

**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS**

**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 9 AÑOS**

**I. FINALIDAD:**

Contribuir a mejorar el estado de salud de la población infantil a través de la evaluación oportuna, periódica y sistemática del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 9 años detectando precozmente riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, para su atención y referencia; promoviendo prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario.

**II. OBJETIVOS:**

1. Promover el crecimiento y desarrollo temprano de la niña y el niño menor de 9 años 11 meses 29 días con enfoque de derechos, interculturalidad y equidad.
2. Contribuir a la disminución de la malnutrición infantil y la prevalencia de trastornos del desarrollo psicomotor en los menores de 5 años, interviniendo oportunamente en los factores condicionantes de la salud, nutrición, y desarrollo.
3. Fortalecer las prácticas de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y alimentación complementaria a partir de los 6 meses y continuar amantando hasta los 2 años a más.
4. Promover el desarrollo físico, psicológico, psicomotriz y sociocultural de niños y niñas a través de la estimulación temprana.
5. Establecer los estándares de los procedimientos para la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 9 años
6. Fomentar la participación de los padres o responsables y de la comunidad, en la atención de crecimiento y desarrollo del niño y niña; con énfasis, en el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada .
7. Detectar, intervenir y/o referir de manera oportuna los casos de riesgo y trastornos de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 9 años
8. Evaluar el control crecimiento y desarrollo a través de la supervisión, monitoreo, seguimiento con participación del equipo multidisciplinario

**ÁMBITO DE APLICACIÓN:**

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en el ámbito nacional de todos los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud de los Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional y del sector privado.

**III. BASE LEGAL**

1. Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
2. Ley N 27657 "Ley del Ministerio de Salud" promulgada el 28 de enero del 2002
3. Ley N 27337 "Código del niño y el adolescente" promulgada el 2 de agosto del 2000.
4. D.S N° 013- 2002-SA, "Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud".
5. D.S. N° 003-2002 PROMUDEH, que aprobó el "Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010.

6. D.S. N° 023-2005-SA, que aprobó el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
7. D.S. N° 009-2006-SA, que aprueba el reglamento de alimentación y nutrición infantil.
8. D.S. N° 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
9. D.S. N° 003-2008-PCM, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.
10. Resolución Ministerial N°455 -2001/SA/DM, que aprobó el documento normativo "Normas y Procedimientos para la prevención y Atención de la Violencia familiar y el maltrato infantil".
11. Resolución Ministerial N° 729 – 2003-SA/DM que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de todos. El Modelo de Atención Integral de Salud"
12. Resolución Ministerial N° 751 – 2004-SA/DM que aprobó la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V1 "Norma Técnica de referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.
13. Resolución Ministerial N°588 -2005/MINSA, que aprobó el Listado de equipos biomédicos básicos para establecimientos de salud"
14. Resolución Ministerial N°826 -2005/MINSA, que aprobó las Normas para Elaborar los Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
15. Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA. que aprobó la Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud".
16. Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA. que aprobó la Norma Técnica para la Atención Integral de la Niña y el Niño
17. Resolución Ministerial N° 539-2006/MINSA. que aprobó la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad.
18. Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NT N° 063-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición infantil y salud materno neonatal".
19. Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprobó la NT N° 064-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad"
20. Considerar Proyecto CRECER Y JUNTOS del Estado
21. Norma Técnica de Sesiones Demostrativas y Consejería Nutricional del CENAN

#### **IV. DISPOSICIONES GENERALES**

##### **DEFINICIÓN OPERATIVAS**

##### **CRECIMIENTO Y DESARROLLO:**

Es un proceso continuo de cambios somáticos y funcionales que se produce en el ser humano y se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez, la adolescencia y adultez.

**CRECIMIENTO:**

Es un Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores genéticos, ambientales (nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, ecológicas) y neuroendocrinos. (1)

**DESARROLLO:**

Es un proceso dinámico por el cual los seres vivos alcanzan su maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, hormonales y ambientales.(2)

**ESTIMULACION TEMPRANA**

Es un conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica, aplicada en forma sistemática y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los 5 años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades físicas, mentales, y sociales; evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo de los niños y niñas.

**INTERVENCIÓN TEMPRANA:**

Es conjunto de aquellas medidas e intervenciones destinadas al niño y su familia, con el objetivo de satisfacer las necesidades especiales de niños que muestran algún grado de retraso en su desarrollo, o niños que corren el riesgo de llegar a esa situación. El objetivo de la intervención temprana consiste en estimular y fomentar el desarrollo senso-motor, emocional, social e intelectual del niño, para que participe activamente en la vida social de la forma más autónoma posible.

**RESILIENCIA**

Es la capacidad emocional, cognitiva y sociocultural de las personas o grupos que permiten reconocer, enfrentar, transformar constructivamente situaciones causantes de sufrimiento o daño que emergen de su desarrollo. (3)

**CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CIE 10: Z00.1)**

Es conjunto de actividades preventivo promocional que se brinda en forma periódica y sistemática desarrolladas por el profesional, enfermera y médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 9 años a fin de detectar precozmente los riesgos en el estado de salud; así como, la presencia de enfermedades, para su diagnóstico e intervención oportuna, disminuyendo las deficiencias y discapacidades.

**RIESGO PARA EL TRASTORNO DEL DESARROLLO (CIE-10: Z13.4)**

Es la probabilidad que tiene el niño y niña que por sus antecedentes pre, peri o postnatales, o por las condiciones ambientales de su entorno puede presentar problemas en el desarrollo psicomotriz siendo estos transitorios o definitivos.

**RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ (CIE-10: R62.0)**

Es la adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del Sistema nervioso central que condicional alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas, si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por un personal especializado especializado.

**RIESGO DEL CRECIMIENTO (CIE-10: Z 72.4)**

Es estado nutricional del niño (a) que evidencia por la pérdida o poco incremento de peso para la talla (P/T), es decir que la tendencia y velocidad no es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia (OMS 2006) sin embargo el indicador talla para la edad (T/E) se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a.- 2 DS)

Según CIE no corresponde esta definición se debe adaptar OMS 2006

**GANANCIA DE PESO.-** Son las mediciones periódicas de peso del niño para determinar su estado nutricional y la evolución de su crecimiento.

**FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD, NUTRICIÓN Y DESARROLLO DEL NIÑO:** Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, sociales, culturales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

**FACTORES PROTECTORES:** Modelos individuales o de relación tales como actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables.

**FACTORES DE RIESGO:** Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

**a. Factores Prenatales**

- Retraso de crecimiento intrauterino
- Infecciones intrauterinas
- Exposición a Rayos X
- Exposición a tóxicos (alcohol, drogas, plomo, medicamentos, otros).
- Alteraciones metabólicas: Diabetes, Hipotiroidismo, etc.
- Problemas de función fetal/placentaria
- Enfermedades genéticas y defectos congénitos
- Sufrimiento fetal agudo
- Pre-eclampsia, Eclampsia.
- Alteraciones estructurales neurológicas detectadas por ultrasonido.

**b. Factores Natales:**

- Peso al nacimiento de 1500 grs. o menos
- Edad gestacional de 32 semanas o menos
- Asfixia con Apgar menor de 4 a los 5 minutos
- Bajo peso para edad gestacional. (por debajo de la percentil 10).
- Asistencia a la ventilación por 36 hrs. o más
- Hemorragia intracraneala grado III o IV.

**c. Patrones Postnatales**

- Hiperbilirrubinemia.
  - Deprivación de afecto y cuidado a la niña(o).
  - Trastornos metabólicos: hipoglicemia, hipotiroidismo, etc.
  - Sepsis e infecciones del sistema Nervioso Central: Meningitis, Encefalitis.
  - Lesión cerebral traumática
  - Infección sintomática por TORCH
  - Displasia de cadera y otras malformaciones congénitas.
  - Síndrome convulsivo.
  - Hormonas del crecimiento y desarrollo.
- e) Factores Ambientales: físico, psicosocial y sociocultural de los individuos.
- Nivel de educación de los padres
  - Ingreso familiar
  - Composición y estabilidad de la familia
  - Nutrición
  - Enfermedades infectocontagiosas
  - Condiciones de salud
  - Bienestar socioeconómico
  - Maltrato Infantil, violencia Familiar

## DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

RNMBP (Recién nacido de muy bajo peso al nacer).

- 1 Los instrumentos de registro e información a ser utilizados en el control de crecimiento y desarrollo son los siguientes:
  - a. Historia Clínica estandarizada que incluye: (Anexo N° 1)
    - Datos de filiación y antecedentes perinatales.
    - Evaluación de la alimentación complementaria
    - Curvas de crecimiento P/E, T/E y PC.(considerar patrones internacionales OMS)
    - Instrumento de evaluación del desarrollo:
      - En el menor de 30 meses: Test Abreviado Peruano (TAP)
      - Uso del EEDP 0 – 2años
      - Uso del TEPSI de 3 a 4 años:
    - Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
  - b. Carné de atención integral del menor de 5 años. (Anexo N° 2)
  - c. Registro diario de atención Integral de la niña y el niño ( parte diaria )
  - d. Registro de seguimiento de niña y niño en riesgo.
  - e. Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde) ..
  - f. Plan de atención: (pediatría, enfermería, psicología, nutrición, dental, planificación familiar y sis)
  - g. Formato de reporte mensual de actividades de atención integral de la niña y niño.
  - h. Sistema de Información automatizado.
- 2 El control de crecimiento y desarrollo en la niña o niño menor de 9 años comprende las siguientes actividades:
  - Elaboración de la historia clínica y monitoreo del plan de atención individualizado.

- Evaluación del crecimiento y estado nutricional.
- Evaluación del desarrollo psicomotor al niño menor de 5 años
- Sesiones de estimulación del desarrollo y cuidado integral de acuerdo a la edad.
- Identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño.
- Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación vigente de acuerdo a la edad.
- Detección de enfermedades prevalentes.
- Detección de casos de violencia familiar y maltrato infantil.
- Consejería integral de acuerdo a la edad del niño y niña.
- Prescripción y seguimiento de la suplementación con micronutrientes de acuerdo a esquema vigente.
- Prescripción de quimioterapia o profilaxis antiparasitaria, de acuerdo a esquema vigente.
- Registro.

Además para el Niño de 5-9 años: evaluar el crecimiento en el contexto familiar.

#### Exploración física:

1. Somatometría: peso, talla, velocidad de crecimiento y la relación
2. Presión arterial
3. Exploración de las desviaciones posturales (lordosis, escoliosis, sífosis)
4. Exploración de agudeza visual con tabla de Snellen
5. Evaluación de audición
6. Evaluación de la salud buco dental (Sellado molares, fluoración, vigilar mal oclusión)

#### Evaluación del desarrollo

- La evaluación periódica del desarrollo psicomotor y psicosocial, con apreciación de los aprendizajes (psicomotricidad, lenguaje, sociabilidad), como resultado de trastornos del desarrollo.
- La anamnesis sistemática sobre la actividad escolar (progresos, expectativas, motivaciones, evaluaciones escolares), como resultado de los retrasos de aprendizaje

#### Valorar el desarrollo emocional y psicosocial del escolar

1. Verificar el desarrollo psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el comportamiento en el entorno familiar</li> <li>• Análisis del último informe de la tarjeta escolar</li> </ul>
2. Descartar problemas de normas familiares relacionadas con el entorno educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar las normas familiares de motivación y apoyo al estudio.</li> <li>• Valorar horario y entorno de estudio</li> <li>• Valorar horario y entorno de actividades de ocio</li> <li>• Valorar entorno y horario de reposo/sueño y recreación.</li> </ul>
3. Análisis de la psicomotricidad, sensorio y capacidad mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la comprensión y conducta del niño en la visita</li> <li>• Valorar visión y audición</li> <li>• Valorar estabilidad / satisfacción del grupo Familiar Valorar el apoyo familiar y comprensión del niño</li> <li>• Valoración de las relaciones con otros niños y adultos</li> <li>• Valoración de los juegos del niño</li> <li>• Exploración de la lateralidad (ojo-mano-pie)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración de la lectura</li> <li>• Exploración de escritura</li> <li>• Valoración del dibujo de la familia</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**2.1 Elaboración de la historia clínica y monitoreo del plan de atención individualizado.** El proceso de atención se inicia con la recolección y organización de datos relacionados a la niña y niño, su familia y su entorno, utilizando la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, entre otros, con el fin de determinar los factores protectores, riesgos, problemas y necesidades de salud asociados al crecimiento y desarrollo de la niña y niño; conocer la evolución y dificultades presentadas entre control y control, así como la adaptación a los factores ambientales. Esta información registrada en la historia clínica constituye la base para elaborar el plan de atención.

## **2.2 Evaluación del crecimiento y estado nutricional:**

### **2.2.1. Consideraciones generales en relación al pre-escolar y escolar en la anamnesis y el examen físico. (Anexo 4)**

- Antes de iniciar el examen observar al niño en busca de algún signo de alarma.
- El examen físico debe realizarse desnudo o con mínima ropa y los instrumentos necesarios se introducirán gradualmente el equipo necesario.
- Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial, de acuerdo a la edad.
- Respete la individualidad de la niña o niño y de la madre.
- Proporcione a la niña, niño y padres de familia un ambiente adecuado y con los mínimos estímulos e interrupciones posibles.
- Explique a la madre, responsable del cuidado del niño y niña el procedimiento que realizara para obtener su colaboración, considerando que los niños entienden desde temprana edad.
- Actúe de manera suave pero firme con paciencia y delicadeza durante los procedimientos.
- Al empezar el examen observar como se relaciona con el medio ambiente, si esta irritable o llanto continuo, tener en cuenta asimetría faciales.

#### **2.2.1.1. Consideraciones según edad de la niña o niño**

- Para el recién nacido y lactante menor de 6 meses:
  - ✓ Examinar sobre la mesa de examen.
  - ✓ Empezar con el examen desde la cabeza hasta los pies (céfalo-caudal).
  - ✓ Usar entretenedor (sonajas, juguetes, etc.)
  - ✓ Tener música de fondo.
- Para el lactante mayor de 6 meses hasta los 2 años:
  - ✓ Iniciar el examen en el regazo de la mamá y continuar la evaluación en la mesa de examen, considerando que en esta etapa se presenta el temor a la gente extraña.
  - ✓ Jugar con el niño

- ✓ Empezar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a lo descrito en el anexo N° 3
- Para las niñas y niños de 3 - 4 años edad.
  - ✓ Respetar el estado emocional y permitir la compañía de los padres.
  - ✓ Examinar sobre la mesa, se puede hacer la mayor parte sentada o de pie.
  - ✓ Empezar con el examen físico céfalo-caudal.
  - ✓ Permitir al niño escuchar su corazón con el estetoscopio
  - ✓ En el examen del abdomen, puede permitirse la participación del niño.
- Para las niñas y niños de 5 - 9 años edad.
  - ✓ Examinar sobre la mesa o sentado
  - ✓ Empezar con la cabeza hasta los pies
  - ✓ Utilizar el examen para enseñar sobre su cuerpo
  - ✓ Examinar genitales al final (usar sí es posible el orquidómetro de Prader en varones. Anexo N° )

## 2.2.2. Metodología de control de Crecimiento y Desarrollo

**2.2.2.1 Examen Físico.** El procedimiento se realiza desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días. (Anexo N°3) Es la combinación de varias técnicas (inspección, palpación, auscultación, percusión), que permite valorar todas las áreas corporales tratando de captar algún problema o anomalía, este examen es céfalo caudal próximo distal.

**Examen Neurológico.** En la evaluación Neurológica es necesario tener en cuenta, la existencia de factores de riesgo pre y post natales.

- Preguntar en cada examen por calidad de sueño: es decir si la niña o niño tiene dificultad para conciliar el sueño, si despierta fácilmente con cualquier ruido, o si solo duerme por periodos cortos.
- Tener en cuenta el Preguntar por llanto irritable, continuo y la irritabilidad continua y persistente, como antecedente de importancia en la evaluación neurológica.
- El examen neurológico incluye: Evaluación de los pares craneales. (Anexo N°4), evaluación de los reflejos primarios en el recién nacido. (Anexo N°5), Tono muscular y postura

### 2.2.2.2. Examen Sensorial.

#### a) Evaluación de la visión.

- **Evaluación en el niño prematuro y de bajo peso.**  
La evaluación se realizará de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad. RM N° 539-2006/MINSA y documentos técnicos complementarios vigentes.
- **Evaluación en el niño a término y peso adecuado para la edad.**  
Se recomienda utilizar tres pruebas de detección de alteraciones:
  - a) Reflejo corneal, detecta: DESALINEAMIENTOS
  - b) Cover-Uncover, detecta: ESTRABISMO



- c) Snellen, mide: AGUDEZA VISUAL
- La trascendencia de la evaluación de la visión radica en que la mayor parte del proceso de aprendizaje se da a través de la visión; por lo tanto es de suma importancia la detección precoz e intervención oportuna de déficit visual, a fin de contribuir en el desarrollo óptimo del la niña o niño. La evaluación debe seguir tres pasos: (Anexo N° 6)

**Tabla N° 1. EVALUACIÓN DE LA VISIÓN**

PRUEBA DE DETECCIÓN	APLICACIÓN DE LA PRUEBA	ALTERACIÓN O MEDIDAS	EDADES PARA CONTROL
A. Reflejo corneal	Consiste en observar la ubicación del reflejo sobre la córnea cuando se enfoca una luz hacia los ojos del niño. Si la luz reflejada está bien centrada en ambas pupilas o se refleja en puntos correspondientes de ambas pupilas, la alineación de los ojos es correcta. Si por el contrario se presenta un desnivel (superior o inferior) de un ojo con respecto al otro, o si existe desviación nasal o temporal, los ojos no están bien alineados.	Desalineamientos	7 días a 5 años
B. Cover - Uncover	El niño debe enfocar un objeto distante mientras el examinador tapa cada ojo en forma alternada con un trozo de cartulina blanca. Si existiera estrabismo y el ojo que normalmente sirve para fijar se mueve hacia afuera o hacia adentro para poder la imagen. En el caso de estrabismo latente el ojo tapado es el que se mueve, ya que el enfoque binocular se encuentra interrumpido. Al destapar el ojo se observa un ligero movimiento cuando éste retorna la fijación.	Estrabismo	6 meses a 5 años
C. Snellen	Se coloca la tabla Snellen a una distancia de 3 metros en un lugar bien iluminado después de enseñarle al niño a contestar ("para que lado están las patitas del dibujo E"). Se evalúa cada ojo por separado. Utilice un cartón no la mano sin oprimir el ojo. Inicie con la letra mas grande, o debe saltarse ninguna línea. No es aconsejable evaluar todas las letras de una línea, si el niño contestó correctamente en forma segura y rápida. Se toma como agudeza visual el resultado al lado de la última línea en la cual el niño contestó correctamente. Resultados: la agudeza visual debe ser de 6/10 en el mejor ojo y no menor de 5/10 en el otro para niños de 3 a 4 años. Los niños mayores de 5 años pueden llegar a 10/10. La diferencia entre ambos ojos no debería superar una línea. En los niños que ya usan lentes evaluarlos con lentes puestos.	Agudeza Visual	De 3 a 5 años.

**Nota:** todo lo que escape a lo considerado como normal, debe ser referido al especialista.

**b) Evaluación de la Audición.**

- Es necesaria por su relación directa con los problemas de aprendizaje y retardo o alteraciones de lenguaje.
- **Evaluación de la Audición de 0 a 2 años.** Evalúa el comportamiento del niño en relación con el sonido a lo largo de estas edades.

**De 0 a 4 meses:**

- **El reflejo cócleo palpebral**, se manifiesta con un parpadeo como respuesta al sonido.
- **El reflejo de Moro**, se da en el recién nacido, es un movimiento generalizado del cuerpo y extremidades como respuesta a un sonido.

**De 4 a 7 meses:** El niño tiene más interés en el sonido, y comienza a buscar los sonidos a los lados, busca con atención la voz de los familiares, el niño responde a su nombre.

**De 7 meses a dos años:** A partir de los 7 meses busca el sonido girando la cabeza hacia el frente y a los lados, como debajo de él y a los dos años el niño es capaz de localizar un sonido desde cualquier ángulo, delante, detrás, a los lados, arriba, o abajo.

- En la evaluación de la audición considerar como factores de riesgo auditivo lo siguiente:
  - ✓ Historia familiar de sordera
  - ✓ Infección intrauterina: Rubéola, Citomegalovirus.
  - ✓ Peso al nacimiento menor de 1,500 grs.
  - ✓ Hiperbilirrubinemia grave.
  - ✓ Empleo de fármacos que producen daño en la audición.
  - ✓ Meningitis
  - ✓ Hipoxia Neonatal.
- En la evaluación de la audición considerar como signos indirectos de déficit auditivo lo siguiente:
  - ✓ No reacciona ante sonidos inesperados.
  - ✓ No gira la cabeza en dirección al sonido de la voz.
  - ✓ No comprende las órdenes.
  - ✓ Pobre desarrollo del lenguaje.
  - ✓ Habla fuerte o no usa el lenguaje apropiado para su edad.

**2.3. Valoración antropométrica Procedimiento que mide las diferentes dimensiones del cuerpo,** (peso, longitud o estatura y perímetro cefálico). Se realiza desde el nacimiento hasta los 9 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud y de acuerdo a criterios establecidos (anexo N° 7), los valores de peso, talla y el perímetro cefálico son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional. (Manual de Estandarización antropométrica CENAN )





**2.4. Evaluación de la alimentación.** Se realiza desde el nacimiento hasta el menor de 10 años, con prioridad en el menor de 5 años; en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud con el objetivo de indagar sobre las características de la alimentación e identificar factores de riesgo, utilizando esquema incluido en la historia clínica (anexo N° 8), los resultados obtenidos sirven como base para la consejería estandarizada (Según Documento de Trabajo: Guía de Consejería Nutricional CENAN 2008).

**2.5. Evaluación y monitoreo del crecimiento.** Se realiza desde el nacimiento hasta los 9 años 11 meses 29 días. La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico al menor de 2 años y peso y talla al menor de 10 años que son comparadas con los patrones de referencia vigentes determinando la tendencia y velocidad del crecimiento.

- La evaluación y monitoreo del crecimiento de la niña y el niño se hace de manera individual, periódica, secuencial y tiene como finalidad, promover un crecimiento favorable a través de la detección oportuna de alteraciones en el crecimiento.

- ✓ Es individual, porque cada niño tiene características propias, específicas y debe ser visto desde su propio contexto y entorno.
- ✓ Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño.
- ✓ Es secuencial, porque cada control debe ser corroborado con el anterior, con el objetivo de mirar el progreso en el crecimiento, especialmente en los periodos considerados críticos.
- El incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, por lo tanto una desaceleración o detención y/o disminución en el crecimiento, amerita una evaluación minuciosa a fin de identificar los factores que hayan desencadenado ese proceso (presencia de enfermedades, prácticas inadecuadas en la alimentación, etc.) con el objetivo de implementar las medidas correctivas.
- El monitoreo del crecimiento evalúa la ganancia de peso, y talla de acuerdo la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.
- El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual del niño.
- El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia y velocidad del proceso se clasifica en:
  - ✓ **Crecimiento adecuado.** Condición que evidencia incremento progresivo y favorable de peso y talla de acuerdo a la edad de la niña y el niño y patrón de referencia vigente.
  - ✓ **Crecimiento inadecuado:**
    - **Por déficit:** Condición que evidencia poco incremento o incremento nulo de peso y talla, igualmente considerar la pérdida de peso.
    - **Por exceso:** Condición que evidencia incremento excesivo de peso, longitud o talla.

Tabla N° 2. TENDENCIA DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

CONDICION DEL CRECIMIENTO	ANOTACION	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
CRECIMIENTO ADECUADO		Señal de buen crecimiento, traducido en un incremento favorable de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro. La tendencia es paralela al patron de referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS)	Felicitar a los padres o adultos responsables del cuidado del niño , estimular las prácticas adecuadas en el cuidado de la niña o niño y citar para el control siguiente de acuerdo a esquema vigente.
CRECIMIENTO INADECUADO (Señal de alerta)		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en poco incremento de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro. La tendencia no es paralela al patron de referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS)	Explorar e identificar los factores causales del crecimiento inadecuado, analizarlos y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño. Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación. (tendencia del crecimiento paralelo al patron de referencia)
		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en incremento nulo de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro La tendencia no es paralela al patron de referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS)	
		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en perdida de peso, de la niña o niño, visualizado de un control a otro. La tendencia no es paralela al patron de referencia. Los valores de la medida antropométrica se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS)	

- 2.6. **Clasificación del estado nutricional.** Se realiza desde el nacimiento hasta los 9 años 11 meses 29 días en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud.
- Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores:

Tabla N° 3. INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL

Indicador	Grupo de edad a utilizar
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Peso para la edad (P/E)	≥ a 29 días a < 10 años
Peso para la talla (P/T)	≥ a 29 días a < 10 años
Talla para la edad (T/E)	≥ a 29 días a < 10 años

### 2.6.1. Clasificación del estado nutricional en recién nacidos

- **Peso para Edad gestacional en recién nacidos.**

Para determinar el estado nutricional del recién nacido utilizando este indicador se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con el peso para la edad gestacional determinada en el patrón de referencia vigente. (Anexo N°9)

Para el cálculo de la edad gestacional se tomara como referencia el Test de Capurro. (Anexo N°10)

El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso para la edad gestacional se clasifica en:

Tabla N° 4

### Peso para la Edad Gestacional

Punto de corte (p)	Clasificación
< P10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

- **Peso al nacer.**

El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño.

El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

**Tabla N° 5**  
**Clasificación de acuerdo al Peso del Nacimiento**

Punto de corte (g)	Clasificación
< 1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
> 4000 gramos	Macrosómico

#### 2.6.2. Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años.

- La clasificación del estado nutricional se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigente.

Valoración del estado nutricional:

**EUTRÓFICO** : Cuando el peso y la talla son adecuados, es decir, Peso/Talla normal y Talla/Edad normal.

**DESNUTRIDO AGUDO** : Son niños con Peso/Talla baja y Talla/Edad normal.

**DESNUTRIDO CRÓNICO** : Son niños con talla/ edad baja y peso para la talla normal

**Tabla N° 6 . CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Puntos de corte	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 2	Obesidad	Obesidad	Alta
+ 2 a -2	Normal	Normal	Normal
< - 2	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja

<b>Edad de aplicación</b>	≥ 29 días a < 5 años	≥ 29 días a < 5 años	≥ 29 días a < 5 años
---------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- Cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 -2 DS) si embargo la tendencia y velocidad no paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera **Riesgo nutricional**.

### 2.6.3. Manejo y seguimiento de problemas nutricionales y del crecimiento

- Cuando se evidencia crecimiento inadecuado – riesgo nutricional, explorar e identificar los factores causales:
  - ✓ Si la causa se relaciona a la presencia de enfermedad, referir al médico para tratamiento y seguimiento de la patología o tratar de acuerdo a guía de práctica clínica y protocolos AIEPI.  
Las citas para el monitoreo del crecimiento se programan con intervalos de 7 días, de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia), priorizando en estos controles la consejería en alimentación durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso mórbido.
  - ✓ Si la causa se relaciona a prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, desarrollar consejería nutricional y sesiones demostrativas (Documento de trabajo - CENAN 2008 ) estableciendo medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o cuidadores de la niña y niño.  
Las citas para control se programan con intervalos de 7 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia Tabla N° ).
- El manejo y seguimiento de los casos de desnutrición es de acuerdo a las guías de práctica clínica vigente.

#### • Los casos de niñas o niños de riesgo

- 2.7. Evaluación del desarrollo.** Se realiza desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días de acuerdo a calendario establecido.
- La evaluación del desarrollo se basa fundamentalmente en la observación y aplicación de test del desarrollo, lo que permite detectar los llamados **signos de alerta**.
  - Un signo de alerta es la expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. por lo que su detección requiere realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y, si persiste, iniciar una intervención temprana por especialista
  - El desarrollo se produce en sentido céfalo-caudal y en dirección próximo-distal.
  - Cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.
  - En el proceso de desarrollo influyen diversos factores individuales, psicosociales y culturales.

### 2.7.1. Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y niño menor de 5 años.

- **Test CONAIN:** Instrumento para evaluar a niñas y niños de **0 a 30 meses** determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:
  - 1) **Comportamiento motor postural**, incluye las siguientes líneas de desarrollo:
    - Control de cabeza y tronco en posición sentado
    - Control de cabeza y tronco para rotaciones.
    - Control de cabeza y tronco en marcha
  - 2) **Comportamiento viso motor**, incluye las siguientes líneas de desarrollo:
    - Uso del brazo y la mano.
    - Visión.
  - 3) **Comportamiento del lenguaje**, incluye las siguientes líneas de desarrollo:
    - Audición
    - Lenguaje comprensivo.
    - Lenguaje expresivo
  - 4) **Comportamiento personal social**, incluye las siguientes líneas de desarrollo:
    - Alimentación vestido e higiene.
    - Juego.
    - Comportamiento social.
  - 5) **Inteligencia y Aprendizaje**,
- **Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o PB (Pauta Breve):** Instrumento para evaluar a niñas y niños de 3 y 4 años, mide el rendimiento en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

### 2.7.2. Consideraciones previas a la evaluación.

- Antes de administrar los instrumentos de evaluación del desarrollo la enfermera revisará la guía del test que aplicará según edad del niño/a, , deben estudiarse detalladamente a fin de que durante la evaluación la atención del examinador se centre en la niña o niño y no en el material impreso.
- Ambiente debe ser tranquilo, sin ruidos molestos ni interrupciones.
- El niño/a debe estar sano(a), no tener hambre ni estar mojado
- En caso de niños o niñas prematuros/as se debe usar edad corregida hasta los 2 años
- Los instrumentos deben administrarse sólo si el niño está despierto y sano si el niño está lloroso, irritable, con sueño o enfermo) orientar y citar a los padres y/o responsables del cuidado de la niña y niño para posterior evaluación del desarrollo.
- La evaluación se puede realizar tanto en el Centro de Salud, como en CEI, Wawa Wasi, Sala Cuna, Hogar.
- Informar a los padres y/o cuidadores de la niña y niño sobre el objetivo de la evaluación para favorecer su cooperación.

### 2.7.3. Criterios para la administración, evaluación e interpretación de resultados.

- Los instrumentos de evaluación del desarrollo utilizan en su aplicación una guía y la batería respectiva para cada prueba. (Anexo N° 11 y 12)
- La evaluación debe hacerse en presencia de los padres o cuidadores responsable del cuidado del niño y niña, en un ambiente adecuado, con ropa cómoda, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso.
- En la primera evaluación explorar sobre factores de riesgo para el desarrollo y en las sucesivas la información debe ser registrada en historia clínica.
- La interpretación de resultados será de acuerdo al instrumento utilizado:
- Cuando la evaluación se hace con el **Test Abreviado CONAIN**. (Niñas y niños de 0 a 30 meses) los resultados pueden ser:
  - **Desarrollo normal (N)**: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
  - **Riesgo para trastorno del desarrollo (R)**: Cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.
  - **Trastorno del desarrollo(T)**: Es cuando en la lectura del perfil se encuentra:
    - Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito
    - Desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos.
    - Desviación a la izquierda de dos meses o más en un solo hito.
    - Desviación a la izquierda de dos meses o más en dos ó más hitos.
    - Desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.
- Cuando la evaluación se hace utilizando el **Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o Pauta Breve (PB)**. (Niñas y niños de 3 y 4 años) los resultados pueden ser:
  - **Desarrollo normal (N)**: Cuando la niña y niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
  - **Déficit del desarrollo (D)**: Cuando 1 ó más de las conductas evaluadas en el niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.

### 2.7.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.

- Durante la evaluación del desarrollo la enfermera, indicará y demostrará a los padres o cuidadores de la niña y el niño, las pautas de estimulación de acuerdo a los resultados obtenidos.

#### a) ¿ESTO ES DEL CONAIN?

- ✓ **Si el desarrollo es normal (N)**: Indicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y controlar de acuerdo a calendario según edad.
- ✓ **Si hay riesgo para trastorno del desarrollo ( R)**: Indicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y controlar de acuerdo a calendario según edad.
- ✓ **Si el resultado es trastorno del desarrollo(T)**: El manejo se hará de acuerdo a lo descrito a continuación:



- **Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un mes en un solo ítem:**  
demostrar pautas de estimulación que debe realizar en casa durante 2 meses, según el esquema del desarrollo.  
Reevaluar al niño cada mes.  
Si después de 2 meses de seguimiento con pautas de estimulación no mejora, referirlo.
- **Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos:**  
Indicar y demostrar medidas y pautas de estimulación que debe realizar en casa durante 2 meses, según el Esquema del desarrollo.  
Reevaluar al niño cada mes.  
Si después de 2 meses de seguimiento con pautas de estimulación no mejora, referirlo.
- **Si el perfil muestra desviación a la izquierda de dos o más meses en un solo hito:**  
Referirlo inmediatamente.
- **Si el perfil muestra desviación a la izquierda de dos meses o más en dos o más hitos:**  
Referirlo inmediatamente.
- **Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un solo hito asociado a un factor de riesgo:**  
Referirlo inmediatamente.
- ✓ **Si hay Déficit (D):** Indicar y demostrar medidas y pautas de estimulación citar en 2 semanas para control, si mejora continuar con los controles de acuerdo a calendario según edad; si no mejora, derivar al nivel superior para evaluación por especialista.

**b) Normas para la evaluación, estimulación y rehabilitación del desarrollo psicomotor.**

- Para evaluar el desarrollo del niño y niña se usará la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y Niña (EEDP) y Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) solo por profesionales, y en su versión abreviada se utilizará el Test Abreviado del Desarrollo Psicomotor (TA) por personal profesional y técnico de enfermería en ausencia de la profesional Enfermera y bajo su responsabilidad.
- Como norma se establece evaluar el Desarrollo Psicomotor del Niño y Niña menor de 5 años en las consultas CRED, de la siguiente manera:
- A los 2 y 18 meses con EEDP, en los 4 años con TEPSI y en los otros 8 controles restantes con T. A. (al mes 4, 6, 9, 12, 15, 21 y 3 años).
- La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y Niña (EEDP) mide el rendimiento del niño de 0 a 2 años, frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Evalúa las áreas de Lenguaje, Social, Coordinación y motora.
- El Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) mide el rendimiento del niño y niña de 2 a 5 años en tres áreas:
- Coordinación, Lenguaje y Motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador, en relación a una

norma estadística establecida por grupos de edad (ver anexo N ° 6 pag. 85 manual CRED).

- El Test Abreviado del Desarrollo Psicomotor (TA) es una simplificación de la EEDP y TEPSI para ser utilizado tanto por personal profesional como no profesional de enfermería (ver pag. 95 y anexo N ° 11 pag. 97, 98 y 99)

#### 1.- Desarrollo Normal.

Se considera así, si el niño cumple con todas las conductas en las áreas del desarrollo correspondiente a su edad o realiza una o varias por arriba de lo esperado.

En este caso la enfermera debe enseñar a los padres el plan de estimulación del desarrollo que corresponde aplicar a su niño, según su edad.

#### 2.- Desarrollo en Riesgo o Retrazo.

##### 2.1.- Riesgo en el Desarrollo

Se considera así, si el resultado de la evaluación en EEDP fluctúa entre 70 a 84 puntos y en el TEPSI de 30 a 39 puntos.

En este caso se debe:

- Valorar el estado nutricional y el ambiente familiar y social del niño. Si se sospecha abandono o abuso coordinar con el equipo multidisciplinario .
- Elaborar el plan de estimulación para todas las áreas según el perfil de desarrollo, haciendo énfasis en el área que presenta déficit o discapacidad.
- Coordinar el seguimiento del caso por el médico y/o enfermera según criterio ; se recomienda control al mes para ver evolución, principalmente en menores de un año y realizar consulta cuando persiste el déficit del desarrollo psicomotor sea global o selectivo.

##### 2.2.- Retraso en el Desarrollo

Se considera así, si el resultado de la evaluación en la EEDP es igual o menor de 69 puntos y el TEPSI si es igual o menor a 29 puntos. En éste caso se debe:

- Establecer un Plan de Estimulación del Desarrollo y a la vez referirlo a la especialidad.
- Coordinar seguimiento por CRED, se recomienda control quincenal para conocer evaluación, principalmente en menores de 1 año.
- Si la evolución no es favorable referirlo a la especialidad.
- Si hay sospecha o evidencia de patología orgánica que supere la capacidad evaluativa del establecimiento debe referirse a otro nivel de atención y hacer el seguimiento respectivo (ver cuadro N ° pag. 69 manual CRED)

#### 2.7.5. Criterios de referencia y contrarreferencia.

- La referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutoria para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del desarrollo y se ajustará a la norma vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo.

- La contrarreferencia se realizará de acuerdo a lo establecido en la norma vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo indicando el manejo a seguir.

**2.8. Estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad. (Anexo N° 13)**

- La estimulación del desarrollo se puede llevar a cabo en el consultorio de manera individual o colectiva organizando los niños por grupo de edad.
- El prestador brindará a los padres o cuidadores de la niña y niño pautas de estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad y desarrollo, considerando el contexto socioeconómico y cultural de la familia.
- El material que se utilice para la estimulación será elaborado con la participación conjunta del personal de salud, de los padres o cuidadores y la comunidad., considerando los patrones culturales locales y regionales.
- El prestador, que brinda las pautas de estimulación y cuidado del niño individual o colectiva considerar lo siguiente:
  - La estimulación psicosocial determina el comportamiento del niño, es decir cómo manifiestan sus sentimientos, emociones según su edad y cómo se relaciona con los demás.
  - Afecto genuino, y actitudes asertivas por parte de los padres o las personas que lo atienden, para desarrollar sus sentimientos de seguridad, autoestima, autonomía, control progresivo de sus emociones, confianza en la gente y capacidad para relacionarse positivamente, aprender a cooperar y compartir, asumir responsabilidades y tomar decisiones.
  - El niño necesita, sentirse querido, que se le abrace y que jueguen con él.
  - La participación de los padres en el proceso de desarrollo de la niña o niño es de vital importancia por lo tanto es necesario promover la interacción constante de ellos con su niña o niño.
  - La práctica de la lactancia materna exclusiva además de proveer los nutrientes necesarios para el crecimiento de la niña o niño, fortalece la relación afectiva madre hijo y le da seguridad y confianza al niño.
  - Todos los momentos son buenos para la estimulación, el niño necesita saber que los padres o adultos están allí para protegerlos.
  - El masaje infantil y las caricias son formas de mostrar cariño, dar seguridad y ayuda a la niña o niño a desarrollar emocionalmente, es necesario promover en los padres esta práctica,
  - El juego es otra de las formas efectivas de estimular al niño, por lo tanto es necesario promover espacios de juego de los niños con sus padres o cuidadores y que preparen sus propios juguetes con los recursos locales.

**2.9. Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación:** El prestador de salud monitoreará el cumplimiento del esquema de vacunación de acuerdo al calendario vigente.(Ojo Colocar Calendario 2009 según RM N°)

**2.10. Detección de enfermedades prevalentes. ( IRA, EDA, Anemia, Parasitosis otros):**

- La detección de enfermedades prevalentes de la infancia se realiza en cada control o contacto de la niña y niño con el servicio de salud, a través de la

identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica según el caso.

- La detección de Infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, según se realiza siguiendo la metodología AIEPI.
- La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio.
- El médico y/o la enfermera que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis de acuerdo a esquema vigente:
  - ✓ **Dosaje de hemoglobina o hematocrito** para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 9 años de edad, una vez por año. **(ver anexo tabla 10)**
  - ✓ **Examen seriado de heces y Test de Graham** para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.
- El tratamiento y seguimiento de los casos se realizará de acuerdo a las guías de práctica clínica vigente.

#### 2.11. **Detección de casos de violencia familiar y maltrato infantil:**

- La detección de casos de violencia familiar y maltrato infantil se realiza, a través del tamizaje.
- El objetivo del tamizaje es identificar de manera precoz y oportuna situaciones de maltrato infantil y violencia familiar.
- El instrumento es la “Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar” (Anexo N° 1).
- El tamizaje se realiza en cada control y o contacto de la niña y niño con el servicio de salud.
- Durante la entrevista y el examen físico, es importante buscar indicios de maltrato infantil, abuso sexual, maltrato por abandono o negligencia.
- El manejo de casos de violencia y maltrato infantil y el seguimiento correspondiente se realizará de acuerdo a la norma técnica y guías de práctica clínica vigente.

#### 2.12. **Consejería.**

- ✓ La consejería es un proceso educativo comunicacional, de diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidador de la niña y niño, a entender los factores que influyen en la salud y nutrición detectados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo y encontrar con ellos las alternativas para mejorarlos o solucionarlos.
- La consejería se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia.
- La consejería se realiza en cada control de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la enfermedad, higiene personal /lavado de manos, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, fomento de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre entre otros.)

##### 2.12.1. **Consejería nutricional.**

- Es un proceso educativo comunicacional interpersonal participativo, entre un personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y la madre, padre o cuidador del niño y niña.
- El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones sobre una situación identificada a partir de la evaluación nutricional y análisis de prácticas, fortaleciendo las adecuadas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional y desarrollo del niño.
- El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional y lograr la recuperación. (tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia).
- La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.
- Éste proceso educativo puede desarrollarse a nivel intramural y extramural.

### 2.13. Suplementarían con micro nutrientes.

#### 2.13.1. Suplementación preventiva con Hierro.

- El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro.
- La deficiencia de hierro tiene repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, inmunológica, endocrina y funcional.
- El suplemento no constituye la totalidad del requerimiento de la niña o niño, por lo tanto es necesario promover el consumo de alimentos fuente de hierro en la dieta diaria.
- El médico y/o enfermera que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de la prescripción del medicamento de acuerdo al siguiente esquema:

**Tabla N° 7**  
**Esquema de suplementación con Hierro para niños de 6 a 23 meses**

<b>GRUPO OBJETIVO</b>	<b>ESQUEMA PREVENTIVO DE SUPLEMENTACIÓN</b>
Niños de 6 a 11 meses Niños de 18 a 23 meses	1mg de hierro elemental por kilogramo de peso por día durante 6 meses.
Niños de bajo peso al nacer (menos de 2500 gr)	2 mg de hierro elemental por kilogramo de peso por día. (Desde los 3 meses hasta los 12 meses)

- El médico y/o enfermera es el responsable del seguimiento y de desarrollar estrategias que aseguren la adherencia al proceso de suplementación (visita domiciliaria, consejería, etc.)

- La visita domiciliaria se realizara en un número no menor de 3 durante el periodo que dure el proceso de suplementación.

### 2.13.2. Suplemento con Vitamina A.-

- La Vitamina “A” ayuda a proteger la salud a través de varios mecanismos:
  - ✓ Reduce la gravedad de las infecciones.
  - ✓ Mayores perspectivas de supervivencia
  - ✓ Favorece el crecimiento
  - ✓ Es vital para el funcionamiento adecuado de la visión.
- El suplemento no constituye la totalidad del requerimiento de la niña o niño, por lo tanto es necesario promover el consumo de alimentos fuente de vitamina “A” en la dieta diaria.
- El médico y/o enfermera es el responsable de la prescripción y administración de acuerdo al siguiente esquema:

**Tabla N° 8**  
**Esquema de suplementación con Vitamina “A” para niños de 6 a 59 meses de edad**

EDAD	DOSIS	FRECUENCIA
Niños: 6 – 11 meses	100,000 UI	Una vez cada 6 meses
Niños: 12 – 59 meses	200,000 UI	Una vez cada 6 meses

### 2.14. Quimioterapia o profilaxis antiparasitaria.

- El objetivo de la profilaxis antiparasitaria, es prevenir el desarrollo de parasitosis intestinal debido a geohelminthos.
- El médico y/o enfermera que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de la prescripción del medicamento de acuerdo al esquema establecido.
- El esquema es el siguiente:  
Mebendazol (500mg/VO) o Albendazol (400 mg) en dosis única cada 6 meses a partir de los dos años de edad.
- La población objetivo para esta intervención se define de acuerdo a criterios de programación establecidos.

### 2.15. Elaboración y monitoreo del plan de atención integral.

- El proceso de elaboración y monitoreo del plan de atención se hará de acuerdo al instructivo correspondiente (Anexo N°14).
- El monitoreo del plan de atención integral también incluye, el seguimiento del proceso :
  - Que deben seguir los padres para garantizar el acceso a la identidad, (inscripción del nacimiento en registro de hechos vitales, obtención de la partida de nacimiento o del documento de identidad).

- Que deben seguir los padres para garantizar el acceso a un sistema de aseguramiento en salud según corresponda.
- Que deben seguir los padres para acceder a un programa de apoyo social según corresponda.

#### **2.16. Registro e información.**

- El proceso de registro del control de crecimiento y desarrollo será de responsabilidad del médico y enfermera y se ajustará a la normatividad vigente.
- El registro del proceso de control de crecimiento y desarrollo se realiza en la historia clínica, registro diario de atención, registro de seguimiento y carne de la niña o niño. vigente
- El reporte mensual de actividades de control de crecimiento y desarrollo es parte del reporte mensual de actividades de atención integral del niño (Anexo N° 15)
- Además registrar en: SIEN, SIS, HIS\_MIS.

### **FALTA SALUD BUCAL: FLUORIZACION**

### **NORMAS ADMINISTRATIVAS**

#### **CAPITULO I**

## **V. RESPONSABILIDADES**

### **1.1 En el Nivel Nacional**

La Dirección General de Salud de las Personas es responsable de supervisar, brindar asistencia técnica, monitorear y evaluar lo establecido en la presente norma técnica.

#### **En el Nivel Regional y Local**

Las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas y la Dirección ó Jefatura del establecimiento son responsables de:

- La ejecución de las actividades descritas en la presente norma de acuerdo a las normas establecidas y su capacidad resolutive.
- La adecuación, difusión, implementación y control (supervisión, monitoreo y evaluación) de la presente norma técnica.
- De establecer e implementar los mecanismos necesarios para garantizar el financiamiento de lo previsto en la presente norma.

### **1.2 Programación de actividades**

1.2.1. Población Objetivo : todos los niños de 0 a 9 años según población estimada por INEI de último censo.

1.2.2. Población sujeto de programación:

El porcentaje de niños a programarse para ser atendidos y controlados, se dará a conocer en la apertura programática anual, cuya cifras según grupo etáreo serán ajustadas anualmente, regional y localmente.

El control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 10 años se realiza de acuerdo al siguiente esquema.

**Tabla N° 9**  
**ESQUEMA DE CONTROLES DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 10 AÑOS**

<b>GRUPO ETAREO</b>	<b>N° DE CONTROLES ANUALES</b>	<b>EDAD</b>
Recién nacido	2	7° y 15 día de vida.
Menor de 12 meses edad	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 meses
De 1 año edad	6	12m, 15m, 18m, 21 meses
De 2 a 4 años edad	4	24m, 30m, 36m, 42 m, 48m, 54m
<b>De 5 a 9 años de edad</b>	1	1 control por año de edad.



**1.3.4. CUADRO N° 1**  
**CONCENTRACIÓN UTIL CRED SEGÚN RIESGO/ EDAD Y RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN**

RIESGO	EDAD	RESPONSABLE Y/O EJECUTOR	MEDIO A USAR	RENDIMIENTO	INDICADOR INSTRUMENTO
NORMAL O BAJO RIESGO. LACTANTES (< 1 AÑO) (Ver Historia clínica perinatal)	9 controles por año: R. N. 1mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses 7 meses 8 meses 9 meses	Médico o Enfermera Enfermera Enfermera Enfermera Enfermera Médico o Enfermera Enfermera Enfermera Enfermera	EFN + Eval. Desarrollo + ESNI. CRED T.A. CRED EEDP + ESNI CRED T. A. + ESNI CRED T. A. + ESNI CRED T. A. + ESNI CRED T. A. + ESNI CRED T. A. + ESNI CRED T. A. + ESNI CRED T. A.	2 X HORA 3 X HORA 2 X HORA 3 X HORA 3 X HORA 3 X HORA 3 X HORA 3 X HORA 3 X HORA 3 X HORA	Hora méd./ Hora enfer Hora enfermera Hora enfermera Hora enfermera Hora enfermera Hora Med/enfermera Hora enfermera Hora enfermera Hora enfermera
PRE ESCOLAR (1 a 2 años)	Cuatro Consultas/año 12 meses 15 meses 18 meses 21 meses	Médico o Enfermera Enfermera Médico o Enfermera Enfermera	C. CRED (T.A.) C. CRED (T.A.) C. CRED (EEDP) C. CRED (T.A.)	3 X HORA 3 X HORA 2 X HORA 3 X HORA	Hora méd./ Hora enfer Hora enfermera Hora méd./ Hora enfer Hora enfermera
(3 a 4 años)	Dos Consultas/año 3 años 3 años y 6 meses 4 años 4 años y 6 meses	Enfermera Enfermera Enfermera Médico o Enfermera	C. CRED (T.A.) C. CRED (T.A.) C. CRED (TEPSI) C. CRED (T.A.)	3 X HORA 3 X HORA 2 X HORA 3 X HORA	Hora enfermera Hora enfermera Hora enfermera Hora méd./ Hora enfer
En establecimientos donde el recurso profesional (médico o enfermera) no es suficiente el procedimiento lo realizará el personal técnico capacitado, usando Carné CRED. Bajo responsabilidad de la Coordinadora de Enfermería de la MicroRed					
MEDIANO RIESGO. (< de 2,500 g, cesárea patológicas, macrosómicos, trastornos metabólicos, infecciones prenatales, RN hijo de madre adolescente). Parto domiciliario, desnutridos leves, moderados y crónicos.	11 consultas al año como mínimo	Médico y Enfermera	Control CRED + EEDP TEPSI Estimulación Consulta deficit del desarrollo psicomotor Control por especialista Visita domiciliaria INR (CONAIN)	2 X HORA	Hora médico. Hora enfermera
ALTO RIESGO (Asfixiados severos, meningoencefalitis, ictericia severa, prematuros) RNMBP (1,500gr.), malformaciones congénitas, cromosomopatías, enfermedades crónicas, desnutridos agudos, diarreas persistentes. - Déficit motor	1 consulta /mes en el menor de 1 año, en los 1 a 4 años según evolución)	Médico y equipo profesional especializado  Seguimiento por médico y/o enfermera.	Control CRED + EEDP TEPSI Consulta por déficit Consulta de rehabilitación Consulta de neurología Consulta de oftamología Consulta por otros profesionales especialistas.  Visita domiciliaria  INR (CONAIN)	2 X HORA	Hora médico. Especialista  Hora enfermera

- Parálisis cerebral					
----------------------	--	--	--	--	--

Leyenda: CRED: Control de crecimiento y desarrollo; EFN: Examen físico del niño; EST. Desarrollo: Estimulación del desarrollo; EEDP: Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 2 años; TEPSI: Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años; Consulta Déficit del Desarrollo: por médico o Enfermera con especialidad, en niños con riesgo o retraso en el área psicomotora.

## VI. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

### 1.1. Componente de gestión.

#### **Planeamiento, programación y asignación de recursos.**

- El control de crecimiento y desarrollo es una actividad incluida en el plan operativo anual de la institución.
- El control de crecimiento y desarrollo es una finalidad incluida en la estructura funcional programática como parte del Programa Estratégico Presupuestal Articulado Nutricional.
- La población objetivo para el control de crecimiento y desarrollo es la niña y niño de 0 a 9 años con prioridad el menor de 36 meses.
- El cálculo de la proporción de niña y niño a atender por año se determina considerando la responsabilidad que tiene cada subsector en cada ámbito jurisdiccional.
- Los criterios de programación definidos por el nivel nacional (Anexo N° 16), serán utilizados para determinar la meta física niñas y niños controlados por grupo de edad en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- La asignación de recursos humanos para realizar el control de crecimiento y desarrollo está determinado por la meta física, el tiempo promedio utilizado por control (según Cuadro N° 1) características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada.(numero de consultorios)

#### **1.1.1 Control: Supervisión monitoreo y evaluación**

- El monitoreo del control de crecimiento como actividad se realizará de manera continua con el objetivo de orientar y reorientar procesos, principalmente aquellos considerados como críticos. en los establecimiento de salud.
- La supervisión se orienta a mejorar el desempeño del personal para alcanzar competencias y brindar un control de crecimiento y desarrollo con estándares de calidad, en los establecimientos de salud.
- la supervisión y el monitoreo incluyen la asistencia técnica por lo tanto serán realizadas por el equipo nuclear de profesionales competentes en CRED.
- la evaluación mide los objetivos y metas trazadas con los resultados obtenidos.
- La evaluación de acuerdo a los "indicadores trazadores" se realizará por niveles: Nacional (anual), regional (semestral) y local(trimestral) .
- La evaluación se hace tanto de las metas físicas y presupuestales en cada nivel.
- La información utilizada para la evaluación proviene del sistema de información oficial vigente.
- Los indicadores de evaluación.

## 1.2. Indicadores

- **Indicadores de estructura**
- Proporción de establecimientos de salud con equipamiento adecuado para realizar control de crecimiento y desarrollo.
- Proporción de establecimientos de salud con equipo nuclear profesional (enfermera ,medico) capacitado para realizar control de crecimiento y desarrollo.
- **Indicadores de Producto**
- Proporción de niñas y niños con control de crecimiento y desarrollo completo de acuerdo a su edad.
- Proporción de niñas y niños menores de 24 meses suplementados con sulfato ferroso
- Proporción de niños con riesgo nutricional
- Proporción niños con riesgo desarrollo Psicomotor
- Proporción de niños con lactancia materna exclusiva
- Proporción de niños con anemia
- Proporción de niños suplementados con sulfato ferroso
  
- **Indicadores de impacto.**
- Prevalencia de desnutrición crónica infantil

## 1.3. Desarrollo de Recursos Humanos.

- El equipo nuclear profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo requiere de capacitación y actualización permanente.
- La capacitación teórica y práctica que debe recibir el equipo nuclear profesional es no menor de 40 horas académicas y del personal técnico será de 20 horas.
- Los contenidos mínimos de capacitación son: Gestión y atención integral de salud, Generalidades del Crecimiento y Desarrollo del niño, estandarización antropométrica, metodología del control del niño, estimulación temprana, consejería, detección y manejo de violencia.

## 1.4. Sistema de información.

- El recojo, procesamiento y análisis de la información de las actividades de control de crecimiento y desarrollo se hace de acuerdo a la normatividad vigente.

## 1.5. Investigación. Las líneas de investigación operativa principalmente deben estar orientadas a:

- Evidenciar la eficacia del control de crecimiento y desarrollo en la mejora de la salud de la niña y el niño y en la disminución de la desnutrición crónica infantil.
- Impacto de las practicas adecuadas de alimentación del menor de 3 años (lactancia materna y alimentación complementaria) en la disminución de la desnutrición crónica y de las enfermedades prevalentes según perfil epidemiológico local y regional.
- Desarrollo del sistema informático y tecnológico para la mejora de las intervenciones relacionadas al control de crecimiento y desarrollo a nivel local.

## NORMAS ADMINISTRATIVAS CAPITULO II

### VII. COMPONENTES DE ORGANIZACIÓN

#### 1. Componente de Organización.

##### 1.1. Organización de la atención.

El control de crecimiento y desarrollo del menor de 9 años, será realizado en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su categoría en los consultorios de atención integral del niño según fluxograma.

##### 1.2. Mejoramiento continuo de la calidad

Este debe priorizar la atención a la población de mayor riesgo, disminuir tiempos de espera (sistema de citas, atención colectiva, etc) , reducir las oportunidades perdidas, optimizar el uso de los recursos disponibles, **Instrumentos de registro y seguimiento.**

- Instrumentos de registro de la atención son los siguientes:
  - Historia Clínica estandarizada que incluye: (Anexo N° 1)
    - ✓ Plan de atención.
    - ✓ Datos de filiación y antecedentes
    - ✓ Evaluación de la alimentación
    - ✓ Formato de consulta
    - ✓ Curvas de crecimiento P/E, T/E y PC.
    - ✓ Instrumento de evaluación del desarrollo:
      - En el menor de 30 meses: Test Abreviado Peruano (TAP) y EEDP
      - De 3 a 4 años: Pauta breve. TEPSI
      - De 5 a 9 años
    - ✓ Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
  - Carné de atención integral del menor de 5 años. (Anexo N° 2)
  - Registro diario de atención Integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente
  - Registro de seguimiento de atención Integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente.
  - Registro o ficha de niños con riesgo para su visita familiar

##### 1.3. Ambiente y equipamiento.

- Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario contar con uno o más ambientes debidamente acondicionado y equipados de acuerdo a su categoría.
- La infraestructura, equipamiento y mobiliario de consultorio de atención integral del niño se ajustara a la normatividad vigente.(Anexo N° 17)
- Los equipos para la toma de medidas antropométricas deberán cumplir con las especificaciones técnicas y control de calidad vigente (CENAN).

##### Equipo de salud:

Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario que en cada establecimiento de salud de acuerdo a su categoría se cuente con equipo nuclear profesional (médico y enfermera), también personal técnico capacitado; asimismo es

necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo.

#### **1.4. Referencia y contrarreferencia (corresponde al componente administrativo)**

- La referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutoria de la red o micro red para el diagnóstico, intervención y/o tratamiento de los problemas de crecimiento y desarrollo, así como para procedimientos de ayuda diagnóstica.
- El procedimiento a seguir para la referencia y contrarreferencia se ajustará a la normatividad vigente.
- A nivel comunitario es necesario organizar un sistema de vigilancia comunal involucrando a autoridades y otros actores; fomentando de este modo la corresponsabilidad en el cuidado de la niña y el niño menor de 9 años.

### **COMPONENTE TÉCNICO**

#### **METODOLOGÍA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

#### **2. Componente de Provisión.**

- El control de crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, será realizado en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su categoría.
- El control de crecimiento y desarrollo podrá ser realizado en la comunidad u otros escenarios siempre y cuando se cuente con ambientes que cumplan con las condiciones físicas y de equipamiento requeridas.
- El control de crecimiento y desarrollo es de responsabilidad de la/el profesional enfermera (o) en todo los niveles de atención.
- En Puestos de Salud, Nivel I-1 y I -2 que no cuente con la/el profesional enfermera(o) podrá realizar el personal técnico, lo siguiente: Antropometría, Revisión de calendario y cuidados básicos según Anexo N . debidamente capacitado.
- El control de crecimiento y desarrollo requiere de un tiempo máximo de 45 minutos para el primer control y en los siguientes controles debe ajustarse de acuerdo a la necesidad y condición del usuario.
- Los procesos necesarios para realizar el control de crecimiento y desarrollo son: captación, Valoración, Diagnostico, Plan de cuidados, seguimiento y Evaluación

**Captación.**

- Para realizar el control de crecimiento y desarrollo las niñas y niños deben ser captados cuando acuden al establecimiento de salud en compañía de sus padres o cuidadores de su cuidado para consulta por morbilidad, como acompañantes, usuarios de otros servicios del establecimiento o referidos.
- En los establecimientos de salud se promoverá que todo el personal del establecimiento ofrezca información clara y detallada sobre la oferta del control de crecimiento y desarrollo, resaltando los potenciales beneficios para la salud de la niña y el niño así como para la familia y comunidad.
- El personal responsable del control de crecimiento y desarrollo deberá desarrollar estrategias de trabajo con las familias, comunidad y otros sectores para mejorar el acceso y la cobertura.
- Los planes operativos en los diferentes niveles incluirán actividades que promueva la demanda del servicio de crecimiento y desarrollo;

**Admisión.**

- El proceso de admisión para el control de crecimiento y desarrollo de la niña el niño en un establecimiento de salud incluye: la recepción, identificación de situaciones de emergencia, o urgencia, determinación de su condición de aseguramiento y el recojo de información necesaria para su identificación y registro; identificación de necesidades de salud individual y familiar; monitoreo del plan de atención individualizado, y provisión de información que guíe el proceso de atención en el establecimiento y en la red de servicios de salud correspondiente.
- Implementar sistema de citas computarizado.

**Atención.**

- El control de crecimiento y desarrollo es parte del paquete de atención integral de la niña y niño menor de 9 años.
- El control de crecimiento y desarrollo se hace de acuerdo plan de atención integral individualizada y esquema vigente.

**Seguimiento.**

- Para el seguimiento de las niñas y niños se utiliza un sistema de citas programadas las mismas que será determinada en cada control según riesgo.
- Las citas son de acuerdo a norma y riesgo del niño y niña; en coordinación con los padres o cuidadores.
- El instrumento que guía el seguimiento es el plan de atención individualizado.
- La visita domiciliaria se constituye en la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las practicas en el cuidado del la niña y niño, ya que permite:
  - ✓ Hacer el acompañamiento a la familia que presenta factores de riesgo para el crecimiento y desarrollo del niño y fortalecer las prácticas clave.
  - ✓ Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.
- Se realizará visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos:
  - ✓ Niñas y niñas que no acuden a citas programadas.
  - ✓ Niñas o niños que presentan crecimiento inadecuado.
  - ✓ Niñas y niños con riesgo para el desarrollo.
  - ✓ Niñas y niños con trastornos del desarrollo.
  - ✓ Niñas y niños en proceso de suplementación con hierro.

- ✓ Niñas y niños con riesgo social.
- ✓ Niñas y niños en riesgo y víctimas de violencia o maltrato infantil.
- ✓ Niñas y niños con problemas frecuentes de enfermedades prevalentes de la infancia y otros
- El seguimiento de las niñas y niños se complementa con el seguimiento a través del sistema de vigilancia comunal si existe.

**Modalidades de atención.**

**Atención grupal/ colectiva:** Proceso de atención en el que se promueve y estimula la participación activa de los padres o cuidadores responsables de la niña y niño, en el proceso de control de crecimiento y desarrollo. En esta modalidad de atención se diferencian dos fases, la primera una fase de evaluación individual, seguida de una fase de trabajo grupal, orientado a desarrollar un proceso educativo basado en el intercambio de conocimientos y prácticas relacionadas al cuidado integral del niño, estimulación temprana y fomento del afecto.(Anexo N° 18)

**3. Componente de financiamiento**

- El financiamiento del control de crecimiento y desarrollo del menor de 9 años, será de acuerdo a la norma vigente (condición de pobreza, edad del niño, tipo de seguro, etc.)
- La estructura de costos estándar es el instrumento que sustentará la asignación de recursos financieros.

**VIII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS. O LINEAMIENTOS**

**Estrategias.**

De acuerdo al nivel de responsabilidad y al nivel de atención se utilizarán estrategias a fin de garantizar el acceso, la equidad y calidad del control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de 9 años..

**Abogacía.** A nivel de autoridades regionales, locales, sociedad civil, autoridades y trabajadores de salud a fin de lograr:

- Compromiso y apoyo para mejorar el acceso, equidad y calidad del control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 9 años.
- Compromiso y apoyo para la promoción y prevención del cuidado y atención integral de la niña y niño menor de 9 años.

**Descentralización y desarrollo local.**

**Aseguramiento universal.**

**Fortalecimiento de la articulación con instituciones formadoras de recursos humanos en salud.**

**IX. DISPOSICIONES FINALES.**

Los Directores generales de las Direcciones de salud y de las Direcciones regionales de salud o las que haga sus veces, los Directores de los Institutos Especializados y Hospitales del Ministerio de Salud, así como los Directivos de establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional, a partir de la fecha de publicación de la presente norma técnica serán los responsables de su implementación y control (supervisión, monitoreo y evaluación), según sus competencias.

## X. ANEXOS

Anexo N° 1	Formato de Historia Clínica de la niña y el niño (incluye): Plan de atención. Datos de filiación y antecedentes Evaluación de la alimentación Formato de consulta Tabla de ganancia de peso mínimo Curvas de crecimiento P/E, T/E. P/T Instrumento de evaluación del desarrollo: Para el menor de 30 meses: Test Abreviado CONAIN (TAP) Para la niña o niño de 3 a 4 años: Pauta breve.(PB) Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
Anexo N° 2	Carné de atención integral del menor de 5 años.
Anexo N° 3	Guía para el examen físico del niño.
Anexo N° 4	Guía para la evaluación de los pares craneales.
Anexo N° 5	Guía para la evaluación de los reflejos primarios en el recién nacido.
Anexo N° 6	Guía para la evaluación de la Visión.
Anexo N° 7	Guía para la toma de medidas antropométricas.
Anexo N° 8	Guía para la evaluación de la alimentación.
Anexo N° 9	Peso para Edad gestacional en recién nacidos.
Anexo N° 10	Test de Capurro.
Anexo N° 11	Guía para aplicación del Test Abreviado Peruano (TAP)
Anexo N° 12	Guía para la aplicación del Test Abreviado o Pauta breve (PB)
Anexo N° 13	Pautas para la estimulación del desarrollo y cuidados del niño e nivel familiar.
Anexo N° 14	Guía para la elaboración y monitoreo del plan de atención.
Anexo N° 15	Reporte mensual de actividades de atención integral de la niña y el niño.
Anexo N° 16	Criterios de programación..
Anexo N° 17	Infraestructura y equipamiento necesario para realizar el control de crecimiento y desarrollo
Anexo N° 18	Guía para la atención grupal /colectiva en el proceso de control de crecimiento y desarrollo.
Anexo n° 19	Guía de estimulación temprana para el niño peruano (elaborado por equipo en MINSa con lic. Reyna Aranda)
Anexo n° 20	Manual de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 – 24 meses ( EEDP)
Anexo n° 21	Manual de Tes de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 2 – 5 años ( TEPSI)
Anexo n° 22	Guía ò protocolos del AIEPI



## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGARWAL, DK; AWASTHY, A; UPADHYAY, SK; SING, P; KUMAR, J. "Growth, Behavior, Development and Intelligence in Rural Children Between 1-3 years of life"
2. AGUADO, Gerardo. "El Desarrollo del Lenguaje de 0-3 años"  
Editorial CEPE 1995.
3. ALIOTTI, NC; RAJABIUN, DA. "Visual Memory Development in Preschool Children"  
Percept. Mot. Skills. 1991 Dec; 73 (3 pt 1): 792-4
4. AMIEL, Tyson. "Vigilancia Neurológica durante el Primer Año de Vida"  
1era Edición. Editorial Masson, Barcelona 1988.
5. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. "Screening Infants and young children for Developmental Disabilities"  
Pediatrics 1994. May: 93 (5) 863-5
6. American Academy of Pediatrics. Questions and Answers: Jaundice and Your Newborn.  
Publicado: 25 de junio de 2004, consultado: 7 de julio de 2004,  
[www.aap.org/family/jaundicefaq/htm](http://www.aap.org/family/jaundicefaq/htm).
7. American Academy of Pediatrics. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation: Clinical Practice Guideline. Pediatrics, volume 114, número 1, julio de 2004, págs. 297-316.
8. APONTE, R; FRENCH, R; SHERRILL, C. "Motor Development of Puerto Rican Children: Cross Cultural Perspectives"  
Percept. Motor Skills. 1990 Dec; 71 (3 pt 2): 1200-2
9. APLEY, John and OUNSTAND, Christopher. "One Child"  
Clinic in Developmental Medicine, 1982
10. AUSBEL, David. SULLIVAN, Edmund. "I – El Desarrollo Infantil. Teoría. Los comienzos del Desarrollo"  
1era. Edición en Español; Ediciones Paidós. Barcelona 1993.
11. AUSBEL, David. SULLIVAN, Edmund. "II – El Desarrollo de la Personalidad"  
1era. Edición en Español; Ediciones Paidós. Barcelona 1993.
12. BABSON. "Diagnóstico y Tratamiento del Feto y del Recién Nacido de Riesgo"  
Editorial Panamericana, 1985.
13. BAYLEY, N. "Bayley Scale of Infant Development"  
New York – The Psychological Corporation, 1969.
14. BECK, Jean. "Como estimular la Inteligencia del Niño"  
Editorial Psique, Argentina, 1972
15. BENDER, Laurette. "Test Gestaltico Visomotor"  
3era. Edición, Editorial PAIDOS, Buenos Aires; 1967

16. BENNETT, G. "Manual Differential Aptitude tests: Forms L & M"  
The Psychological Corporation 1947.
17. BENSON, Philip. "Biochemistry of Development"  
Clinic in Developmental Medicine N° 37 – 1971.
18. Berard G, Dufour P, Vinatier D, Subtil D, Vanderstichele S, Monnier JC et al. Fetal macrosomia: risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 100 cases > 4.500 g. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 77: 51-59.
19. BERAURY, Armide. "El Niño y sus Juegos"  
Edit. Paidós, Buenos Aires, 1971.
20. BLACKMAN. J.A.; LINDGREN. SD; BRETHAUER, J. "The Validity of Continuing Developmental Follow – up of High – risk Infants to Age 5 years"  
Am. J. Dis. Chile 1992. Jan: 146(1): 70 – 75.
21. BLOOM, Benjamín. "Evaluación del Aprendizaje"  
Editorial Troquel 1975.
22. Boo NY, Lye MS, Kanchanamala M, Ching CL. Plexus brachial injuries in Malasyan neonates: Incidence and associate risk factors. J Trop Pediatr 1991; 37: 327-332.
23. BIJOU, SIDNEY & BAER. "Psicología del Desarrollo Infantil" Tomo I  
1era. Reimpresión. Editorial Trillas. México 1980.
24. BRALIC, Sonia & HAUSLER, Isabel M. "Estimulación Temprana. Importancia del Ambiente para el Desarrollo del Niño"  
Publicaciones UNICEF. Impreso en Alfabeto I – Impresoras, Santiago de Chile, 1979.
25. BRAZELTON, Berry. "Neonatal Behavioral Assessment Scale"  
Edit International, 1973.
26. BRUNNER, Jerome. "El Habla del Niño"  
Editorial PAIDOS. 1986
27. CALDWELL, Catherine. "Infants at Risk" Pediatric Roed Table: 5  
Johnson & Johnson Baby Products Company. 1981. USA. ISBN 0-931562-06-6
28. CASAER, Paul. "Postural Behavior in Newborn Infants"  
Clinic in Developmental Medicine. Edit. Internacional , 1979.
29. Cash, Sheryl. Guideline Offers Direction for Prompt Diagnosis, Treatment of Hyperbilirubinemia. AAP News, American Academy of Pediatrics, julio de 2004.
30. CASTILLO MORALES, Rodolfo. " Estimulación de la Cronomaduración por Puntos Motores y Terapia de la Patología Orofacial según Castillo Morales"
31. Centers for Disease Control and Prevention. Kernicterus in Full-Term Infants – United States, 1994-1998. Morbidity and Mortality Weekly Report, 15 de junio, 2001, volumen 50, N° 23, págs. 491-494.
32. Centers for Disease Control and Prevention. FAQs about Kernicterus. Actualizado: 1° de julio de 2004, consultado: 8 de julio de 2004, [www.cdc.gov/ncbddd/dd/kernicterus.htm](http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/kernicterus.htm).

33. CATELL P. "The measurement of Intelligence of Infants and Young Children"  
The Psychological Corporation 1940.
34. CHANCE, Paul. "Learning Through Play" Pediatric Round Table: 3  
Johnson & Johnson Baby Products Company. 1980. USA
35. CHANCE, Paul. "Aprendizaje y Conducta"  
Editorial Manual Moderno 1985.
36. CIE 10 Trastornos mentales y del Comportamiento, Madrid, Organización Mundial de la Salud  
,1992,pag 25 – 26.
37. CIONI, G; PAOLICELLI, PB; SORDI, C; VINTER, A. " Sensorimotor Development in Cerebral Palsied Infants assesed with the Uzgiris – Hunt scales"  
De. Med, Chile. Neurolo. 1993 Dec: 35 (12): 1055-66
38. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión. Washington, D.C.: OPS, ©1995- 3 v. (Publicación Científica, 554)
39. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2001. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Organización Panamericana de la Salud
40. COLLIN, G. "Compendio de Psicología Infantil"  
Editorial Kapeluz. 1974.
41. COLLIN, G. "Solución de Tests al Servicio de la Psicología Infantil"  
Biblioteca de Cultura Pedagógica. Editorial Kapaluz. 2da Edición. Buenos Aires 1979.
42. CONDELL G, Isidro. "Programa de Atención Temprana"  
Editorial CEPE. 1993.
43. CONDEMARIN, Mabel. "Madurez Escolar"  
Editorial CEPE. 1989.
44. CONOLLY, KJ; KVALSVIG, JD. "Infection, Nutrition and congntive Performance in Children"  
Parasitology 1993. 107 suppl: S187-200.
45. CORIAT, Lidia. "Maduración Psicomotriz en el Primer Año del Niño"  
Editorial Hermiser S.R.L., Buenos Aires, 1974.
46. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV et al. Enfermedades y lesiones del feto y el recién nacido. En: Cunningham FG,
47. DOMINGUEZ, Isabel. "Estimulación del Lenguaje"  
Editorial CEPE 1989.
48. EXNER, CE. "Current validity of in-hand Manipulation Test"  
Am. J.Occup. Ther. 1993 Jun; 47(6): 505-13

49. FLAVELL, J.H. "La Psicología Evolutiva de Jean Piaget"  
Edit. Paidos, Buenos Aires, 1968.
50. FLEMING, Inge. "Desarrollo Normal del Lactante y sus Desviaciones"  
Editorial Panamericana 1988.
51. FROSTIG, Marianne. "Discapacidades Específicas de Aprendizaje en el Niño"  
Editorial Panamericana 1986.
52. GARDINER. "Test Figura y Palabra" (1) Vocabulario Receptivo.  
Editorial Panamericana, Argentina, 1987.
53. GARDINER. "Test Figura y Palabra" (2) Vocabulario Expresivo.  
Editorial Panamericana, Argentina, 1987.
54. GERMAN, Richard. "Introducción a Piaget"  
Centro Regional de Ayuda Técnica, AID, México/ Buenos Aires. 1era Edición.  
Editorial PAIDOS. 1975.
55. GESSELL. Arnold "Diagnóstico del Desarrollo"  
Ed. Paidos. Argentina 1966.
56. GESSELL. Arnold "El niño de 5 -10 años"  
1era Edición. Ed. Paidos. Argentina 1954.
57. Gherman RB, Ouzounian JG, Goodwin TM. Obstetric maneuvers for shoulder dystocia and associated fetal morbidity. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1126-1130.
58. GLASCOE, FP; BYRNE, KE. "The Usefulness of the Batelle Developmental Inventory Screening Test."  
Clin. Pediatr. Phila. 1993 May; 32(5): 273-80
59. GLASCOE, FP; BYRNE, KE. "The Usefulness of the Developmental Profile II in the Screening of Development."  
Clin. Pediatr. Phila. 1993 Apr; 32(4): 203-8
60. GLASCOE, FP; BYRNE, KE.; ASHFORD, LG, JOHNSON, KL; CHANG, B: "Exactitud del Denver II en el despistaje de Alteraciones del desarrollo"  
Pediatrics. 1992 Jun; 89 (6 pt 2): 1221-5
61. GORDON, Weil. "Pediatric Neurology for the Clinician"  
Edit. International, 1976.
62. HAUSLER, ISABEL MARGARITA & MARCHAND. " Test de Desarrollo TEPSI"  
Impresión Ebnasa, 1995
63. HESSE, Gerhard. "La Estimulación Temprana en el Niño Discapacitado"  
Editorial Panamericana 1986
64. HOON, AH Jr.; PULSIFER, MB; GOPALAN, R; PALMER, FB; CAPUTE, AJ "Clinical Adaptive Test/ Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale in Early Cognitive Assessment."  
Pediatr. 1993 Jul; 123(1): S 1-8

65. HILDEBRANDT, Verna. "Educación Infantil"  
Editorial Ciencia y Técnica. 1989.
66. HURLOCK, Elizabeth. "Desarrollo Psicológico del Niño"  
Editorial PAIDOS 4ta Edición 1966.
67. ILOEJE, SO; OBIKWE, VU; KAINE, WN. "Gross Motor Development of Nigerian Children"  
Ann. Trop. Paediatr. 1991; 11(1): 33-9
68. ILLINGWORTH, R.S. "An Introduction to Developmental Assessment in the First Year"  
National Spastic Society, 1ra Edición. London. 1962.
69. Instituto Nacional de Rehabilitación, Perú. Esquema del Desarrollo del Niño CONAIL - INR pag  
233 al 242.
70. Jennett RJ, Tarby TJ, Kreinick CJ. Brachial plexus palsy: An old problem revisited. Am J Obstet  
Gynecol 1992; 166: 1673-1687
71. JONSON, KL; ASHFORD, LG; BYRNE, KE; GLASCOE, FP. "Produce el Denver II resultados  
significativos"  
Pediatrics. 1992 Sep; 90(3):477-9
72. JOHNSTON & JOHNSTON. "Desarrollo del Lenguaje"  
Editorial Panamericana 1988.
73. Kappas, A., et al. Direct Comparison of Sn-Mesoporphyrin, an Inhibitor of Bilirubin Production,  
and Phototherapy in Controlling Hyperbilirubinemia in Term and Near-Term Newborns.  
Pediatrics, volumen 95, 1995, págs. 468-474.
74. KATO, T. "Follow-up Study on the Behavioral Development of Japanese Neonates"  
Biol. Neonato. 1991; 60 Suppl 1: 75-85
75. KOUPERNIK, Cyrill. "Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia"  
Editorial Luis Miracle. 5ta Edición. Barcelona 1968.
76. LAUNAY, Clement. "Transtornos del Lenguaje, Palabra y la Voz en el Niño"  
Toray – Masson. S. A. 2da Edición. Barcelona. 1979.
77. LAWThER, Jhon. "Aprendizaje de las Habilidades Motrices"  
Editorial PAIDOS 1985.
78. LERBET, Georges. "Educación Psicomotriz"  
Editorial Fontanelle, 1975.
79. LEWIS, Michael "A Developmental Study of Information Processing within the First Years of  
Life"  
University of Chicago Press, 1962.
80. LEWIS, V; BOUCHER, J; ASTELL, A. "The assesment of Symbolic Play in Young Children: a  
prototype test"  
Eur. J. Disord. Commun. 1992; 27(3): 231-45

81. LEZINE, I; CASATTI, I. "Escala de Desarrollo Sensorio Motor"  
1991
82. Lipscomb KR, Gregory K, Shaw K. The outcome of macrosomic infants at least 4500 grams: Los Angeles county + University of Southern California Experience. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 558-564.
83. LIPSITT. "Desarrollo Infantil"  
Editorial Trillas 1991
84. LIRA, María Isabel. "Primer Año de Vida" Manuales de Estimulación  
Editorial Nuevo Extremo. 1986.
85. LOYBER, Isaías. "Funciones Motores del Sistema Nervioso"  
1990
86. Luís Oscar Marrero Riverón, Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País". Avenida 51 No. 19603, entre 196 y 202. La Lisa, Ciudad de La Habana, Cuba. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología* 1998; 12 (1-2), 28-39.
87. LURIA, A.R. "Cerebro y Lenguaje"  
Editorial Fontanella, 1967.
88. LURIA, A.R. "Fundamentos de Neurolingüística"  
Toray – Masson, 1980
89. LYON, G. "Neuropediatría"  
Editorial Masson 1990.
90. MAJLUF, Alegría. "Marginalidad, Inteligencia y Rendimiento Escolar"  
Editorial Brandon Enterprise, Lima – Perú, 1993
91. Magnin G, Pierre F. Dystocie des épaules. *Encycl Méd Chir Gynecologie*. París: Elsevier, 1999; 5-5067-A-10.
92. MAYANS, Filomeno. "El niño. Psicodesarrollo desde su Nacimiento hasta la Adolescencia"  
1era Edición. Editorial JIMS. 1992
93. MCEWAN, MH; DIHOFF, RE; BROSVIC, GM. "Early Infant Crawling Experience is Reflected in Later Motor Skill Development"  
*Percept. Motor Skills*. 1991 Feb; 72 (1): 75-9
94. MINISTERIO DE SALUD – PERU. "Estimulación del Desarrollo Psicomotor del Niño de 0 a 6 Años – Módulo de Autoaprendizaje"
95. MINISTERIO DE SALUD – CHILE. "Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del menor de 06 Años"
96. Modanlou H. Dorchester W, Thorosian A, Freeman R. Macrosomia: maternal, fetal and neonatal implications. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 240-244.
97. MONFORT, Mark. "El Niño que Habla"  
3era Edición. Ed. CEPE. 1990

98. MUSSINGER, Harry. "Desarrollo del Niño"  
Editorial Interamericana 1978; 1era Edición – México.
99. NEWMANN, C; Mc. DONALD, MA; SIGMAN, M; BWIBO, N; MARQUARDT, M. "Relationships between morbidity and Development in Midly to Moderately Malnourished Kenyan Toddlers"  
Pediatrics. 1991 Nov.; 88 (5): 934-42
100. NELIGAN, G.A. "Born too soon or born too small"  
Clinic in Developmental Medicine. 1976
101. OPS. "Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del Niño"  
Cuaderno técnico N° 18. Organización Panamericana de la Salud. 1988
102. OPS. "Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño"  
Serie Paltex, N° 33. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1993.
103. OPS. "Crecimiento y Desarrollo. Hechos y Tendencias"  
Publicación Científica N° 510 1988.
104. Oppenheim WL, Davis A, Growdon WA, Dorey FJ, Davlin LB. Clavicle fracture in the newborn.  
Clin Orthop 1990; 250: 176-181.
105. Oscar Papazian, MD; Miami Children's Hospital. Evaluación Neurofisiológica de los niños con Parálisis del Plexo Braquial Obstétrica REV NEUROL 1998; 27 (156): 258-263.
106. PEIRO, Sara. "Programación de la Psicomotricidad en la Educación Especial"  
CEPE 1987.
107. PETERSON, Abigail. "The Communication Game" Pediatric Round table: 4  
Johnson & Johnson Baby Products company. 1980. USA. ISBN 0-931562-05-8
108. PHATAK, AT; KHURANA, B. "Baroda Development Screening Test for infants"  
Indian Paediatr. 1991 Jan; 28(1) 31-7
109. PIAGET; Jean. "El Lenguaje y el Pensamiento del Niño Pequeño"  
Editorial Paidós. Argentina 1965.
110. PIAGET; Jean. "Psicología de la Inteligencia"  
Editorial Psique, 1969.
111. PIPER, M. DANAH, J. "Motor Assesment of the Developing Infant"  
Ed. Saunders Company USA. 1994
112. POLLIT, E; GORMAN, KS; ENGLE, PL; RIVERA, JA; MARTORELL, R "Nutrition in early life and the fulefillment of intelectual potential"  
Nutr, 1995 Apr; 125 (4 supp) : 1111s – 1118s
113. PRETCHL, Heinz. "Examen Neurológico del Recién Nacido a Término"  
Editorial Masson 1984.

114. Salonen IS, Uüsitalo R. Birth injuries: incidence and predisposing factors. *Zeitschr für Kinderch* 1990; 45: 133-139.
115. Rafael Gonzáles Mas. *Rehabilitación Médica*. Editorial Masson S.A. 1997. Barcelona. España.
116. RAGGIO, DJ; MASSINGALE; TW. "Comparison of the Vineland Social Maturity Scale, the Vineland Adaptive Behavior Scales – Survey form, and the Bayley Scales of Infant Development with Infants Evaluated for Developmental Delay" *Percept. Mot. Skills* 1993 Dec: 77 (3 pt 1): 931-7
117. RASSMUSSEN, NH; LEE, KD. "Screening of Preschool Children. A multidisciplinary Assessment of the Development and Rehabilitation Needs". *Ugeskr – Laeger*. 1990 Nov. 26; 152 (48): 3616-9
118. *Revista Chilena de Pediatría*. Vol. 76. Nº 6. Dic. 2005.
119. ROSSITER, EJ. "The use of Developmental Screening and assesment Instruments by Paediatricians in Australia" *Paediatr. Chile. Health* 1993. Oct: 29(5) : 357-9
120. REESE, Hayne & LIPSITT Lewis. "Psicología Experimental Infantil" Ed. Trillas, México 1980.
121. REYES, MR; VALDECANAS, CM; REYES, OL; REYES, TM. "Los efectos de la desnutrición sobre las funciones cognitivas, percepción y motoras de los niños Filipinos" *Int. Disabil. Stud.* 1990 Oct-Dec: 12 (4) : 131-6
122. SATTLER, Jerome. "Evaluación de la Inteligencia Infantil y Habilidades Especiales" 2da Edición. Editorial El Manual Moderno S.A. México 1988.
123. SHOEMAKER, OS; SAYLOR, CF; ERICKSON, M.T. "Concurrent Validity of the Minnesota Chile Development Inventory with High Risk Infants" *Pediatr.Psichology* 1993 Jun: 18(3): 377-88
124. SILVA, PA. "The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study: a 15 year longitudinal Study" *Paediatr. Perinat. Epidemiol* 1990 Jan; 4(1): 76-107
125. SPINELLI, D.N. & ISAACSON, Robert L. "Clinics in Perinatology: Stimulation and the Preterm Infant" Saunders, 1990.
126. TARDIEU, M. "Psichomotor Development in Children. Elements of Estimation" *Rev. Prat.* 1992 Jan 1;42(1) : 113-7
127. THOMAS, André. "The Neurological Examination of the Infant" *Little Club Clinical and Development Medicine* Nº 1 Spastics International Medical Publications – London 1960
128. THOMAS, *Locomotion from Pre to Post Natal Life*" Spastics International Medical Publications – London 1960



129. THORNTON, K.B. "Screening Moroccan Infants using the Wolanski Gross Motor Evaluation: a Pilot Study"  
Stud. Hum. Ecol. 1992: 10: 121-6
130. TIROSH, E; LETCHMAN, M; DIAMAND, H; JAFFE, M. "Un alcance efectivo basado en la comunidad para la identificación del retardo del Neurodesarrollo en la Niñez"  
Dev. Med. Chile. Neurol. 1993. Mar: 35(3) : 238-402
131. TOUWEN BC. "Prenatal and Early Postnatal Motor Development and its Importance in Recognizing Developmental Disorders"  
Monatsschr Kinderheilkd. 1993 Aug: 141 (8): 638-42; quiz 643-4, 675-6
132. Tratado de Obstetricia Dexeus. II. Patología Obstétrica. Barcelona: Salvat Editores, 1987; 745-762.
133. UPADHYAY, SK; SARAN, A; AGARWAL, DK; SINGH, MP; AGARWAL, KN. "Growth and Behavior development in rural Infants in Relation to malnutrition and Environment"
134. VAYER, Pierre. "El Niño Frente al Mundo"  
Editorial Científica Médica 1977.
135. VOLKMAR, FR; CARTER, A; SPRARROW , SS; CICCHETTI, DV. "Quantify Social Development in Autism"  
Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry. 1993 May; 32(3): 627-32
136. Walle T, Hartikainen-Sorri AL. Obstetric shoulder injury: Associated risk factors, prediction and prognosis. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72: 450-454.
137. WARNER, David. "Disabled Village Children. The Hesperian Foundation – 1987"  
Palo Alto, California.
138. WHO. "Disability Prevention and Rehabilitation in Primary Health Care"  
World Health Organization 1995
139. WEIGLASS – KUPERUSS, N; BAERTS, W; SAUER, PJ. "Early Assessment and Neurodevelopmental Outcome in Very-low-weight Infants: Implications for Pediatric Practice"  
Acta Paediatr. 1993 May; 82(5) : 449-53
140. WIDMAYER, SM et cols. "Predictors of Haitian – American Infant Development at twelve months"  
Chile Develop. 1990 Apr; 61(2): 410-5
141. Revisión de 2,282 Artículos del MEDLINE entre los años 1990 – 1995  
Meshñ Development – Child  
Development – Child – Test
142. MINSA. INS. CENAN. "PROYECTO DE GUÍA DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL" (Documento De Trabajo. Lima-Perú 2008
143. MINSA. INS. CENAN. "MANUAL DE SESIONES DEMOSTRATIVAS" (Documento De Trabajo. Lima-Perú 2008
144. SROUFE, Alan. "DESARROLLO EMOCIONAL ". Aspectos Normativos del Desarrollo Emocional durante los años preescolares". México. 2000

145. MINSA de CHILE. "MANUAL PARA EL APOYO Y SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS". Chile 2008
146. MINSA de CHILE. "DEFINICIONES OPERACIONALES DEL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO" Chile 2008
147. MINSA,PSNB. "PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD INFANTIL"
148. Pág, 133-158. Lima-Perú 1998.
149. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. "DESARROLLO Y SALUD INTEGRAL NIÑO Y ADOLESCENTE" (Lecciones). Dra. Andreina Cattani. Chile 2007
150. MINSA, DGSP. PROGRAMA DE SALUD MUJER Y NIÑO, SUB-PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. "Normas de Atención del Niño Menor de 5 años. Lima-Perú 1999
151. RAUTERBERG, Kay "DESARROLLO NORMAL DEL LACTANTE Y SUS DESVIACIONES" Pág, 21. Tercera Edición Argentina 1988
152. MINSA, Dirección General de Atención a las Personas. Dirección de Normas e Investigación de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. "NORMAS DE ATENCIÓN DE SALUD INFANTIL"- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO". MUJER Y NIÑO, SUB-PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. Lima-Perú Septiembre 1983

**RELACION DE ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN LA  
ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA "NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA  
EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑA, NIÑO MENOR  
DE 9 AÑOS"**

- Lic. Rosa Chinchay Matta
- Mg. Rosa Saona Yarma
- Lic. Vilma CHumacero Herrera
- Lic. Elizabeth Rodriguez Huayhuas
- Lic. Mery Medrano Rios
- Lic. Norma Ramirez Caldas

