Orientar a la madre, padre o cuidador primario sobre signos de alarma y señales de alerta de acuerdo con la edad de la niña o niño.</p>

<p>Rojo (Riesgo de Retraso en el Desarrollo)</p>	<p>La niña o niño que no realiza las actividades que corresponden a su grupo de edad y tampoco realiza las actividades del grupo de edad anterior.</p>	<p>Acorde con el grupo y rango de edad de EDI, uno o más ejes de evaluación tienen un resultado rojo.</p>	<p>a) Referir a pediatría de segundo nivel de atención o a un Centro con capacidad de respuesta para la valoración diagnóstica.</p> <p>b) Si la niña o niño que tiene resultado rojo puede acceder a alguno de los talleres de estimulación temprana, mientras se realizan los estudios complementarios necesarios en la unidad con capacidad de respuesta, de la cual el personal especializado determinará su seguimiento en cuanto a estimulación temprana en la unidad del primer nivel de atención.</p> <p>c) Programar, la siguiente consulta de control de la niña sana y el niño sano y su siguiente evaluación con EDI.</p> <p>Continuar con las citas subsecuentes establecidas en la consulta del control de la niña sana y el niño sano y grupos obligatorios de EDI. En la consulta subsecuente, se debe recuperar la información acerca del tipo de intervención que se le dio a la niña o niño en el lugar de referencia.</p>
---	--	---	--

Otros temas importantes para abordar durante la consulta de la niña sana y el niño sanos son:

- **Crianza cariñosa**
- **Desarrollo y actividades de estimulación temprana**
- **Signos de alarma para enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas**
- **Higiene personal**
- **Salud bucal**
- **Prevención de violencia familiar**
- **Prevención de accidentes y lesiones**
- **Entornos favorables a la salud (vivienda, escuela y patio limpio)**
- **Detección de cáncer**
- **Prevención de exposición a tóxicos ambientales (plomo, mercurio, BPA, ftalatos)**

VII. Lecturas recomendadas.

- Aranda M, De la Revilla L., De D Luna J. Riesgo obstétrico: evaluación de índices y criterios existentes. Atención Primaria. 1998
- Bourassa, M.W., Osendarp, S.J.M., Adu-Afarwuah, S., Ahmed, S., Ajello, C., Bergeron, G., et al. (2019). Revisión de la evidencia sobre el uso de la suplementación con micronutrientes múltiples prenatales en países con ingresos bajos y medios. Ann. N.Y. Acad. Sci., 1444(1), 6-21.
- Contreras Carreto N, Moreno Sánchez JP. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. Academia Mexicana de Cirugía. s. 2022;90(4). México.
- Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#> 2017
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre, 1989. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Fisher J, Cabral M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalencia y determinantes de los trastornos mentales perinatales frecuentes en mujeres en países de ingresos bajos y medios-bajos: examen sistemático. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2012;90:77-156
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Santiago de Chile, Noviembre de 2013. Disponible en www.unicef.cl
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf?ua=1
<https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/anemia/anemia-ferropenica>
- Impacto de la depresión postparto en el vínculo afectivo. Virginia Chaves Mateos, María
- Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental www.interpsiquis.com - del 23 mayo al 3 de
- Jesús Cutillas Poveda, Emilio Regli Rojas, Julia Mercedes Sánchez Prieto XXIII Congreso Virtual
- Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021 junio de 2022.
- Kinshella MW, Omar S, Scherbinsky K, Vidler M, Magee LA, von Dadelszen P, et al. Effects of maternal nutritional supplements and dietary interventions on placental complications: An umbrella review, meta-analysis and evidence map. Nutrients. 2021;13(2):472. doi: 10.3390/nu13020472
- Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Género y salud en cifras. México. 2017
- Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>
- Ley General de Salud. Secretaría de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 07-06-2024
- Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF: 07/04/2016
- NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF: 24/06/2014
- OMS. Día Mundial de la Salud Mental 2015: Dignidad y Salud Mental [Internet]. www.who.int. 2015 [consultado 2017 Jun 17]. p. s.p. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_in-fosheet/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2014.
- Torres W, Rebolledo C. Comprensión del trato digno en la hospitalización infantil, según pacientes, padres y profesionales de la salud. Rev Chil Salud Pública 2021, Vol 25(2) 183-196
- UNICEF. Guía de implementación de Mil días. Promoción a la salud y nutrición en los primeros 1000 días.
- World Health Organization, UNICEF, United Nations University. Composition of a multi- micronutrient supplement to be used in pilot programmes among pregnant women in developing countries [Internet]. New York; 1999.

GRUPO DE EXPERTOS

Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas.

Instituto Nacional de Salud Pública.

Dra. Arely Peñaloza Nolasco.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Cesar Ruíz Cruz.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutierrez.

Instituto Nacional de Perinatología.

Dra. Luz Angelica Ramirez García.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dra. Martha Lucía Granados Cepeda.

Instituto Nacional de Perinatología.

Dra. Mónica Villa Guillén.

Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Dr. Oscar Moreno Alvarez.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Rodolfo Rivas Ruiz.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Salvador Espino y Sosa.

Instituto Nacional de Perinatología.

Dra. Verónica del Moral Estrada.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

COMITÉ EJECUTIVO PRONAM

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz.

Secretario de Salud.

Dra. Patricia Clark Peralta.

Secretaria del Consejo de Salubridad General.

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Raúl Rivera Moscoso.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Dr. José Ricardo Correa Rotter.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Dr. Francisco Ayala Ayala.

Servicios Públicos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dra. Alma Vergara López.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.