



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Lineamiento de Operación 2020
del Componente
Alteraciones Sexuales Congénitas
Ligadas a Cromosomas (ASCLC)**



**Programa de Atención a la
Salud de la Infancia**



D.R. © Secretaría de Salud
"Lineamiento de Operación del Componente Alteraciones Sexuales
Congénitas Ligadas a Cromosomas".
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Francisco de P. Miranda 177, Col. Lomas de Plateros
Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01480 Ciudad de México
Actualización: Enero 2020



Directorio

Secretaría de Salud

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dra. Asa Ebba Cristina Laurell

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Pedro Flores Jiménez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Dr. José Alonso Novelo Baeza

Titular de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Secretario del Consejo de Salubridad General

Lic. Ángel Rodríguez Alba

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Mtra. Maricela Lecuona González

Abogada General de la Secretaría de Salud



Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dra. Miriam Esther Veras Godoy

Directora General

Dr. José Luis Díaz Ortega

Director del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Mtro. Agustín López González

Director de Determinantes Sociales de Salud para la Infancia y la Adolescencia

Dra. Martha Renatta Pacheco García

Subdirectora Técnica de Salud de la Infancia

Dra. Claudia Olivares Nolasco

Responsable del Componente Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas



Índice

INTRODUCCIÓN	6
FUNDAMENTO NORMATIVO	10
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	13
ORGANIZACION	14
MONITOREO Y EVALUACIÓN	16
MATERIALES	17
ANEXOS	23
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones conocidas como "Anomalías de la diferenciación sexual" (ADS) constituyen un amplio conjunto de enfermedades que se producen por una alteración en cualquiera de las tres etapas del desarrollo fetal imprescindibles para el desarrollo normal del sexo genético; formación del sexo cromosómico (cariotipo, gonosomas), diferenciación del sexo gonadal (ovarios o testículos) y diferenciación del sexo gonadal (genitales externos y /o internos femeninos o masculinos). Su frecuencia es baja e inferior a 1/2.000 recién nacidos, aunque variable según las etiologías, por lo que se incluyen actualmente dentro de la definición de las "enfermedades raras".³

De acuerdo con los criterios del Consenso de Chicago del 2006, se denominaron «Trastornos o anomalías del desarrollo sexual», aunque se mantuvo el concepto de «Estados intersexuales». Pese a ello, la constatación progresiva de rechazo hacia esta nueva terminología médica, provocó un replanteamiento progresivo, de modo que actualmente se conocen como «Desarrollo Sexual Diferente» (DSD). En esta clasificación nos enfocaremos en las alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas (ASCLC) (tabla 1).

Su diagnóstico y tratamiento requiere siempre una atención médica y psicosocial multidisciplinaria. A pesar de los avances alcanzados a lo largo de los últimos 20 años, algunos casos quedan aún sin diagnóstico etiológico definido, sea por falta de estudio molecular o a la espera de la descripción de un nuevo gen.⁵

Tabla 1. Clasificación de las anomalías de la diferenciación sexual.

Alteraciones cromosómicas	47,XXY: Síndrome de Klinefelter y variantes 45,X0 y mosaicos 45,X0/46,XX: Síndrome de Turner y variantes 45,X0/46,XY: Disgenesia gonadal mixta 46,XX/46,XY: ADS/DSD ovotesticular, quimerismo 47,XXY
----------------------------------	---

Elaboración propia con información de la fuente: Anales de Pediatría 2018

En nuestro país el costo de la atención médica por las complicaciones de todas las enfermedades existentes y en particular de los pacientes con alguna de las alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas es muy elevado debido a que requiere atención



especializada y grandes esfuerzos por parte la familia de los pacientes.


Hoy en día, aún no se conocen todos los factores de riesgo o causas que desencadenan la presentación de las ASCLC; por ello, el objetivo primordial del componente es orientar al personal de salud y a la población acerca de estas enfermedades para promover su diagnóstico y referencia oportuna buscando mejorar la calidad de vida.

Una de las alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas sobre las que se dirigen las acciones de este componente es el Síndrome de Turner por considerarla la alteración sexual congénita ligada a cromosomas más frecuente y la única monosomía compatible con la vida. El síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico que se caracteriza por talla baja, disgenesia gonadal con infantilismo sexual, pterigium colli, disminución del ángulo cubital, implantación baja del cabello y monosomía parcial o total del cromosoma X.²

Actualmente se estima que en nuestro país existen alrededor de 30 mil casos de Síndrome de Turner con una incidencia a nivel mundial de hasta 1:2500 recién nacidos femeninos. Para realizar un diagnóstico, referencia y tratamiento oportuno es importante que el personal de salud en el primer nivel de atención conozca las características clínicas clásicas del ST. Podemos encontrar un amplio rango de anomalías clínicas y la presentación clínica varía con la edad. En el 10-25 % de los RN con ST aparece linfedema de manos y pies, pterigium colli y exceso de piel en el cuello.⁴

En niñas y niños con ST, es característica la presencia de un soplo cardiaco debido a la coartación de la aorta, estenosis aórtica valvular o válvula aórtica bicúspide. Además, desde el periodo de la infancia a la niñez, es muy característica la talla baja; motivo por el que en toda niña con talla baja se debe considerar como diagnóstico diferencial el ST, sobre todo si se acompaña de soplo cardiaco. Durante la adolescencia es frecuente el retraso de la pubertad o detención de la pubertad, con escaso desarrollo mamario y/o amenorrea primaria. Ante un retraso de la menarquia con talla baja, debemos considerar un ST mientras no se demuestre lo contrario. La presencia de vello axilar y púbico no debe considerarse como evidencia de pubertad, pues se debe a la presencia de andrógenos de origen adrenal, algunas mujeres con ST tienen menarquia.

La mayoría de las pacientes con ST no tienen retraso mental, aunque pueden existir trastornos de aprendizaje, sobre todo en lo que se refiere a la percepción espacial, coordinación visual-motora y matemáticas.



El diagnóstico de ST lo sugieren las diversas características clínicas. Cuando se sospeche, deberá realizarse un cariotipo. El tratamiento requiere la valoración y seguimiento periódico a diferentes edades, así como la intervención de un grupo multidisciplinario. Se deben considerar los siguientes puntos:

- 1) Examen de los pulsos periféricos y toma de TA. No olvidar que la hipertensión se presenta en el ST y deben descartarse causas cardíacas o renales.
- 2) Valorar en cada visita la posibilidad de otitis media y otitis serosa que son causas frecuentes de hipoacusia.
- 3) Tratamiento hormonal del fallo gonadal, es decir el tratamiento estrogénico para el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
- 4) Tratamiento de la talla baja con hormona de crecimiento (GH).
- 5) Considerar realizar cirugía plástica del cuello si el paciente presenta rasgos dismórficos marcados
- 6) Vigilancia de la dieta y control de peso para evitar la obesidad.
- 7) Vigilancia anual de glucosa en orina para descartar la intolerancia a la glucosa y/o diabetes mellitus.
- 8) Apoyo psicológico
- 9) Estimular la colaboración con las asociaciones de personas con padecimientos similares.

Aunque el diagnóstico y tratamiento, por sus características, recaen más en el tercer nivel de atención, estamos obligados a realizar un adecuado seguimiento, el cual será diferente dependiendo de la edad de las pacientes con ST. En la tabla 2 se expone el seguimiento que debe programarse en estos pacientes según las diferentes edades.

La referencia, diagnóstico y tratamiento oportunos de pacientes con alguna alteración sexual congénita ligada a cromosomas llevará a un tratamiento temprano de estos padecimientos, repercutiendo de manera favorable en la reducción de las complicaciones asociadas. Con base en esto, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) emite los lineamientos para estandarizar las acciones en materia de salud a fin de proporcionar herramientas técnicas para llevar a cabo la sospecha diagnóstica y referencia oportuna de pacientes con ASCLC.



TABLA II RECOMENDACIONES PARA LAS NIÑAS AFECTAS DE SINDROME DE TURNER							
	Prenatal	Neonatal	1-12 meses	2-3 años	4-6 años	7-10 años	11 años-adulto
Diagnóstico							
Estudio cromosómico	+	1					
Revisión de fenotipo	+	+		3			+
Consejo genético	+	+		+			+
Guía anticipatoria							
Soporte familiar	+	+	+	+	+	+	+
Grupos de apoyo	+	+	+	+	+	+	+
Planes a largo plazo	+	+	+	+	+	+	+
Posibilidades terapéuticas	+	+	+			+	+
Problemas sexuales/reproductivos	+	+	+			+	+
Evaluación médica y/o tratamiento							
Crecimiento		+	+	+	+	+	+
Presión arterial				4	4	4	4
Ecocardiografía		+					
Valoración cardiológica		+	2	2	2	2	2
Examen de la piel (nevus)							+
Valorar luxación de caderas		+	+				
Valorar escoliosis					+	+	+
Ecografía renal		+					
Valoración nefrológica			2	2	2	2	2
Screening auditivo			+	4	4		
Screening visual			+		+		
Valorar función tiroidea				+	+	+	+
Problemas de alimentación		+	+				
Valorar maloclusión					+	+	+
Valoración endocrinología					+	+	+
Tratamiento con GH						+	+
Tratamiento estrogénico							+
Dieta/obesidad				+	+	+	+
Cirugía plástica						6	6
Evaluación psicológica							
Desarrollo y comportamiento		+	+	+	+	+	+
Lenguaje					+		
Situación escolar					+	+	+
Aprendizaje/percepción espacial					5		5
Adaptación psicológica/social						+	+

Significado de los símbolos: +: debe realizarse; 1: revisar y/o repetir; 2: solo si existe patología; 3: discutir condiciones asociadas; 4: seguimiento anual; 5: valoración por especialista específico; 6: considerar en caso de rasgos dismórficos marcados (pterygium colli).

Tabla 2. Elaboración de la fuente: www.aeped.es/protocolos/

FUNDAMENTO NORMATIVO

La **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, señala en su Art. 4° *"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez."*

La **Ley General de Salud**, En su capítulo V se detallan las acciones prioritarias, que deberán ser aplicadas desde el embarazo, parto, post-parto y puerperio, así como aquellas dirigidas a la infancia, que contribuirán a la reducción de la morbilidad y mortalidad en este grupo de edad.

La **Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**.

La **Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres**.

El **Programa Sectorial de Salud**.

Proigualdad (Líneas de acción) 3.7.2 Elaborar y fortalecer materiales de divulgación de conocimiento, en formatos accesibles y lenguaje ciudadano, sobre temas específicos de salud y calidad de vida de las mujeres, las adolescentes y las niñas, orientados a distintos perfiles de población. 3.6.10 Impulsar que las niñas y niños cuenten con los servicios de atención primaria en salud, para prevenir, detectar y atender oportunamente los padecimientos que puedan afectar su desarrollo.

- **Reglamentos y Decretos**

El **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud**: Reforma en Diario Oficial del 29 de noviembre de 2006, en su Artículo 47 menciona las atribuciones y facultades del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, en materia de salud de niñas, niños y adolescentes.

El **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad**. DOF 18-02-1985. Última reforma 14-02-2014. Salud para la Infancia y la Adolescencia

El **Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2018**. DOF: 29-11-2017.



- **Acuerdos o tratados internacionales**

En 1989, México ratificó los acuerdos generados en la **Convención sobre los Derechos del Niño**.

En el año 2005, El **Comité de los derechos del Niño** emitió la Observación General número 7 con el objetivo de facilitar a los Estados Parte, el reconocimiento de que los niños pequeños son portadores de todos los derechos consagrados en la Convención y que la primera infancia es un período esencial para hacer valer el ejercicio de estos derechos.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW. En sus Observaciones de establecer mecanismos efectivos en los planos federal y estatal para supervisar la aplicación de leyes sobre el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y la legislación relativa al acceso de las mujeres a los servicios de atención de salud y la educación. Recomendación 24 mujeres y derecho a la salud.

En 2015, México junto con otros países del mundo adoptó la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible** con sus 17 objetivos y metas. Objetivo del Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades. 5.5.2. Meta. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

- **Estrategias Nacionales e Internacionales**

La **Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente**.


La **Estrategia Nacional para la Atención a la Primera Infancia**.

- **Normas Oficiales Mexicanas^a**

La **Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño**.

La **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**.

^a En esta sección, se hace referencia únicamente a los documentos principales, no excluyendo en la operación del programa a todas aquellas Normas Oficiales Mexicanas que no se describen pero que son aplicables a la materia.



La Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.

La 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.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

La Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF 24-06-2014

La Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

La Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud.

El Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la Atención a la Salud de la Infancia.

La Norma Oficial Mexicana Nom-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ADS Anomalías de la diferenciación sexual

ASCLC Alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas

CENSIA Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

DSD Desarrollo sexual diferente

ST Síndrome de Turner



ORGANIZACION

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a la reducción de las complicaciones y gravedad de las principales causas de enfermedad que afectan a los niñas y niños menores de 10 años, detectando y refiriendo de manera oportuna pacientes con alguna Alteración Sexual Congénita Ligada a Cromosomas (ASCLC) desde el primer nivel de atención, con enfoque de género, inclusión e interculturalidad, priorizando a las poblaciones indígenas, con alto grado de marginación, en situación de pobreza, migración y otros grupos vulnerables.

OBJETIVOS PRIORITARIOS

1. Implementar acciones para la detección y referencia oportuna de pacientes con alguna Alteración Sexual Congénita Ligada a Cromosomas en todas las Entidades Federativas.
2. Realizar campañas de difusión acerca de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas a la población.
3. Establecer vinculación interinstitucional para el diagnóstico y tratamiento oportuno de pacientes con alguna ASCLC.

ESTRATEGIAS PRIORITARIAS

Estrategias prioritarias y acciones puntuales.

Estrategia 1.- Implementar acciones para la detección y referencia oportuna de pacientes con alguna Alteración Sexual Congénita Ligada a Cromosomas en todas las Entidades Federativas


Acción puntual:

- 1.1 Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención acerca de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas.
- 1.2 Promover la utilización de la guía rápida de detección de pacientes con sospecha de Síndrome de Turner.

Estrategia 2. Realizar campañas de difusión dirigidas a la población, acerca de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas.

Acción puntual:

- 2.1 Orientar a la población acerca de las principales características de las personas con alguna alteración sexual



congénita ligada a cromosomas para facilitar su detección oportuna.

- 2.2 Realizar actividades de orientación a la población para conmemorar los días mundiales e internacionales de los padecimientos que integran las ASCLC para fomentar su detección oportuna.

Actividades.

Responsable del componente a nivel estatal.

1. En coordinación con el responsable del Centro Estatal de Capacitación (CEC), capacitar al personal de salud acerca de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas.
2. Gestionar la asignación de presupuesto para cubrir las necesidades de infraestructura, recursos humanos, insumos, etc. para llevar a cabo las acciones del componente.
3. Reproducción y distribución de material informativo para la población acerca de las ASCLC.
4. Coordinación de actividades de orientación a la población para conmemorar los días mundiales e internacionales de los padecimientos que integran las ASCLC en las unidades de salud del primer nivel de atención. (28 de agosto, Día Mundial del Síndrome de Turner)
5. Supervisar el desarrollo adecuado de la estrategia.
6. Establecer convenios de colaboración con otras instituciones y dependencias para fortalecer las acciones del componente.
7. Actualización de la información para el componente.
8. Dar seguimiento trimestral al registro de la aplicación de las Guías rápidas de detección de pacientes con sospecha de Síndrome de Turner. **SINBA SIS variable DET 085** Sospecha de Síndrome de Turner mujer positivo.

Personal de salud del primer nivel de atención.

1. Orientar a la población acerca de las características de los pacientes con ASCLC.
2. Aplicación de la Guía de detección de pacientes con sospecha de ST.
3. Uso del Rotafolio de la Guía Clínica para la Sospecha de Síndrome de Turner.
4. Difusión del material informativo sobre ASCLC.
5. Realización de actividades de orientación a la población para conmemorar los días mundiales e internacionales de los padecimientos que integran las ASCLC (periódicos murales, pláticas, desfiles, caminatas).
6. Asistir a los cursos y talleres de capacitación sobre las ASCLC.
7. Implementación del Modelo de atención integrada a la salud de la infancia durante la consulta a los menores de diez años.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El componente de Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas enfoca sus acciones hacia la detección y referencia oportuna de pacientes con alguno de estos padecimientos a través de la capacitación al personal de salud, orientación a la población, difusión de información para promoción de las acciones del componente y realización de actividades para conmemorar los padecimientos incluidos en las ASCLC.

La evaluación del desempeño en este componente se hace a través de las siguientes acciones:

1. Fortalecer la participación social para la identificación temprana de signos de sospecha de alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas en niñas, niños y adolescentes.
2. Capacitar al personal de salud acerca de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas.
3. Orientación a la población acerca de las ASCLC.
4. Realizar la detección y referencia oportuna de pacientes con alguna Alteración Sexual Congénita Ligada a Cromosomas.
5. Reforzar el seguimiento a los pacientes referenciados por sospecha de alguna ASCLC.
6. Registro de la aplicación de las Guías rápidas de detección de pacientes con sospecha de Síndrome de Turner. SINBA SIS variable DET 085 Sospecha de Síndrome de Turner mujer positivo.
7. Realización de actividades conmemorativas a los días mundiales o internacionales de los padecimientos incluidos en las ASCLC.

El reporte de actividades para estas acciones se hará en los formatos establecidos y vigentes para tal fin. Dichos documentos deberán enviarse trimestralmente a la Dra. Claudia Olivares Nolasco responsable del componente de ASCLC, al correo claudia.olivares@salud.gob.mx con copia a la Subdirección Técnica de Salud de la Infancia al correo martha.pacheco@salud.gob.mx.

MATERIALES

Tarjeta Atención Integrada a la Salud de la Infancia

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA	
Cada niña o niño menor de diez años que acude a la Unidad de Salud, debe recibir una Atención Integrada , a través del siguiente modelo:	
I- Atención del motivo de consulta.	<ul style="list-style-type: none"> 1- Identificar factores de mal pronóstico. 2- Evaluar y clasificar. 3- Tratamiento adecuado. 4- Capacitar en el motivo de consulta. 5- Seguimiento de los casos <p>Efectúa una exploración física completa</p>
II- Vigilancia de la nutrición.	Vigila peso y talla. Administra multivitámicos, vitamina A y hierro.
III- Vigilancia de la vacunación.	Entrega o Actualiza la Cartilla Nacional de Salud.
IV- Desarrollo Infantil Temprano.	Aplica el instrumento de evaluación del neurodesarrollo (EDI) y Deriva a talleres de estimulación temprana por competencias.
V- Prevención y diagnóstico de defectos al nacimiento.	Verifica resultados de tamiz neonatal y auditivo. Refiere de manera oportuna Síndrome de Turner, defectos del tubo neural y labio paladar-hendido.
VI- Detección oportuna de cáncer.	Refiere de manera oportuna si detectas signos y síntomas de sospecha.
VII- Prevención de accidentes.	Otorga las guías anticipatorias para prevención de accidentes en el hogar.
VIII- Prevención de maltrato infantil en el ámbito familiar.	Otorga el taller de prevención de maltrato infantil en el ámbito familiar.
IX- Atención a la salud de la madre.	Otorga licéo físico. Vigila esquema de vacunación. Refiere a otras áreas de atención médica en caso necesario.

Por una infancia saludable para un mejor futuro.
www.gub.uy/salud-infancia

Este programa es público, open a cualquier parte del público. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO Variables biológicas, físicas y sociales cuya presencia incrementa la probabilidad de que el menor fallezca.		
Menores de cinco años	Menores de dos meses	
<ul style="list-style-type: none"> • Difícil adaptación a consulta • Madre analfabeta o menor de 17 años. • Antecedente de muerte de un menor de cinco años en la familia. • Menor de un año con bajo peso al nacer. • Desnutrición moderada a grave. • Infecciones persistentes (IDA e IVA). • Menor de diez meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Madre enferma o primerizos • Edad gestacional menor a 37 o mayor a 42 semanas. • Antecedente de embarazo de alto riesgo • Defectos al nacimiento. • Nacimiento atendido por personal no calificado. • Antecedente de sufrimiento fetal. • Trauma obstétrico. • Bajo peso al nacimiento. • Lactancia materna ausente. • Infecciones en el menor de 24 días. • Diagnóstico y tratamiento tardíos. 	
Signos de alarma		
Enfermedades Diarreicas Agudas	Sospecha de Maltrato Infantil	Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> • Sed intensa. • Poca ingesta de líquidos y alimentos. • Evacuaciones líquidas y numerosas (más de tres en una hora). • Fiebre persistente por más de tres días • Vómitos frecuentes (más de tres en una hora). • Sangre en las evacuaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas de cráneo, huesos largos o de raja costal, únicas o múltiples, sugestivas. • Hemorragias retinianas. • Hematomas subdurales o subaracnoides, únicos o múltiples. • Quemaduras intencionales. • Equimosis en niños y niñas que no demuestran o equimosis sugestivas a cualquier edad. • Marcas de modeladura humana por adultos u otras impresiones cutáneas sugestivas de agresión. • Incoherencia del relato con las lesiones, la edad y el nivel de desarrollo de la niña o niño. • Retazo o retraso en el desarrollo. • Sospecha de abuso sexual. • Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración. • Diagnóstico de sífilis, gonorrea, HIV (descartando transmisión vertical). • Evidentes expresiones de actividad sexual inapropiadas para la edad. • Relato por la niña o niño o testigos de la violencia sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de peso o no aumento. • No tiene curvas de peso de control. • Déficit de talla o no crecimiento acorde a las curvas de control. • Curvas de crecimiento de talla y peso que está por debajo de lo esperado. • Entubos a través de la nariz. • Pérdida de dientes frecuentes o de mayor duración.
Infecciones Respiratorias Agudas	Desarrollo Infantil Temprano	Cáncer
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida. • Dificultad respiratoria. • Pua o secreción en el oído. • Fiebre de difícil control. • Dificultad para beber o amamantarse. • Agravamiento de la niña o niño. • Quejido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de respuesta al sonido. • No hace contacto visual cuando alguien le habla y muestra poca expresión facial. • Presenta rigidez, flaccidez o asimetría. • Tiene problemas para comer: se atoraxa, se pone morado, presenta problemas para aceptar diversos alimentos. • No hace esfuerzos por comunicarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración nocturna o excesiva. • Pérdida de peso. • Anorexia. • Antráxica. • Falta progresiva, fatiga, cansancio o apatía sin causa aparente. • Fiebre persistente o recurrente. • Epistaxis. • Petequias.
Enfermedades Diarreicas Agudas	Infecciones Respiratorias Agudas	
<ul style="list-style-type: none"> • Plan A y B con factores de mal pronóstico y Plan C: 24 horas. • Plan A y B sin factores de mal pronóstico: 72 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • IA con signos de alarma o factores de mal pronóstico: 24 horas. • IA sin datos de alarma ni factores de mal pronóstico: 72 horas. 	



Guía Clínica y Programa Operativo para ASCLC





Folleto Informativo de Síndrome de Turner para la Población

¿CONOCES EL SÍNDROME DE TURNER?



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CeNSIA



Postal Síndrome de Turner



Es importante asistir a tu Unidad de Salud
si tu hija tiene estatura baja,
manos o pies hinchados,
cuello corto o no ha presentado
menstruación a los 14 años.

El diagnóstico y tratamiento oportunos
previenen complicaciones graves,
ayudan en el desarrollo de las
adolescentes y mejoran su calidad de vida.

www.salud.gob.mx • www.censia.salud.gob.mx

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



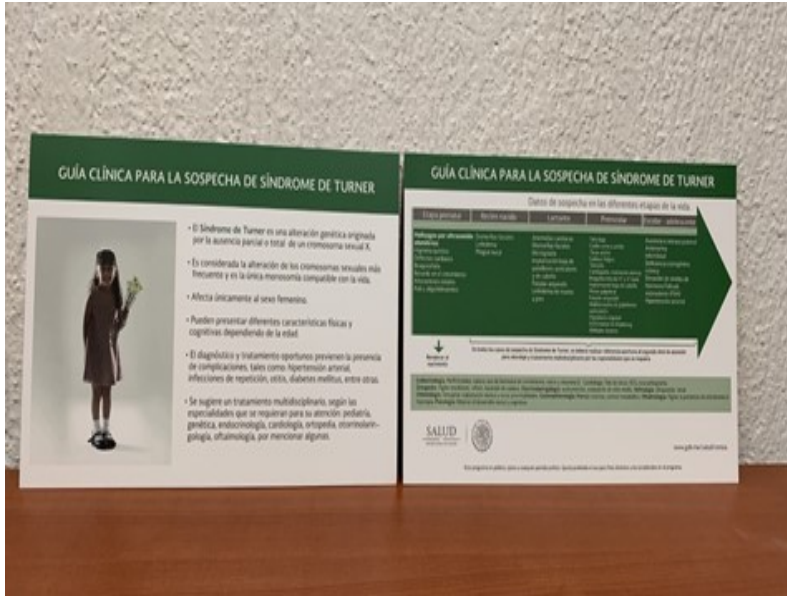


Rotafolio de la Guía Clínica para la Sospecha de Síndrome de Turner.





Postales con signos y síntomas de sospecha para Sx. de Turner.





Guía rápida para detección del Síndrome de Turner



Guía Rápida para Detección del Síndrome de Turner Folio No. 0000

Nombre:	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Lugar donde radica
Edad al diagnóstico	Edad actual	Tel casa y nombre de tutor
Celular	Email	
Dirección	Estado	Municipio
Diagnóstico clínico	Escolaridad:	

Incidencia 1:2,500

Signo	SI	NO
Talla baja ¿Alguna vez ha recibido terapia con hormona de crecimiento?		
Linfedema de manos y/o pies al nacimiento o cualquier edad		
Cubitus valgus (desviación externa de los antebrazos en posición anatómica)		
Implantación baja del cabello		
Cuello ancho y corto		
Tórax en escudo		
Teletelia (pezones separados)		
Epicanto		
Ptosis (párpados caídos)		
Paladar arqueado		
Micrognatia (mandíbula pequeña)		
Hipoacusia, otitis media de repetición		
Nevi (muchos lunares en todo el cuerpo)		
Canas prematuras		
Cardiopatía, especificar si es posible.		
Alteración renal, especificar si es posible.		
Vitiligo		
Alteración visoespacial		
Dificultad para las matemáticas		
Sin brote puberal espontáneo		
Amenorrea primaria / secundaria (ausencia de menstruación)		
Ultrasonido renal y pélvico: (presencia de útero y tamaño, ovarios y tamaño)		
Enfermedad tiroidea (hipo o hipertiroidismo)		
Infertilidad		

Instructivo

- 1.- Recolectar datos de identificación de la paciente completos
- 2.- De acuerdo a su valoración clínica, de laboratorio y gabinete, marcar los signos positivos. De presentar 2 datos positivos de cualquiera de los signos enlistados, referir a segundo nivel de atención.
- 3.- Registrar al paciente en la hoja _ de detecciones de acuerdo al instructivo

BIBLIOGRAFIA

1. CENETEC. "Diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud en niñas y mujeres con Síndrome de Turner. Evidencias y Recomendaciones" Secretaría de Salud. México. 2012. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-570-12.
2. Galán Gómez E. Protocolo diagnóstico terapéutico del síndrome de Turner. *Protoc diagn ter pediatr*. 2010;1:101-106
3. Guerrero Fernández J, Azcona San Julián C, Barreiro Conde J, Bermúdez de la Vega JA, Carcavillarquí A. Guía de actuación en las anomalías de la diferenciación sexual (ADS)/ desarrollo sexual diferente (DSD) [consultado 15 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.seep.es/privado/gads/GUIAMANEJOADS DSD SEEP.PDF> 2017
4. Guía Clínica y Programa Operativo para la Detección Oportuna de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas. Manual para el Personal de salud 2014.
5. Hughes I A, Houk C, Ahmed S F, Lee P A , Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society / European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Group. Consensus statement on management of inter sex disorders. *JPediatrUrol*. 2006;2:148--62
6. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. DOF 26-09-2006.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF 24-06-2014
8. OMS. "AIEPI, Manual clínico para profesionales de la salud" OMS, UNICEF. Paraguay, 2008
9. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia. DOF 25-11-2015.



