



PERÚ

Ministerio de Salud

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

R.M - N° 537-2017/MINSA

**Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
Ministerio de Salud
Lima – Perú
2017**



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años: Ministerio de Salud. Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Lima: Ministerio de Salud; 2017.

122 páginas

Elaborada por: Ministerio de Salud del Perú
©MINSA 2017

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
webmaster@minsa.gob.pe

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 201806449
Lima, setiembre del 2017
Primera Edición

Fotografías de carátula e interior:
UNICEF

Diseño y Diagramación
Imprenta del Ministerio de Salud

Impresión
Tiraje:
1,000 unidades

Versión digital disponible:
<http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>



PERÚ

Ministerio de Salud

PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGR

Ministra de Salud

SILVIA ESTER PESSAH ELJAY

Viceministra de Salud Pública

MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA

Directora General de Intervenciones Estratégicas en
Salud Pública

MAGDA GUISELDA HINOJOSA CAMPOS

Directora Ejecutiva de Intervenciones por Cursos de Vida y
Cuidado Integral



Participaron en Elaboración de la Norma:



EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN

Equipo técnico de la Etapa de Vida Niño

Lic. Esp. Mery Luz Medrano Ríos

Lic. Nut. María Elena Ugaz

Lic. Edu. Milagros Castillo Fuerman

Lic. Nut. Lena Arias

Dirección de Intervenciones por Cursos de Vida
y Cuidado Integral

Hospital Nacional Dos de Mayo

UNICEF

UNICEF

UNICEF



REVISORES

Dr. Luis Robles Guerrero

Lic. Bio. María Inés Sánchez Griñan Caballero

Mg. Hegel Darwin Aguilar Padilla

Lic. Blanca Tavera Campos

Lic. Hortensia Ramírez Leandro

Mg. Esp. Ailin Rosario Cabrera Matta

Secretaría General

Ministerio de Salud

Dirección General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

Dirección General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud



VALIDACIÓN:

DIRESA Ayacucho

DIRESA Apurímac (Abancay y Andahuaylas)

DIRESA Amazonas

DIRESA Loreto

DIRESA Ucayali

GERESA La Libertad

GERESA Arequipa

DIRESA Cusco

DIRESA Piura

DIRESA Madre de Dios

DIRESA Callao

Sociedad Peruana de Pediatría

Colegio de Enfermeros del Perú

Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé

Red de Salud Túpac Amaru

Red de Salud San Martín de Porras - Los Olivos



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GARMEN ALVARO LÓPEZ
Fiscalero de la Corte Central - MINSA

Resolución Ministerial

Lima, 10 de Julio del 2017

Visto el Expediente N° 16-116919-001, que contiene el Informe N° 045-2016-EVN-DINEV-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley, contemplan como función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, en ese contexto mediante Resolución Ministerial 990-2010/MINSA, se aprobó la NTS N° 087-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años", con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y a mejorar su salud y nutrición;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, señala que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano técnico competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Mental, Prevención y Control de Discapacidad, Salud Sexual y Reproductiva, Intervenciones por curso de vida y cuidado integral, Promoción de la Salud; y Pueblos Indígenas u originarios, entre otros. Asimismo, el artículo 64 del precitado Reglamento prevé que la DGIESP propone, evalúa y supervisa la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos en materia de intervenciones estratégicas de Salud Pública;



Que, con el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, ha sustentado la necesidad de actualizar la NTS N° 087-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años", aprobada con Resolución Ministerial 990-2010/MINSA, y ha propuesto en su reemplazo una nueva versión de la Norma Técnica de Salud, cuya finalidad es contribuir a mejorar el nivel de salud y nutrición de las niñas y los niños menores de cinco años, mediante el control del crecimiento y desarrollo de sus potencialidades;

Que, la Oficina General de Asesoría Jurídica, emitió opinión legal con el Informe N° 236-2017-OGA/MINSA;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud Pública; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA y su modificatoria;

SE RESUELVE:

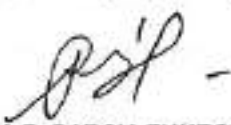
Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 134 -MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública la difusión y seguimiento de lo establecido en la citada Norma Técnica de Salud.

Artículo 3.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA, que aprobó la NTS N° 087-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años".

Artículo 4.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


PATRICIA F. GARCIA FUNEGRA
Ministro de Salud



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


CARMEN LLANOS TORRES
Fiscalía de la Sede Central - Lima



CONTENIDO

>	I.FINALIDAD.....	9
>	II.ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	9
>	III.BASE LEGAL.....	9
>	IV.DISPOSICIONES GENERALES.....	10
>	V.DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	13
>	VI.COMPONENTES DE GESTIÓN.....	26
>	VII.FINANCIAMIENTO.....	28
>	VIII.RESPONSABILIDADES.....	29
>	IX. BIBLIOGRAFÍA.....	30
>	X.ANEXOS	121



NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP

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

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

Finalidad

Contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano de las niñas y niños menores de cinco años.

Justificación

Es compromiso del Estado y un desafío para toda la sociedad el desarrollo de nuestro país. Esto implica, además de otras acciones, asegurar que todos los niños y niñas, sin distinción, tengan condiciones que les permita el desarrollo de sus potencialidades y capacidades en un marco de respeto y garantía de sus derechos fundamentales.

El control del crecimiento y desarrollo es una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hacer un acompañamiento a la familia, detectar precoz y oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña y el niño. El resultado esperado, a nivel de la madre, padre y cuidadores de niñas y niños, es la mejora de sus prácticas de alimentación crianza y cuidado, pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

En este marco los objetivos de esta Norma Técnica de Salud son:

- Establecer las disposiciones técnicas para el control del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años en los establecimientos de salud.
- Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva,

incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones.

- Establecer las pautas que faciliten el proceso del control del crecimiento y desarrollo con enfoque preventivo promocional, de equidad, de interculturalidad y de derechos.

II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de alcance nacional y de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud a cargo del Ministerio de Salud, de los gobiernos regionales, de los gobiernos locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú del Ministerio del Interior, así como en los establecimientos de salud privados.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial.
- Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 003-2015–MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social
- Decreto Supremo N° 016-2016–SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM, que aprobó el documento “Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA, que aprobó la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V1 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 707-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01 “Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con riesgo de Retinopatía del prematuro”.
- Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la Directiva

Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.

- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

IV. DISPOSICIONES GENERALES

4.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

a) Antropometría

Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros.

b) Atención temprana del desarrollo

Es el conjunto de acciones que promueve el desarrollo infantil temprano y está orientado a potenciar las capacidades y las condiciones del ambiente donde interactúan la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco (5) años de edad, para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo.

c) Consejería

La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

d) Crecimiento

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). Está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos, entre otros.

e) Control del crecimiento y desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y

desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial.

f) Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)

Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses.

g) Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)

Es un instrumento que evalúa el desarrollo mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Evalúa tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad. El test se encuentra estandarizado para niños de 2 a 5 años.

h) Desarrollo

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales

i) Desarrollo Infantil Temprano (DIT)

Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

j) Enfoque de buen trato

El buen trato es una forma de relación entre las personas, se basa en el reconocimiento, respeto y valoración de la dignidad del otro u otra. Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los o las demás, y de la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la

jerarquía y del poder en las relaciones.

k) Enfoque intercultural

El enfoque intercultural implica que el estado valore e incorpore las diferentes visiones, culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, promoviendo el reconocimiento de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada, de manera especial a los pueblos indígenas y la población afroperuana.

l) Factores determinantes de la salud, nutrición y desarrollo del niño

Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, políticos y económicos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

m) Factores protectores

Están referidos a actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y comportamientos sanos y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

n) Factores de riesgo

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

Clasificación:

- Factores de riesgo biológico (endógeno): constituyen el periodo prenatal, perinatal y post natal (bajo peso, prematuridad o malformaciones congénitas, entre otros).
- Factores de riesgo social - ambiental (exógeno): son condiciones sociales negativas como la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que alteran su proceso madurativo.

o) Familia

Es la unidad básica de la sociedad conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos,

convive bajo un mismo lugar, vinculado por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad y debe fomentar prácticas de crianza y comportamientos saludables para el desarrollo integral de la niña y el niño.

p) Primera infancia

La primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Es una etapa de extraordinario desarrollo del cerebro que sienta las bases del aprendizaje posterior.

q) Sesiones demostrativas

Son actividades educativas que hacen uso de la metodología denominada “aprender haciendo” y están dirigidas a madres, padres y/o cuidadores de las niñas y niños, cuya participación es interactiva. Deben ser conducidas por personal de la salud capacitado.

r) Servicios públicos con pertinencia cultural

Incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades donde se interviene y se brinda atención. Para ello adaptan todos los procesos del servicio a las características geográficas ambientales, socio-económicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) de sus usuarios; e incorporan sus cosmovisiones y concepciones de desarrollo y bienestar, así como sus expectativas de servicio.

s) Suplementación con hierro y micronutrientes.

Es una estrategia de intervención que consiste en la indicación y la entrega de micronutrientes o hierro (en forma de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico) con la finalidad de prevenir la anemia por deficiencia de hierro; lo prescribe el profesional de la salud que realiza el control de la niña o niño.

t) Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED)

Es un instrumento que permite medir el perfil general del desarrollo psicomotor del niño, detectando retrasos funcionales y orgánicos. Consta de doce hitos o áreas de desarrollo: control de cabeza y tronco sentado, control de cabeza y tronco en rotaciones, control de cabeza y tronco en marcha, uso de brazos y manos, visión, audición, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, comportamiento social, alimentación, vestido e higiene, juego,

inteligencia y aprendizaje. El test se encuentra estandarizado para niños de 1 hasta 30 meses.

u) Visita domiciliaria

Actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, adherencia a los suplementos de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, interacción, atención temprana del desarrollo y espacios de juego en casa. Asimismo, identifican los signos de peligro y las acciones que se deben tomar.

4.2. El control del crecimiento y desarrollo se debe realizar en todos los establecimientos de salud del territorio nacional. En los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las DIRESA / GERESA / DIRIS esta atención es gratuita para las niñas y niños protegidos por el SIS y los que carezcan de algún seguro de salud.

4.3. Todos los establecimientos de salud de atención general deben contar con enfermera (o) o médico capacitado para realizar el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años.

4.4. La Dirección Regional de Salud y/o Gerencia Regional de Salud ó la que haga a su vez en el ámbito regional, a través de las instancias correspondientes, garantizarán la logística necesaria (recursos humanos, infraestructura, equipos, mobiliarios, insumos, material médico, laboratorio, material lúdico y kit de evaluación de desarrollo) para que los establecimientos de salud realicen el control del crecimiento y desarrollo.

4.5. Los establecimientos de salud privados que realicen el control del crecimiento y desarrollo deben cumplir con los requisitos de acuerdo a la norma establecida: ambiente físico, profesional de la salud capacitado, insumos, materiales y equipos necesarios. (Anexo N°19)

4.6. El carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años es de uso único en todos los establecimientos de salud

públicos y privados.

- 4.7. El control del crecimiento y desarrollo en el recién nacido, niña o niño con algún factor de riesgo, será realizado en los establecimientos de salud de mayor complejidad hasta que este mejore su estado de salud.
- 4.8. Para realizar el control del crecimiento y desarrollo a las niñas y niños de los pueblos indígenas u originarios y de la población afroperuana, el personal de la salud deberá considerar las costumbres, creencias y formas de vida de estos grupos étnicos, a fin de generar servicios con pertinencia cultural, basada en el diálogo y la atención diferenciada (Anexo N° 16).
- 4.9. El control del crecimiento y desarrollo incluye en su proceso la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento.
- a) **Valoración:** Implica la recopilación, organización, validación y registro de datos, utilizando técnicas e instrumentos como la observación, entrevista, exploración física, exámenes de ayuda diagnóstica, interconsulta, entre otros; el registro se realiza en los instrumentos establecidos para tal efecto.
- b) **Diagnóstico:** Implica el análisis de los datos recolectados durante la valoración, los cuales permitirán identificar problemas reales y/o potenciales. Una identificación correcta del diagnóstico proporcionará una intervención eficaz.
- c) **Intervención:** Involucra actividades y/o acciones a seguir, ya sea que se apliquen a nivel individual, familiar o a nivel de la comunidad.
Para diagnósticos de riesgo, las intervenciones van dirigidas a modificar o eliminar los factores de riesgo.
- d) **Seguimiento:** El seguimiento se realiza en cada contacto con la niña y el niño. Para, tal efecto, los datos y hallazgos, como producto de la valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser consignados en la historia clínica y el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, a fin de facilitar el seguimiento.

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: VALORACIÓN

5.1.1 Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales.

- Durante el control del crecimiento y

desarrollo se identificarán los diferentes factores de riesgo que pudieran influir o afectar el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.

- La primera evaluación psicosocial se realiza en el primer control (recién nacido), integrando y reevaluando los factores identificados durante el control prenatal; en los controles siguientes se revalúa la situación de riesgo detectado en los controles anteriores.
- Los factores de riesgos individuales, sociales y medio-ambientales, que a la luz de la evidencia afectan el desarrollo infantil y que deben tomarse en cuenta durante el control del crecimiento y desarrollo son:
 - Niño o niña sin controles.
 - Niño o niña en adopción.
 - Ausencia de cuidador estable.
 - Menor de 34 semanas de gestación o peso de nacimiento menor de 2.500 gr.
 - Enfermedad biológica y congénita en el recién nacido.
 - Enfermedad crónica en la niña o niño.
 - Alteración del desarrollo psicomotor (DSM).
 - Malnutrición por déficit en la niña o niño.
 - Discapacidad física en la niña o niño.
 - Comportamiento alterado del sueño, alimentación y/o sedentarismo en la niña o niño.
 - Alteración de la salud mental en la niña o niño: abuso sexual, maltrato físico, psicológico y emocional
 - Niña o niño sin acceso a educación por ruralidad extrema y/o sin vacante.
 - Niña o niño fuera del sistema escolar formal.
- El abordaje de los factores de riesgo sicosociales y familiares requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado.
- Para el manejo de casos de niñas y niños con riesgo psicosocial, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo deberá:
 - Identificarse y se mantenerse conectado permanentemente con los diferentes actores que conforman la red de protección y apoyo familiar o materno infantil en el ámbito de su jurisdicción.
 - Establecer un sistema de referencia y contra referencia local con instituciones o entidades especializadas en el manejo de niñas y niños con vulnerabi-

lidad psicosocial.

- Si se identifica factores de riesgo ambientales, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo informará a la instancia encargada del saneamiento ambiental correspondiente a su ámbito.

5.1.2 Evaluación física y neurológica

- El examen físico se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando diversas técnicas (inspección, auscultación, palpación y percusión) e instrumentos como:
 - Estetoscopio pediátrico/neonatal.
 - Linterna.
 - Cinta métrica acrílica.
 - Guantes.
 - Pantoscopio.
 - Podoscopio.
 - Termómetro de uso personal (digital).
 - Tensiómetro pediátrico.
 - Camilla pediátrica.
 - Solera.
 - Papel toalla, jabón líquido, y/o alcohol gel.
 - Estufas o ventilador (de acuerdo a la necesidad de cada región).
- De acuerdo a la edad de la niña y el niño, el examen físico se realizará en una camilla, una colchoneta, en brazos de la madre o sentado en la falda del padre o cuidador.
- Independientemente de la edad de la niña o niño, se debe explicar el procedimiento a realizar, utilizando un lenguaje claro, sencillo y directo tanto a la niña o niño como a la madre, padre o cuidador principal.
- Durante el examen físico se deberá privilegiar el respeto en el trato, respeto al pudor y la participación de la niña o el niño en el proceso.
- Pese que en la presente norma se establecen los puntos clave a examinar en cada control del crecimiento y desarrollo, el criterio clínico y las necesidades de cada niña, niño o familia son los que imperan a la hora de realizar el examen físico.
- La evaluación neurológica es parte de la evaluación física y se realiza de acuerdo a la edad de la niña o niño (el procedimiento se describe en el Anexo N° 9 y 10).
- Es condición indispensable, antes de iniciar el examen físico, asegurar las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de los instrumentos y equipo médico a utilizar), la privacidad y la temperatura

adecuada del ambiente.

- El procedimiento para la evaluación física se describe en el Anexo N° 5.

5.1.3 Evaluación de la función visual

- La evaluación de la función y del sistema visual se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño.
- El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la visión en el desarrollo integral de la niña o niño. La falta de detección temprana de errores refractivos puede comprometer su potencial visual de forma permanente, debido a que la falta de estímulo visual conduce a una disminución en la agudeza visual.
- El objetivo de la evaluación durante el control del crecimiento y desarrollo es la identificación precoz de anomalías de la visión de la niña o niño y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista.
- Las niñas y niños nacidos que presenten factores de riesgo en la función visual, deben ser referidos inmediatamente para su evaluación por el especialista.
- Se consideran factores de riesgo en los recién nacidos para la función visual:
 - Recién nacidos prematuros, especialmente los de menos de 1500 gr de peso al nacer.
 - Niños con hipoxia al nacer, sufrimiento fetal.
 - Síndrome de Down y otras cromosomopatías.
 - Anormalidades congénitas de otros órganos o sistemas (especialmente neurológicas: microcefalia, hidrocefalia, agenesia de cuerpo calloso, entre otros).
 - Retardo en el crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer.
 - Historia familiar de retinoblastoma, catarata congénita o glaucoma congénito.
 - Familiar cercano con ceguera o visión subnormal de causa no traumática.
 - Ametropías altas de padre, madre, hermanos, hermanas (uso de lentes de potencia alta).
 - Traumas craneofaciales.
 - Enfermedades sistémicas: síndrome de Marfán, neurofibromatosis, síndrome de Sturge Weber, entre otros.

- La Detección de alteraciones visuales en niñas y niños se realizarán según Anexo N° 6 y guía técnica vigente.

5.1.4 Evaluación de la función auditiva

- La evaluación de la función y del sistema auditivo se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño.
- El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la audición en el desarrollo integral durante el proceso de aprendizaje de la niña y el niño; así mismo, hay que tener presente que la pérdida de la función auditiva es causa de déficit irreversible en la comunicación y las habilidades psicosociales, de cognición y alfabetización; igualmente, corresponde atender el diagnóstico precoz (antes de los 3 meses), la implementación temprana del tratamiento con prótesis auditivas bilaterales (antes de los 6 meses) y un seguimiento apropiado, así como la educación a la familia permiten que niñas y niños hipoacúsicos se desarrollen en forma similar a sus pares normo-oyentes o de acuerdo con su nivel cognitivo.
- El objetivo de la evaluación es la identificación precoz de cualquier elemento (factores de riesgo, antecedentes conductuales), que pudiera relacionarse a una hipoacusia (congénita o adquirida) y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista.
- Se consideran factores de riesgo para hipoacusia en el recién nacido:
 - Permanencia por más de cinco días en UCI/UTI neonatal.
 - Infecciones neonatales (citomegalovirus, toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, rubeola, virus herpes).
 - Infecciones durante el periodo de lactante (meningitis bacteriana o viral).
 - Alteraciones craneofaciales, especialmente las que comprometen hueso temporal y pabellón auricular (fisura labio palatino).
 - Peso menor a 2.000 g.
 - Prematurez.
 - Hiperbilirrubinemia que requirió transfusión sanguínea.
 - Historia familiar de hipoacusia sensorineural.
 - Síndromes asociados a hipoacusia: neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
 - Uso de ototóxicos (gentamicina o furosemida).
 - Ventilación mecánica por más de 10 días.
 - Distress respiratorio.
 - Fractura del hueso temporal.
 - Quimioterapia.
- Se considera factores de riesgo para hipoacusia en preescolares y escolares:
 - Antecedente familiar de hipoacusia.
 - Retraso severo del lenguaje.
 - Antecedente de meningitis bacteriana.
 - Fractura de hueso temporal.
 - Presencia de algún síndrome que se asocie a hipoacusia tales como neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
 - Uso de ototóxicos (gentamicina, furosemida o quimioterápicos).
 - Uso de reproductores de música a altos volúmenes, en forma usual (más de 75% del volumen total del aparato).
 - Otorrea intermitente indolora
 - Otitis media aguda a repetición
- En el menor de 24 meses, sospechar de hipoacusia si están ausentes los siguientes antecedentes conductuales:
 - **Desde el nacimiento hasta los 3 meses:** se sobresalta con ruidos fuertes, se despierta con algunos ruidos, parpadea o abre los ojos en respuesta a los ruidos.
 - **De 3 a 6 meses:** se tranquiliza con la voz de la madre, detiene sus juegos cuando escucha sonidos nuevos y busca la fuente de sonidos nuevos fuera de su alcance.
 - **De 6 a 9 meses:** disfruta con juguetes nuevos, gorjea con inflexión, dice disílabos (8-9 meses) o ma-má.
 - **De 12 a 15 meses:** responde a su nombre y al “no”, sigue órdenes simples, utiliza vocabulario de 3 a 5 palabras e imita algunos sonidos.
 - **De 18 a 24 meses:** conoce algunas partes de su cuerpo, aumenta su vocabulario, cerca de los 24 meses genera frases de 2 palabras.
- Entre preescolares y escolares, se sospecha de hipoacusia si presentan los siguientes antecedentes conductuales:

- Necesita que le repitan palabras.
- Usa gestos para comunicarse.
- No sigue las instrucciones en la sala de clases, según lo referido por los profesores.
- Fija la atención en los labios cuando se le habla.
- Alteración en lenguaje detectado en TEPSI de 36 meses.
- Ante la presencia de factores de riesgo descritos anteriormente o sospecha de hipoacusia, se derivará a la niña o niño al especialista.
- La detección de los problemas de la audición se realizará según Anexo N° 7.

5.1.5 Evaluación para descartar enfermedades prevalentes

- En cada control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud explorará la presencia de alguna enfermedad, así como identificará la ocurrencia de enfermedad entre el último control y el actual.
- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas se realiza siguiendo la metodología AIEPI.
- El dosaje de hemoglobina en niñas y niños se realizará a los 4, 9 y 18 meses y a partir de los 24 meses, una vez al año. En el caso de los niños que presenten anemia las atenciones se realizarán de acuerdo a la NTS 134-MINSA/2017 "Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas".
- El descarte de parasitosis en niñas y niños se realiza a partir del primer año de edad, una vez al año.
- Cuando un establecimiento de salud no cuente con uno de los métodos para el tamizaje o dosaje antes mencionados, se referirá a un establecimiento de mayor complejidad.

5.1.6 Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro

- Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá verificar el cumplimiento del Esquema Nacional de Vacunación vigente y administrar la vacuna si es que corresponde.
- Asimismo, deberá verificarse el cumplimiento de la suplementación de hierro y su entrega si fuere el caso.

5.1.7 Evaluación del crecimiento y estado nutricional

- Valoración antropométrica: peso, longitud/ talla y perímetro cefálico
- La valoración antropométrica se deberá realizar en cada control del crecimiento y desarrollo a toda niña o niño desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y/o de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), la cual considerará la medición del peso y de la talla.
- Los valores de peso, talla y perímetro cefálico deberán ser registrados en la historia clínica y en el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años
- La medición del perímetro cefálico se debe realizar hasta los 36 meses de edad a toda niña y niño a término y pre término, con mayor énfasis en zonas de riesgo endémico por Zika.
- Los valores de peso o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento como para la valoración del estado nutricional.
- La valoración antropométrica se realizará de acuerdo a la edad y sexo. Cada niña o niño tiene su propia velocidad de crecimiento.
- La velocidad del crecimiento (direccionalidad) demanda que la calidad de la evaluación antropométrica sea más exigente en proporción a la edad de la niña o el niño.
- La curva de crecimiento se graficará tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros obtenidos del peso y talla. Uniendo uno y otro punto se forma la tendencia y la velocidad de la curva de la niña o el niño.
- La valoración antropométrica se realizará según Anexo N° 12.

5.1.8 Evaluación del Desarrollo

- Para evaluar el desarrollo de la niña y el niño se usará las siguientes escalas:
 - **La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)** mide el rendimiento de la niña y el 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 de Evaluación Psicomotriz (TEPSI)** mide el rendimiento de la niña y niño de 2 a 5 años en 3 áreas en la coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de su conducta frente a situaciones propuestas por el examinador.
- **El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED)**, es una simplificación de la EEDP y TEPSI, puede ser utilizado tanto por el personal profesional de la salud como no profesional de la salud.
- Se establece evaluar el desarrollo psicomotor de la niña y niño menor de 5 años de la siguiente manera:
 - De 0 a 30 meses con TPED.
 - De 2 y 18 meses con EEDP.
 - De 4 años con TEPSI.
- Si una niña o un niño mayor de 2 meses acude al establecimiento de salud, sin controles previos de Crecimiento y Desarrollo, debe iniciarse con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).
- En casos de niñas y niños prematuros se debe considerar la edad cronológica corregida.
- En coherencia con los principios de autonomía, seguridad y juego libre, la aplicación de los instrumentos de evaluación debe considerar la observación en situaciones espontáneas de juego libre, exploración y movimiento, sin forzar ni estimular. Un indicador está logrado cuando la niña o niño es capaz de hacerlo por su propia iniciativa.
- El procedimiento para realizar la evaluación del desarrollo se describe en el Anexo N° 17.

5.1.9 Tamizaje de violencia y maltrato

- La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) como de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se debe aplicar la “Ficha de Tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar” (Anexo N° 1).
- Si se detectan signos de maltrato o violencia se realizará la referencia inmediata de acuerdo a la normatividad vigente e informar a las instancias de apoyo local

(Defensorías, Municipal del Niño y del Adolescente - DEMUNA, entre otras).

5.1.10 Evaluación bucal

- Desde el primer control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud de enfermería, médico pediatra o médico general responsable de la atención, revisará la cavidad bucal de la niña o niño para verificar la aparición de los primeros dientes, para detectar posibles lesiones de caries u otras patologías.
- Toda niña y niño debe ser revisado por un odontólogo o especialista en odontopediatría antes del año de edad, con el fin de recibir la aplicación de barniz de flúor y un refuerzo de las pautas para el cuidado de la salud bucal.
- Aquellas niñas y niños que presenten alteraciones o malformaciones congénitas serán referidos inmediatamente al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el especialista.

5.1.11 Evaluación ortopédica

- Durante el control del crecimiento y desarrollo se deberá realizar el descarte de displasia de cadera, marcha y pie plano, según Anexo N° 8.
 - a. Displasia de cadera
El descarte de displasia congénita de cadera se evaluará a través del signo de Ortolani, signo de Barlow y limitación de la abducción.
 - b. Marcha
Se evalúa a partir de los 15 meses. Para hacer un buen examen de la marcha, hay que dejar a la niña o niño con pocas prendas, mirarlo por adelante, atrás y lateralmente, primero en reposo y luego caminando. En reposo, solo con ropa interior, y de pie, observando la simetría del cuerpo de frente y de espalda, las articulaciones, los huesos (pelvis, escápula) y los pliegues. Lateralmente, deben evaluarse las curvas de la columna, buscando una patología frecuente como dorso curso o hiperlordosis lumbar. Luego pedirle a la niña o niño que camine, idealmente varios metros, para observar la simetría o claudicación y estabilidad de la marcha.
 - c. Pie plano
Después de los 2 años es posible empezar el descarte del pie plano, ya que en los menores existe una almohadilla de grasa

palmar que aumenta el área del pie con el suelo. En caso de existir pie plano en niños y niñas mayores de 2 años, es necesario identificar si es flexible o rígido.

5.2 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: DIAGNÓSTICO

5.2.1 Crecimiento

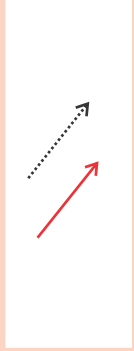
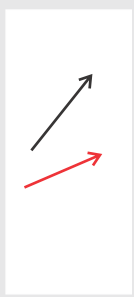
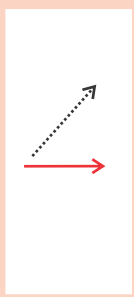
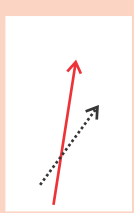
- El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia y velocidad del proceso se clasifica en:
 - a. Crecimiento adecuado
Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE alrededor de la mediana). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.
 - b. Crecimiento inadecuado
 - Condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE). (Gráfico N° 1)
 - El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo deberá hacer uso del kit del Buen Crecimiento Infantil para todas las niñas y niños menores de 12 meses, en el marco de la consejería CRED y atención infantil (Anexo N° 13).



³Adaptado del Instructivo 1: “Para el uso de la herramienta para el establecimiento de compromisos familiares en la consejería nutricional del CRED”, proyecto “Modelo de intervención participativa para mejorar la nutrición infantil”. Se ejecutó por el Fondo de las Américas financiado con recursos del Fondo Japonés de Desarrollo Social (JSDF) administrados por el Banco Mundial.

GRÁFICO N° 1

INTERPRETACIÓN DE LA VELOCIDAD Y TENDENCIA DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

CONDICIÓN DEL CRECIMIENTO	ANOTACIÓN	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 patrón 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
		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en poco incremento de peso, longitud o estatura de la niña o niño, que se visualiza de un control a otro. La tendencia no es paralela al patrón de referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS).	
CRECIMIENTO INADECUADO (Señal de alerta)		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en incremento nulo de peso, longitud o estatura de la niña o niño, que se visualiza de un control a otro. La tendencia no es paralela al patrón de referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS)	Identificar los factores casuales 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.
		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en pérdida de peso, de la niña o niño, que se visualiza de un control a otro. La tendencia no es paralela al patrón de referencia. Los valores de la medida antropométrica se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS)	Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia) y de considerar necesario referir para evaluación y tratamiento.
		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en ganancia de peso excesiva para su edad de un control a otro. La tendencia se eleva muy por encima de la curva de referencia.	

- Clasificación del estado nutricional

- a. Recién Nacidos:

- **Peso para la edad gestacional:** para determinar el estado nutricional del recién nacido se utiliza el indicador peso para la edad gestacional. Se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional aplicando previamente luego del nacimiento el Test de Capurro, dato que debe estar consignado en la boleta de alta de la madre y el niño, de acuerdo a las recomendaciones del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Estas se clasifican en:

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

Fuente: Centro de Control de Enfermedades (CDC 2000)

- **Peso al nacer:** la clasificación del 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 menos el que tiene de alta, sirve para detectar la ganancia o pérdida de peso después del nacimiento.
- El peso al nacer se clasifica en:

Punto de corte	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

- b. Según indicadores antropométricos en la niña y el niño, se utilizarán los siguientes indicadores de acuerdo a la edad y sexo:

Indicador	Definición	Grupo de edad a utilizar
Peso para la edad (P/E)	Peso global	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	Estado nutricional actual	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	Crecimiento longitudinal	≥ a 29 días a < 5 años
Perímetro cefálico para edad (PC/E)	Macrocefalia o microcefalia	≥ a 29 días a < 3 años

Se define el punto de corte de normalidad para las curvas antropométricas en Desviación Estándar (DS). Así, tenemos que la normalidad se encuentra entre + 2 DS a – 2 DS.

- La clasificación nutricional de los indicadores antropométricos es:

- **Bajo peso o desnutrición global:** se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- **Desnutrición aguda:** se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- **Talla baja o desnutrición crónica:** se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- **Sobrepeso:** se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de + 2 DS.
- **Obesidad:** se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por encima +3 DS. Se deriva al especialista a partir de los 3 años.

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

PUNTOS DE CORTE DS	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
>+ 3	-----	Obesidad	Muy alto
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Bajo peso	Desnutrición aguda	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS 2006).

c. Observaciones con relación a la valoración nutricional:

● Niños alimentados con lactancia materna exclusiva

No considerar para intervención, como obesos o con sobrepeso, a niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.

Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) presentan mayor velocidad de crecimiento en el primer trimestre. El aplanamiento de la curva luego del 4to mes no debe ser motivo de suspensión de la LME o introducción de suplementos lácteos.

La ganancia de peso debe ser analizada en relación al canal de crecimiento y al examen cuidadoso del niño.

● Niños prematuros:

En los niños prematuros o con bajo peso al nacer es importante que la curva de crecimiento sea en sentido ascendente en forma paralela a las curvas de referencia.

d. Índice nutricional de la ganancia de peso y talla por mes y/o día:

Luego del nacimiento y en los siguientes meses, además de los indicadores antropométricos, se realiza el cálculo de la ganancia de peso y talla de la niña y del niño según la siguiente fórmula:

$\frac{\text{Peso actual menos el peso anterior}}{\text{Fecha actual menos la fecha anterior}} = \text{grs/día}$
$\frac{\text{Talla actual menos la talla anterior}}{\text{Fecha actual menos la fecha anterior}} = \text{cm/mes}$

ÍNDICE NUTRICIONAL DE LA GANANCIA DE PESO Y TALLA

EDAD	INCREMENTO POR MES /AÑO
0 – 3 MESES	4 cm. / mes
4 – 6 MESES	2 cm. / mes
7 – 12 MESES	1 cm. / mes
1 – 2 años	10 a 12 cm. / año
2 – 5 años	5 a 7 cm. / año

Basado en Patrón de referencia OMS 2006

EDAD	GRAMOS POR DÍAS	GRAMOS POR MES
0 – 3 MESES	40	1000 - 1200
4 – 6 MESES	30	800 - 900
7 – 12 MESES	25	700 - 800
1 – 2 AÑOS	15	400 - 450
2 – 5 AÑOS	10	2 a 3.5 kgr. / años

Basado en Patrón de referencia OMS 2006

Hay que tener en cuenta que este cálculo se puede realizar antes de los 30 días entre un peso a otro; así mismo, para la talla se calculará según los meses evaluados anteriormente.

El resultado que se obtenga se compara con las tablas del índice nutricional; si es de valores inferiores se debe considerar una ganancia inadecuada.

5.2.2 Desarrollo

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) para la niña y niño de 0 a 24 meses

Para esta escala de evaluación del desarrollo psicomotor, se obtiene los diagnósticos por intermedio de dos procedimientos:

- a. Por el perfil de desarrollo psicomotor
 - Es una apreciación del rendimiento de la niña y niño, a través de las distintas áreas del desarrollo (coordinación, social, lenguaje y motor). De esta manera se aprecia la desviación de la curva del desarrollo.
 - Marcar una línea vertical a la derecha de la edad cronológica, en meses de la niña o niño, atravesando las 4 áreas del desarrollo.
 - Se observan los últimos ítems aprobados de cada área, encerrándolos en un círculo y uniéndolos. Si la línea está hacia adelante (derecha), el desarrollo psicomotor tiene un buen o alto rendimiento; si está quebrada y va hacia atrás (izquierda), debe considerarse una de las áreas como riesgo y como retraso si es más de uno o proyectado a más de dos áreas.
- b. Por el coeficiente de desarrollo
Para obtener el Coeficiente de Desarrollo (CD) debe convertirse la razón (EM/EC) a un puntaje estándar, el valor obtenido se clasificará según los puntajes:
 - Mayor o igual a 85 : Normal
 - Entre 84 a 70 : Riesgo
 - Menor o igual 69 : Retraso

Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED) para el niño de 0 a 30 meses

Para obtener el diagnóstico de este tamizaje se encierra en un círculo la edad cronológica trazando una línea en todas las áreas evaluadas. Luego se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados. Con esta línea continua se obtiene el perfil de desarrollo psicomotor de la niña o niño evaluado.

El diagnóstico que se obtiene puede ser:

- a. Desarrollo normal: si el perfil de desarrollo psicomotor obtenido no muestra desviación.
- b. Adelanto del desarrollo psicomotor: si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual.
- c. Trastorno del desarrollo: si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.
- d. Riesgo para trastorno del desarrollo: si no hay desviación de la línea a la izquierda, pero

existe el antecedente de al menos un factor de riesgo.

Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) para el niño de 2 a 5 años

El diagnóstico de interpretación de este instrumento se clasifica a través de dos procedimientos:

- a. Por el puntaje de desarrollo psicomotor obtenido: Puntaje T.
Para obtener el Puntaje T (PT) se suman los ítems aprobados por áreas del desarrollo psicomotor (coordinación, lenguaje y motora), calificándose como puntaje bruto (PB). El valor obtenido se clasificará según los siguientes puntajes:
 - Mayor o igual a 40 : Normal.
 - Entre 39 a 20 : Riesgo.
 - Menor o igual 19 : Retraso.
- b. Por el perfil de desarrollo psicomotor.
Permite observar en forma gráfica el rendimiento total basados en el puntaje T y de los subtest obtenidos en las distintas áreas del desarrollo de coordinación, lenguaje y motora.

5.3. CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: INTERVENCIÓN

5.3.1 Todo control del crecimiento y desarrollo debe ser acompañada por una consejería según sea el caso.

5.3.2 Para brindar la consejería a las madres, padres o cuidadores de las niñas y niños que están creciendo bien o que presentan problemas en su crecimiento y/o desarrollo, el personal de la salud debe tener en consideración lo siguiente:

5.3.3 Escuchar a las madres, padres o cuidadores para conocer sus antecedentes e inquietudes:

- Realizar preguntas abiertas: ¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Quién?
- Atender y expresar gestos que demuestren interés como mover la cabeza y manifestar algunas afirmaciones. Así se comunica a los padres o cuidadores que se les escucha y que es interesante lo que están diciendo.
- Demostrar empatía, es decir, tener capacidad de ponerse en el lugar del otro, imaginar cómo se está sintiendo y entenderlo, de tal manera que la otra persona se sienta cómoda y comprendida.

- Evitar utilizar diminutivos (mamita, hijita, señito, entre otros), aludiéndolos por sus nombres a las madres, padres o cuidadores de la niña o niño.

5.3.4 Crear un ambiente de confianza y ofrecer apoyo:

- Reconocer y elogiar aquello que las madres, padres o cuidadores estén haciendo bien.
- Evitar palabras que suenen como juicios de valor.
- Tomar en cuenta lo que las madres, padres o cuidadores piensan y sienten, considerando sus costumbres y prácticas culturales.
- Brindar información relevante con un lenguaje sencillo y entonación adecuada.
- Dar sugerencias, evitar dar órdenes.
- Ofrecer ayuda práctica

5.3.5 Dependiendo de la edad y necesidad de la niña y del niño, para la realización de la consejería el personal de la salud se tendrá en cuenta prioritariamente los siguientes temas:

- Lactancia materna**
La consejería de lactancia materna se realizará en el control del crecimiento y desarrollo en temas de lactancia materna exclusiva, extracción de la leche materna con énfasis en los primeros 6 primeros meses de vida, así como lactancia materna y alimentación complementaria, priorizando a aquellos niños prematuros y/o con bajo peso al nacer, según la metodología utilizada en la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”, aprobada con Resolución Ministerial N°462-2015-MINSA.
- Nutrición**
Se realiza durante el control del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, con énfasis entre los 0 a 6 meses, 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, 1 a 2 años y 2 a 4 años, según la metodología establecida en el documento técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”, aprobado con Resolución Ministerial N° 870-2009-MINSA. Suplementación con hierro o micronutrientes⁴.
Toda entrega de suplementos de hierro en gotas, jarabe o micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos.
- Salud bucal**
En cada control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud responsable de la

atención (enfermera, médico u otro) debe orientar a las madres, padres o cuidadores sobre hábitos de higiene oral y asesoría nutricional para la prevención de enfermedades de la cavidad bucal, de acuerdo a la edad del niño (Anexo N° 11).

5.3.6 Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá programar las actividades de sesión demostrativa, que se desarrollarán según Documento Técnico “Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, así como las sesiones de atención temprana del desarrollo (Anexo N° 14).

5.3.7 El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de la entrega del micronutriente según normativa vigente⁵.

5.3.8 El personal de la salud que efectúa el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de derivar a la niña y niño al médico para el manejo y tratamiento de la parasitosis y anemia, la misma que se realizará según norma técnica y guías de práctica clínica vigente.

5.4 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: SEGUIMIENTO

5.4.1 El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento, es el responsable del seguimiento y deberá desarrollar estrategias que aseguren la atención de las niñas y niños.

5.4.2 Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas, las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño.

5.4.3 Las citas se establecerán considerando los intervalos mínimos establecidos en el esquema de periodicidad para el control del crecimiento y desarrollo.

5.4.4 La frecuencia de citas se incrementará cuando se identifiquen riesgos o problemas en la niña o niño.

5.4.5 Para niñas y niños con problemas de crecimiento y nutricionales se programarán las citas con intervalos de 7 días, de acuerdo a la necesidad, hasta lograr la recuperación.

^{4,5}NTS N°134 “Norma Técnica para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas”, pag.12 y 19

5.4.6 La visita domiciliaria constituye la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño, ya que permite:

- Hacer el acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas clave.
- Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.
- Se realizarán visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos:
 - Niñas y niños nacidos en domicilio.
 - Niñas y niños prematuros y/o bajo peso al nacer.
 - Niñas y niños que no acuden a citas programadas.
 - Niñas y niños que presentan crecimiento inadecuado.
 - Niñas y niños con riesgo para el desarrollo.
 - Niñas y niños con trastornos del desarrollo.
 - Niñas y niños que reciben tratamiento para la anemia o suplementación con hierro deberán ser monitorizados a través de la visita domiciliaria, con el objetivo de ofrecerles una buena consejería y asegurar la adherencia. Esta actividad está a cargo de todo el personal de salud del establecimiento.⁶
 - Niñas y niños en riesgo y víctimas de violencia o maltrato infantil.
 - Se debe promover la participación activa de los Agentes Comunitarios de Salud, definiendo los mecanismos de seguimiento más efectivos a las niñas, niños y gestantes de acuerdo a su realidad.

PERIODICIDAD DEL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS:

- Todo recién nacido recibirá necesariamente 4 controles: a las 48 horas del alta y posteriormente un control cada semana. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en domicilio, siempre con la presencia y participación activa de la familia.
- Toda niña y niño, menor de 1 año, recibirá 11 controles de acuerdo al esquema con un intervalo mínimo de 30 días.
- Toda niña y niño de 1 año, recibirá sus 6 controles de acuerdo al esquema.
- Toda niña y niño, entre 2 años hasta 4 años 11 meses 29 días, recibirá sus 4 controles anuales.
- El control del crecimiento y desarrollo se realiza en el establecimiento de salud y el tiempo promedio utilizado para el control es de 45 minutos.
- En las niñas y niños prematuros y/o bajo peso se considera 18 controles:
 - A las 24 horas de haber salido de alta.
 - Cada 72 horas los primeros 15 días. (Semanalmente hasta salir de método canguro.)
 - Cada 15 días hasta los tres meses de edad.
 - Mensualmente hasta el año de edad.

A partir del año de edad:

- Cada dos meses hasta los dos años de edad.
- Cada tres meses hasta los tres años de edad.
- Cada seis meses hasta los cinco años de edad.

⁶Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.

ESQUEMA DE PERIODICIDAD DE CONTROLES DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

EDAD	CONCENTRACIÓN	PERIODICIDAD
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7,14 y 21 días de vida.
De 01 - 11 meses	11	1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses y 11 meses
De 1 año - 1 año, 11 meses	6	1 año, 1 año 2 meses, 1 año 4 meses, 1 año 6 meses, 1 año 8 meses, 1 año 10 meses.
De 2 años – 2 años 11 meses	4	2 años, 2 años 3 meses, 2 años 6 meses, 2 años 9 meses,
De 3 años – 3 años 11 meses	4	3 años, 3 años 3 meses 3 años 6 meses, 3 años 9 meses
De 4 años – 4 años 11 meses	4	4 años, 4 años 3 meses 4 años 6 meses, 4 años 9 meses

INSTRUMENTOS DE REGISTRO A SER UTILIZADOS EN EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

- La historia clínica estandarizada (Anexo N° 1) forma parte de una carpeta familiar e incluye:
 - Plan de atención integral.
 - Evaluación de la alimentación.
 - Formato de consulta.
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del niño (TPED), Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI).
- Gráficos del patrón de crecimiento P/E, T/E, P/T y PC (OMS 2006).
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (VIF).
- Carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años (Anexo N° 2).
- Formato de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento.
- Todos los instrumentos de registro utilizados deben ser llenados correctamente (letra legible, sin enmendaduras, detallando todas actividades realizadas), en cada control del crecimiento y desarrollo.
- Los establecimientos de salud que cuenten con el equipamiento y conexión a internet, necesarios para implementar el registro electrónico desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud, deberán utilizar esta herramienta durante la atención del control del crecimiento y desarrollo, evitando llenar los instrumentos de registro adicionales que se encuentran en los Anexos N° 1, 4, 12, 17 y 21.

VI. COMPONENTES DE GESTIÓN

6.1 PLANIFICACIÓN

- El control del crecimiento y desarrollo es una actividad incluida en el plan operativo anual de la institución.
- Los planes operativos, en los diferentes niveles, incluirán actividades que promuevan y organicen la demanda del servicio para el control del crecimiento y desarrollo.
- El control del crecimiento y desarrollo es una intervención incluida en la estructura funcional programática del Programa Presupuestal Articulado Nutricional y Programa Presupuestal Materno Neonatal, cuyos productos son **Niños con CRED completo según edad y atención del recién nacido normal**.
- La población objetivo, para el control del crecimiento y desarrollo, es la niña y niño de 0 días a 4 años 11 meses 29 días, con prioridad del menor de 36 meses.
- La población estimada a atender anualmente por cada subsector, se determina considerando la responsabilidad en el respectivo ámbito jurisdiccional.
- Los criterios de programación definidos por el nivel nacional, son utilizados para determinar la meta física de niñas y niños controlados por grupo de edad en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- La asignación de recursos humanos para realizar el control del crecimiento y desarrollo está determinado por la población programada, flujo de demanda, dispersión de la población, capacidad instalada (número de consultorios), categoría del establecimiento de salud en el que se desarrolla y el tiempo utilizado por control.

6.2 ENTRENAMIENTO

- La enfermera o médico que realiza el control del crecimiento y desarrollo requiere de capacitación y actualización permanente.
- La capacitación mínima que debe recibir el personal profesional de la salud y técnico es de 90 horas académicas por año.
- Los contenidos mínimos de capacitación son: crecimiento y desarrollo, consejería, lactancia materna, atención temprana del desarrollo, antropometría, nutrición infantil, cuidado de la salud bucal, detección y manejo de violencia, buen trato, pautas de crianza, sistema de información y gestión.
- Al personal de la salud que atiende a población indígena y afroperuana, se le incorporarán temas de interculturalidad en

salud, en el marco de la generación de competencias interculturales.

6.3 ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

- La responsabilidad de la atención del control del crecimiento y desarrollo es del profesional de enfermería.
- El control del crecimiento y desarrollo es realizado en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su categoría:
- En el primer nivel de atención: para realizar el control del crecimiento y desarrollo es necesario que cada establecimiento de salud cuente con enfermera o médico capacitado; así mismo, es necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo. En caso de que el establecimiento de salud no cuente con el personal de la salud señalado, algunas actividades (antropometría, TPED y consejería) podrán ser realizadas por personal de la salud técnico debidamente capacitado.
- En el segundo y tercer nivel de atención: para realizar el control del crecimiento y desarrollo es necesario contar con enfermera especialista, médico pediatra y médico neonatólogo; así mismo, es necesario contar con un equipo multidisciplinario de especialistas: oftalmólogo, neurólogo, psicólogo, nutricionista y otros, según corresponda.
- Para realizar el control del crecimiento y desarrollo es necesario contar con uno o más ambientes debidamente acondicionados que permitan privacidad y estén equipados de acuerdo a la categoría y adecuación intercultural.
- La infraestructura, equipamiento y mobiliario de consultorio, para realizar el control del crecimiento y desarrollo, se ajustará a la normatividad vigente, según Anexo N°19.
- Los equipos para la toma de medidas antropométricas y de evaluación del desarrollo deberán cumplir con las especificaciones técnicas y control de calidad establecidas.
- El control del crecimiento y desarrollo está guiado por un flujograma establecido de acuerdo a la realidad local, intercultural y a los recursos con que cuente el establecimiento. Este debe priorizar la atención de mayor riesgo, disminuir tiempos de espera, reducir oportunidades perdidas y optimizar el uso de los recursos disponibles.
- El horario de atención se establece según la categoría del establecimiento de salud.
- Para el diagnóstico y/o tratamiento de los problemas de crecimiento y desarrollo, así como para procedimientos de ayuda

diagnóstica, la referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutoria de la red o de la micro red.

- El procedimiento a seguir para la referencia y contrarreferencia se ajustará a la normatividad vigente.
- El control del crecimiento y desarrollo puede ser realizado en la comunidad o en otros escenarios siempre que cuenten con un ambiente que cumpla con las condiciones físicas y equipamiento mínimo requerido.
- El control del crecimiento y desarrollo en la comunidad se prioriza en aquellas zonas de difícil acceso al establecimiento de salud o por quintil.

6.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN E INDICADORES, MONITOREO Y SEGUIMIENTO

- El recojo, procesamiento y análisis de la información de las actividades de control del crecimiento y desarrollo se hacen de acuerdo a la normatividad vigente.
- La información obtenida durante el control del crecimiento y desarrollo deberá ser registrada en los siguientes formatos: Historia Clínica de la Atención Integral de la Niña y el Niño, Carné de Atención Integral de Salud de la niña y niño menor de 5 años, Ficha Única de Atención (FUA), Hoja de Información Sistemática (HIS), Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño (SIEN) y otros según normatividad vigente
- Se incorporará el uso de la variable étnica en el registro de la atención del control del crecimiento y desarrollo. Este dato generará información importante que debe ser incluida durante la atención de la niña o niño.
- Los indicadores de evaluación son:

a. Indicadores de estructura

- ✓ Proporción de establecimientos de salud con equipamiento adecuado para realizar control del crecimiento de acuerdo a la normatividad.
- ✓ Proporción de establecimientos de salud con kit completos para realizar control del desarrollo de acuerdo a la normatividad.
- ✓ Proporción de establecimientos de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar control del crecimiento y desarrollo en el niño.

b. Indicadores de proceso

- ✓ Porcentaje de recién nacidos con cuatro controles de crecimiento y desarrollo.
- ✓ Porcentaje de niñas y niños con control del crecimiento y desarrollo completo de acuerdo a su edad.

- ✓ Porcentaje de niñas y niños de acuerdo a su edad, cuyos padres han recibido consejería nutricional.
- ✓ Porcentaje de niños de 06 meses que cuentan con dosaje de hemoglobina de manera oportuna.

c. Indicadores de impacto/resultado:

- ✓ Prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.
- ✓ Prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 3 años de edad.
- ✓ Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niñas y niños menores de 3 años de edad.
- ✓ Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en niñas y niños menores de 3 años de edad.
- Como actividad, el monitoreo del control del crecimiento y desarrollo se realiza de manera continua con el objetivo de orientar y reorientar procesos, principalmente aquellos considerados como críticos en los establecimientos de salud y es de responsabilidad del profesional de la salud de enfermería en los diferentes niveles, ya sea local (Red y Micro red), regional (DIRIS, DIRESA, GERESA o quien haga sus veces) o nacional (DGIESP-DVICI-Niño), de acuerdo a su competencia.
- El monitoreo permite describir y calificar el cumplimiento y avance de metas físicas, así como de los procesos que aseguren la disponibilidad de los insumos, la ejecución presupuestal y otros, según corresponda.
- La supervisión se orienta a mejorar el desempeño del personal y la calidad del control del crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud. Por lo tanto, son programadas con una periodicidad de acuerdo al nivel y es de responsabilidad del profesional de la salud de enfermería con apoyo del equipo de gestión de los niveles local (Red y Micro red), regional (DIRIS, DIRESA, GERESA o quien haga sus veces a nivel regional) y nacional (DVICI - Niño), de acuerdo a su competencia.
- La supervisión implica el desarrollo de acciones inmediatas como la asistencia técnica, la misma que se define como un proceso de enseñanza-aprendizaje, en el que se interactúa con el potencial humano supervisado, analizando los elementos críticos identificados a fin de implementar medidas correctivas.
- Los resultados de la supervisión permiten la planificación de procesos de desarrollo de capacidades bajo otra metodología (talleres, pasantías, entre otros.), a mediano y largo plazo.

- La evaluación tiene como objetivo comparar los objetivos y metas trazadas con los resultados obtenidos.
- La evaluación, de acuerdo a los indicadores previstos, se realizará con una periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual, por niveles (nacional, regional y local).
- La evaluación se hace tanto de las metas físicas, así como, presupuestales en cada nivel.
- La información utilizada para la evaluación proviene del sistema de información oficial vigente (HIS)

6.5 INVESTIGACIÓN

Las líneas de investigación operativa principalmente están orientadas a:

- Evidenciar la eficacia del control del crecimiento y desarrollo en la mejora de la salud, nutrición y calidad de vida de la niña y el niño.
- Impacto de las prácticas adecuadas de alimentación y nutrición del menor de 3 años (lactancia materna y alimentación complementaria) en la disminución de la desnutrición crónica y morbi mortalidad infantil.
- Impacto de la atención temprana del desarrollo.
- Impacto del control del crecimiento y desarrollo en el desarrollo infantil temprano.
- Impacto de la consejería en la mejora de prácticas de cuidado del niño en los padres.
- Desarrollo de tecnología para la mejora de las intervenciones relacionadas al control del crecimiento y desarrollo a nivel local.
- Generar evidencia sobre enfoque intercultural en la prestación del control del crecimiento y desarrollo con adecuación cultural

VII. FINANCIAMIENTO

- Las actividades de control del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, en los establecimientos públicos, serán presupuestadas por las fuentes de financiamiento establecidas de acuerdo a las normas legales vigentes para las diferentes entidades públicas que prestan servicios de salud. Los establecimientos de salud privados implementan las actividades de control del

crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años, según el modelo de financiamiento que las sustenta.

- El Seguro Integral de Salud incluirá entre sus prestaciones las actividades contenidas en la presente norma técnica de salud.
- La estructura de costos estándar es el instrumento que sustentará la asignación de recursos financieros.

VIII. RESPONSABILIDADES

8.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de la supervisión y de brindar asistencia técnica al nivel regional para su aplicación. Los niveles de dirección institucional de los establecimientos de salud de los subsectores (EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y privados) a nivel nacional, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud, así como de la supervisión de su aplicación, en los diferentes servicios involucrados en la atención de la niña y el niño menor de cinco años, del ámbito de su competencia.

8.2. NIVEL REGIONAL

Las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión de la Norma Técnica de Salud en sus jurisdicciones respectivas, así como de la supervisión de su implementación en los establecimientos de salud públicos y privados.

8.3. NIVEL LOCAL

La dirección o jefatura de cada establecimiento de salud, público o privado, según el nivel de complejidad, es responsable del cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.

ANEXOS



ANEXO N° 1

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO.

PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD														
N° de Historia Clínica		Afiliación SIS u otro Seguro:		CUIDNI										
Apellidos				F. de Nac.										
Nombres				Sexo:		M F								
Problemas y Necesidades														
PLAN DE ATENCION INTEGRAL		CODIGO HIS	GRUPOS DE EDADES											
			0 - 28d		1m - 11m		1 año		2 años		3 años		4 años	
N°	PRESTACION DE SALUD	DESCRIPCION	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	ATENCION INTEGRAL DE SALUD	Valoracion 1ra Consulta : Antecedentes - Tamizaje - Identificación de factores de riesgo.	C8002 Dx = D, Lab= 1)											
2	ATENCION DEL RECIEN NACIDO	Considerar si el niño ha sido atendido en EE.SS. del I Nivel y Hospitales	Dx = D											
3	TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL	Hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria y fibrosis quística.	80099 Muestra / Z138 Resultados											
4	TAMIZAJE NEONATAL AUDITIVO Y VISUAL	Descarte de sordera en etapa neonatal												
5	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	A partir del 1º mes	Z001 Dx=D, Lab=1,2,...											
6	INMUNIZACIONES	A partir del nacimiento												
7	TAMIZAJE DE ANEMIA (Examen de Laboratorio)	A partir de los 4 meses	Z017, Dx =P											
8	DESCARTE DE PARASITOSIS	A partir del año	Z 119, Dx = P											
9	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	Detectar Riesgo de Violencia intrafamiliar y/o maltrato infantil.	U140, Dx = D, Lab: VIF											
10	ORIENTACION INTEGRAL	Lactancia Materna, Signos de Alarma y Cuidados del Recién Nacido.	99401 Dx = R, Lab: 1											
11	CONSEJERIA NUTRICIONAL	Según norma técnica y de acuerdo a la necesidad.	99403 Dx=D, Lab=1,2,...											
12	TRATAMIENTO	Anemia.	Z298											
		Parasitosis.	Z292											
13	ATENCION TEMPRANA	Potenciar habilidades en el niño y niña.	99411											
14	SESIONES DEMOSTRATIVAS	Actividad educativa en la que los participantes aprenden a combinar los alimentos en forma adecuada.	C0010											
15	ADMINISTRACION DE HIERRO (SULFATO FERROSO / MICRONUTRIENTES)	Hierro	Z 298, Dx = D, Lab: SF1, SF2, SF3, SF4, SF5											
		Vitamina A												
		Multimicronutrientes												
16	ATENCION ODONTOLOGICA	Examen odontológico												
		Instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades de la cavidad bucal												
		Profilaxis y Aplicación de flúor barniz												
17	EVALUACION PSICOSOCIAL	Evaluación de las habilidades sociales y cognitivas, identifica problemas de aprendizaje y de conducta riesgo.	U140, Dx = D, Lab: OM											
18	EVALUACION AGUDEZA VISUAL	Se realiza la evaluación a partir de los 03 años	Z010, Dx = D											
19														
VISITA FAMILIAR INTEGRAL - SEGUIMIENTO		Actividad extramural que se realiza el seguimiento y control del daño.	99344, Dx = D											

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

N° de Historia Clínica _____
Estab. de Salud: _____ **Cód. Afiliación SIS u otro Seguro** _____

DATOS GENERALES

Apellidos		Nombres		Sexo:	M ☐	F ☐	Edad:	
Lugar de Nacimiento:		Domicilio/Referencia		F Nac:				
CUI/DNI		G.S.		Rh				
Nombre y Apellidos de la Madre		Edad	Identificación (DNI)		Teléfono. Domicilio/Movil			
Grado de Instrucción	Ocupación	Estado civil		Religión				
Nombre y Apellidos del Padre		Edad	Identificación (DNI)		Teléfono. Domicilio/Movil			
Grado de Instrucción	Ocupación	Estado civil		Religión				

Antecedentes Personales:

1. Antecedentes Perinatales:

1.1 Embarazo Normal ☐ Complicado ☐

Patología(s) durante la gestación:

*Embarazo de riesgo

*Infecciones intrauterinas, vaginales, ITU

*Diabetes gestacional

*Hipertensión arterial

*Anemia

Control Prenatal:

Si ☐No ☐N° CPN N° de embarazo

1.2 Parto:

Parto Eutócico ☐Complicado ☐

Complicaciones del parto

Lugar del parto

EESS

Atendido por:

Domicilio

Profesional de Salud

ACS

Otro (especificar)

Técnico

Familiar

Corta tardío del cordón umbilical

Contacto piel a piel

Lactancia precoz

<3min	3min a +
Si	No
No	15m
	30m
	45 a +

1.3 Nacimiento

Edad Gest. al nacer (sem):

A término (37 a 40)

Pretérmino (<36)

Peso al nacer (gr):

Talla al nacer (cm)

Perímetro cefálico

Sufrimiento fetal

Respiración y llanto al nacer:

Fue inmediato Si ☐No ☐APGAR 1 min 5 m Reanimación Si ☐No ☐

Patología Neonatal

Si ☐No ☐

Especifique:

Hospitalización Si ☐No ☐

Tiempo de hospitalización

1.4 Después del nacimiento

Patologías:

Hipoglucemia

Infección

Hiperbilirrubinemia

Cirugías

Retinopatía

Otros

2. Antec. Patológicos

TBC

SOBA / Asma

Transfusiones sang.

Neurológico

Alergia a medic.: _____

Otros:

Especifique:

3. Antecedente familiares

Tuberculosis

VIH-SIDA.

Diabetes

Epilepsia

Alergia a medicinas

Violencia familiar

Alcoholismo

Drogadicción

Hepat.B

Padre(P), Madre(M), Hno(H)

Abuelo(A)

Abuelo(A), Otro(C)go social

Cuidador del niño(a)

Apoyo de familiares

Embarazo adolescente

Número de hijos

Últimos embarazos espaciados

<2 ☐2 a 5 ☐>6 ☐

VACUNAS				DOSIS	FECHA
RN	BCG			Única	
	HVB			Única	
< DE 1 AÑO	PENTAVALENTE (2 MESES, 4 MESES y 6 MESES)			1º	
				2º	
				3º	
	ANTIPOLIO 2M (IPV), 4M (IPV) y 6M (OPV)			1º	
				2º	
				3º	
1 AÑO	ROTAVIRUS (2 MESES, 4 MESES)			1º	
				2º	
	NEUMOCOCO (2 MESES, 4 MESES)			1º	
				2º	
4 Años	INFLUENZA (7 MESES Y 8 MESES)			1º	
				2º	
	SPR (12 MESES)			1º	
	NEUMOCOCO (12 MESES)			3º	
1 AÑO	ANTIAMARILICA (15 MESES)			Única	
	1ER. REF. DPT (18 MESES)			1ºR	
	1ER. REF. SPR (18 MESES)			1ºR	
	1ER. REF. APO (18 MESES)			1ºR	
4 Años	2DO. REF. DPT (4 AÑOS)			2ºR	
	2DO. REF. APO (4 AÑOS)			2ºR	

EDAD	CONTROL CRED	EDAD	FECHA
RN	1º		
	2º		
	3º		
	4º		
< DE 1 AÑO	1º		
	2º		
	3º		
	4º		
	5º		
	6º		
	7º		
	8º		
	9º		
	10º		
	11º		
1 AÑO	1º		
	2º		
	3º		
	4º		
	5º		
	6º		
2 AÑOS	1º		
	2º		
	3º		
	4º		
3 AÑOS	1º		
	2º		
	3º		
	4º		
4 AÑOS	1º		
	2º		
	3º		
	4º		

TAMIZAJE	<1 Año	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	5 Años	6 Años	7 Años	8 Años	9 Años
Descarte de Anemia	Dosaje de Hto o Hto									
Descarte de Parasitosis	Examen seriado									
	Test de Graham									

CONSULTA										
Fecha:			Hora:			Edad:				
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) MEJOR DE 2 MESES: No quiere mamar, ni succiona ☐ Convulsiones ☐ Fontanela abombada ☐ Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel ☐ Fiebre o temperatura baja ☐ Rigidez de la nuca ☐ Pústulas muchas y extensas ☐ Letárgico o comatoso ☐ DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar el pecho ☐ Convulsiones ☐ Letárgico o comatoso ☐ Vomita todo ☐ Estridor en reposo/tiraje subcostal ☐ PARA TODAS LAS EDADES: Emaciación visible grave ☐ Piel vuelve muy lentamente ☐ Traumatismo/Quemaduras ☐ Palidez palmar intensa ☐ No presenta signos ☐ IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO Quién cuida al niño? Participa el padre en el cuidado del niño? ☐ SI ☐ NO El niño recibe muestras de afecto? ☐ SI ☐ NO Especifique: _____										
ANAMNESIS										
1. Motivo de consulta:										
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:										
Examen físico	Signos vitales	Tª	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC		
Diagnóstico	A. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico				2. Condición de crecimiento y estado nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor		
	1				Crecimiento adecuado			Riesgo para el desarrollo		
	2				Crecimiento inadecuado			Normal		
	3				Riesgo nutricional Ganancia inadecuada de peso o talla			Trastorno del desarrollo		
	B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo				P/E T/E P/T			Observaciones:		
	1				Desnutrición					
	2				Sobrepeso					
	3				Obesidad					
	Tratamiento					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
Exámenes Auxiliares					Referencia (lugar y motivo)					
Proxima cita: Atendido por:										
Observación:					Firma y sello			Colegio profesional DNI		

CONSULTA										
Fecha:			Hora:			Edad:				
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) MEJOR DE 2 MESES: No quiere mamar, ni succiona ☐ Convulsiones ☐ Fontanela abombada ☐ Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel ☐ Fiebre o temperatura baja ☐ Rigidez de la nuca ☐ Pústulas muchas y extensas ☐ Letárgico o comatoso ☐ DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar el pecho ☐ Convulsiones ☐ Letárgico o comatoso ☐ Vomita todo ☐ Estridor en reposo/tiraje subcostal ☐ PARA TODAS LAS EDADES: Emaciación visible grave ☐ Piel vuelve muy lentamente ☐ Traumatismo/Quemaduras ☐ Palidez palmar intensa ☐ No presenta signos ☐ IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO Quién cuida al niño? Participa el padre en el cuidado del niño? ☐ SI ☐ NO El niño recibe muestras de afecto? ☐ SI ☐ NO Especifique: _____										
ANAMNESIS										
1. Motivo de consulta:										
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:										
Examen físico	Signos vitales	Tª	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC		
Diagnóstico	A. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico				2. Condición de crecimiento y estado nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor		
	1				Crecimiento adecuado			Riesgo para el desarrollo		
	2				Crecimiento inadecuado			Normal		
	3				Riesgo nutricional Ganancia inadecuada de peso o talla			Trastorno del desarrollo		
	B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo				P/E T/E P/T			Observaciones:		
	1				Desnutrición					
	2				Sobrepeso					
	3				Obesidad					
	Tratamiento					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
Exámenes Auxiliares					Referencia (lugar y motivo)					
Proxima cita: Atendido por:										
Observación:					Firma y sello			Colegio profesional DNI		
APELLIDOS Y NOMBRES Nº DE HISTORIA CLINICA										

 PERÚ Ministerio de Salud						
FICHA DE TAMIZAJE						
VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL						
Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.						
Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a la preguntas:						
Pregunte:						
Al adulto (a)						
¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	Si No					
¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	Si No					
¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	Si No					
¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	Si No					
¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga a tener relaciones sexuales?	Si No					
¿Quién?						
Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña						
Piense en la mayor parte del tiempo, diría que ¿su hijo o hija es fácil o difícil?	Fácil Difícil					
	SI NO					
¿Alguna vez pierde el control?	Pega? Grita? Empuja o sacude? Encierra?					
¿Su hijo es muy desobediente?	SI NO					
Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña:						
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Físico ☐ Hematomas, contusiones, inexplicables. ☐ Cicatrices, quemaduras. ☐ Fracturas inexplicables. ☐ Marcas de mordeduras. ☐ Lesiones de perineo, vulva, recto etc. ☐ Laceraciones en boca mejillas, ojos etc. ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño). ☐ Problemas con el apetito. ☐ Enuresis (niños). </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Llanto frecuente. ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. ☐ Demanda excesiva de atención. ☐ Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños. ☐ Tartamudeo ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar. ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. ☐ Ausentismo escolar. ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. ☐ Bajo rendimiento académico. ☐ Aislamiento de personas. ☐ Intento de suicidio. </td> <td style="vertical-align: top;"> Sexuales ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. ☐ Enfermedad de transmisión sexual. Negligencia ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. ☐ No vacunas o atención de salud. ☐ Accidentes o enfermedades muy frecuentes. ☐ Descuido en higiene o al niño. ☐ Falta de estimulación del desarrollo. ☐ Fatiga, sueño, hambre. </td> </tr> </table>				Físico ☐ Hematomas, contusiones, inexplicables. ☐ Cicatrices, quemaduras. ☐ Fracturas inexplicables. ☐ Marcas de mordeduras. ☐ Lesiones de perineo, vulva, recto etc. ☐ Laceraciones en boca mejillas, ojos etc. ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño). ☐ Problemas con el apetito. ☐ Enuresis (niños).	☐ Llanto frecuente. ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. ☐ Demanda excesiva de atención. ☐ Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños. ☐ Tartamudeo ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar. ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. ☐ Ausentismo escolar. ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. ☐ Bajo rendimiento académico. ☐ Aislamiento de personas. ☐ Intento de suicidio.	Sexuales ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. ☐ Enfermedad de transmisión sexual. Negligencia ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. ☐ No vacunas o atención de salud. ☐ Accidentes o enfermedades muy frecuentes. ☐ Descuido en higiene o al niño. ☐ Falta de estimulación del desarrollo. ☐ Fatiga, sueño, hambre.
Físico ☐ Hematomas, contusiones, inexplicables. ☐ Cicatrices, quemaduras. ☐ Fracturas inexplicables. ☐ Marcas de mordeduras. ☐ Lesiones de perineo, vulva, recto etc. ☐ Laceraciones en boca mejillas, ojos etc. ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño). ☐ Problemas con el apetito. ☐ Enuresis (niños).	☐ Llanto frecuente. ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. ☐ Demanda excesiva de atención. ☐ Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños. ☐ Tartamudeo ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar. ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. ☐ Ausentismo escolar. ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. ☐ Bajo rendimiento académico. ☐ Aislamiento de personas. ☐ Intento de suicidio.	Sexuales ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. ☐ Enfermedad de transmisión sexual. Negligencia ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. ☐ No vacunas o atención de salud. ☐ Accidentes o enfermedades muy frecuentes. ☐ Descuido en higiene o al niño. ☐ Falta de estimulación del desarrollo. ☐ Fatiga, sueño, hambre.				
Psicológico ☐ Extrema falta de confianza en si mismo. ☐ Tristeza depresión o angustia. ☐ Retraimiento.						

Adaptado de "Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil" – MINSA- 2000.

ANEXO 1 A

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO

La historia clínica estandarizada es un instrumento normado para la atención de la niña y el niño. Es un documento técnico y legal auditable, por lo tanto, su elaboración es de responsabilidad profesional y ética.

OBJETIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL

Recoger los datos importantes de la niña y el niño, desde los antecedentes familiares, prenatales, natales y posnatales que permitan organizar la atención brindada.

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y DEL NIÑO

La elaboración 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.
- Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil.
- Curvas de Evaluación del Crecimiento (niñas, niños).
- Curvas de Perímetro Cefálico.

1era. Cara: Plan de atención integral

La elaboración del plan de atención consiste en la organización de datos relacionados a la niña o niño, para lo cual el prestador de salud utiliza estrategias e instrumentos como la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, entre otros, a fin de obtener la información adecuada que le permita determinar los riesgos, problemas y necesidades de salud. Esta información es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

- En la primera parte se debe consignar muy claramente datos de identificación de la niña o niño.
- En la segunda parte, problemas y necesidades de salud, hay que consignar información relevante sobre factores de riesgo para crecimiento y desarrollo, situación de la salud de la niña y el niño u otro dato que se considere destacada facilitando así la priorización de la atención.
- En la tercera parte se encuentra el listado de las prestaciones integrales de la salud de la niña y el niño que deben ejecutarse para el logro de los objetivos.
- Para el registro de fechas de las actividades realizadas, se sugiere usar lápiz para lo

programado y lapicero para lo ejecutado.

2da. Cara: Datos de filiación

- **Primera parte:** consignar el establecimiento de salud donde se atiende, N° de HC, Código de afiliación SIS.
- **Segunda parte:** datos generales, apellidos y nombres del niño o niña, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, domicilio referencia, DNI, grupo sanguíneo, factor RH. Nombres y apellidos de la madre o padre tutor, edad, DNI, teléfono, ocupación, estado civil, religión.
- **Tercera parte:** antecedentes
 - Antecedentes personales:
 - Antecedentes perinatales
 - Embarazo, parto (contacto piel a piel, lactancia materna precoz), nacimiento, después del nacimiento.
 - Antecedentes patológicos.
 - Antecedentes familiares.
 - Factores de riesgo social.
- **Cuarta Parte**
 - Esquema de vacunación
- **Quinta parte**
 - Tamizaje

3ra. Cara: Evaluación de la alimentación

● Primera parte:

Cuadro de evaluación de la alimentación de la niña y niño menor de 36 meses.

Debe consignar información mensual, preguntando a la madre y evaluando a través de la observación.

4ta. Cara: Formato de Consulta

Considera:

- Signos de peligro clasificado por edades, según AIEPI.
- Anamnesis.
- Motivo de consulta.
- Examen físico.
- Diagnóstico.
- Condición del crecimiento.
- Diagnóstico del desarrollo.
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Compromisos.
- Observaciones.

5ta. Cara: Ficha de Tamizaje de violencia y maltrato infantil

La detección del maltrato y violencia infantil se

realiza en cada control del crecimiento y desarrollo a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se deberá aplicar la “Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar”.

Se inicia con la búsqueda de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la historia clínica, recabando información sobre aspectos psicosociales, dinámica familiar, entre otros. Esta información debe ser actualizada en los controles sucesivos evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, cuidados que se proveen a niñas o niños, presencia de síntomas que sugieren abandono, trato negligente, carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento sobre normas y límites (castigo físico, correcciones verbales desproporcionadas, entre otros).

6ta. y 7ma. Cara: Curvas de evaluación nutricional de las niñas y niños

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la

OMS proporcionan información sobre el crecimiento idóneo de las niñas y niños. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez. Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos.

8va. Cara: Curvas de Perímetro cefálico

La medición del Perímetro Cefálico (PC), en la infancia, predice certeramente el volumen cerebral. Por tanto, mediante el PC se considera el crecimiento del cráneo y de sus estructuras internas y, en un sentido amplio, la medición del PC constituye el medio más sencillo y disponible que contribuye a evaluar el desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC). Además, también constituye el parámetro de crecimiento más importante para predecir el neurodesarrollo de la niña y niño.

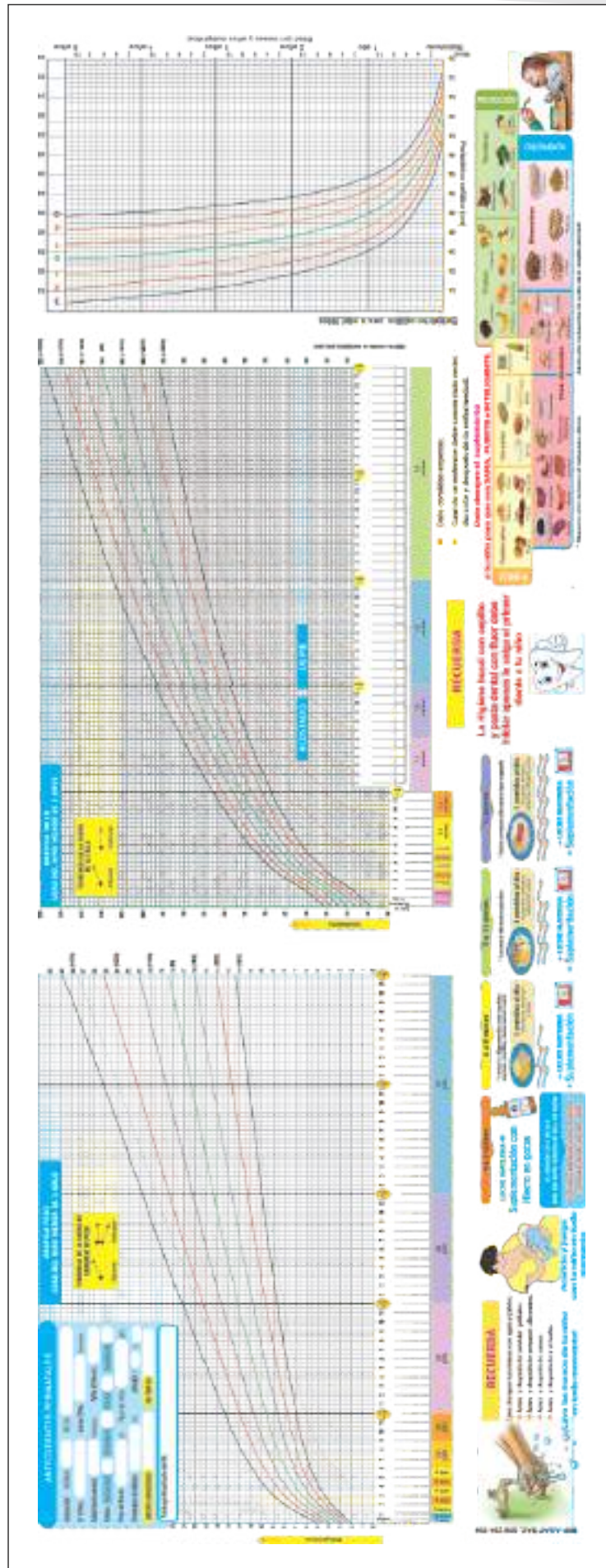
ANEXO N° 2
CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA Y EL NIÑO
MENOR DE 5 AÑOS.

The form is divided into four main sections:

- Top Section:** Contains fields for personal information such as name, date of birth, sex, and address. It also includes a section for immunization status with checkboxes for various vaccines.
- Middle Section:** A large grid where each cell contains an illustration of a child undergoing a specific health check (e.g., weighing, measuring height, listening to the heart). This section is used to track the frequency of these checks.
- Growth Tracking Section:** Consists of two rows of circles, each representing a measurement (likely weight and height) over time, allowing for visual tracking of growth patterns.
- Bottom Section:** A detailed grid with multiple columns and rows, each labeled with a specific health indicator (e.g., temperature, heart rate, blood pressure, etc.). This section is used to record numerical data over a period of time.

Accanto al controllo della qualità, la funzione di controllo del rischio

[illegible][illegible][illegible]



ANEXO N° 3

ASPECTOS PRÁCTICOS A CONSIDERAR EN EL CONTROL DEL CRED DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo a la niña y el niño deberá tener en cuenta el contexto cultural de las familias y las comunidades para asegurar que la atención sea de calidad y pertinencia, incluyendo el respeto de la diversidad cultural.

Esto supone que los aspectos prácticos detallados a continuación se adecúen a su realidad local.

1. AMBIENTE Y EQUIPAMIENTO

- El ambiente de la atención debe reunir las condiciones adecuadas de limpieza, comodidad, privacidad y seguridad para la niña, el niño y la madre, padre o cuidador que lo acompañe.
- Mantener una temperatura adecuada durante el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño según condiciones climáticas.
- El equipo y/o materiales a utilizar deben estar completos y en buen estado, cumpliendo con los estándares y especificaciones establecidos en esta norma.

2.- ATENCIÓN DIRECTA

Antes:

- Preparar los materiales y equipos que se utilizarán, así como los formatos, registros e instrumentos, de acuerdo a la edad de la niña y niño.
- Solicitar carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años y revisión de la historia clínica para la identificación de antecedentes de la niña y el niño.
- Lavado de manos según norma de bioseguridad
- Retirar todos los accesorios de las manos para evitar accidentes durante la atención.
- Considerar que la niña o niño esté despierto para realizar la evaluación del CRED.

Durante:

- Saludar y presentarse cordialmente ante la

madre, padre o cuidador, así como a la niña o niño manteniendo la empatía.

- El personal de la salud deberá respetar los valores, idioma y cultura del contexto familiar.
- Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño, llamándolo por su nombre.
- Explicar a la madre, padre o cuidador de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración.
- El personal de la salud deberá observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorando a través de preguntas sencillas a la madre, padre o cuidador de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con su integridad física y emocional.
- Recuerde anticipar a la niña o niño las acciones que se realizará, busque su mirada y evite en lo posible incomodarle, teniendo presente que es sujeto de derecho.
- Cuando la niña o niño llore, anime a la madre, padre o cuidador que le acompañe, para calmarlo.

Después:

- Priorizar el diagnóstico para orientar las intervenciones oportunas.
- Informar a la madre, padre o cuidador sobre los resultados de la evaluación del crecimiento y desarrollo.
- Promover un espacio para la consejería sobre los aspectos observados en control del crecimiento y desarrollo.
- Promover que la madre, padre o cuidador asuman compromisos y acuerdos que surgen de la consejería.
- Al finalizar la atención se deberá registrar detalladamente todos los aspectos encontrados en el control del crecimiento y desarrollo de forma obligatoria y con letra legible en el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, historia clínica, registros e instrumentos, por ser documentos relevantes para la atención del usuario, auditables y/o legales.
- Invitar a la madre, padre o cuidador a la próxima cita según edad y diagnóstico.

ANEXO N°4

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL

FOLIO	PLAN AIS												IMUNIZACIONES											
HCL	Elab	Ejec	BCG	HVB	IPV	APO	PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO	ROTAVIRUS	INFLUENZA	SPR	AMA	DPT	APO	OTROS									
CUIDNI	RN		RN	RN	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1° Ref	2° Ref										
COD.AFIL.SIS																								
NOMBRE Y APELLIDOS	RECIENTE NACIDO												01 AÑO											
FNAC	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°								
MADRE	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO												ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO											
PADRE	03 AÑOS												01 AÑO											
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°								
DIRECCION Y REFERENCIA	SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES												ATENCION POR MORBILIDAD IRA,EDA,ANEMIA,PARASITOS,EMERGENCIA Y OTROS											
TIPO DE RIESGO	DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES												ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES Y DE SEGUIMIENTO											
PROGRAMA SOCIAL	MICRONUTRIENTES																							
	GOTAS																							
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°								
	TAMIZAJE NEONATAL																							
	ANEMIA																							
	Parasitos																							
	Examen Seriado de Heces																							
	Desecho de hemoglobina																							
	1°												2°											
	3°												4°											
	5°												6°											
	7°												8°											
	9°												10°											
	11°												12°											
	13°												14°											
	15°												16°											
	17°												18°											
	19°												20°											
	21°												22°											
	23°												24°											
	25°												26°											
	27°												28°											
	29°												30°											
	31°												32°											
	33°												34°											
	35°												36°											
	37°												38°											
	39°												40°											
	41°												42°											
	43°												44°											
	45°												46°											
	47°												48°											
	49°												50°											
	51°												52°											
	53°												54°											
	55°												56°											
	57°												58°											
	59°												60°											
	61°												62°											
	63°												64°											
	65°												66°											
	67°												68°											
	69°												70°											
	71°												72°											
	73°												74°											
	75°												76°											
	77°												78°											
	79°												80°											
	81°												82°											
	83°												84°											
	85°												86°											
	87°												88°											
	89°												90°											
	91°												92°											
	93°												94°											
	95°												96°											
	97°												98°											
	99°												100°											
	101°												102°											
	103°												104°											
	105°												106°											
	107°												108°											
	109°												110°											
	111°												112°											
	113°												114°											
	115°												116°											
	117°												118°											
	119°												120°											
	121°												122°											
	123°												124°											
	125°												126°											
	127°												128°											
	129°												130°											
	131°												132°											
	133°												134°											
	135°												136°											
	137°												138°											
	139°												140°											
	141°												142°											
	143°												144°											
	145°												146°											
	147°												148°											
	149°												150°											
	151°												152°											
	153°												154°											
	155°												156°											
	157°												158°											
	159°												160°											
	161°												162°											
	163°												164°											
	165°												166°											
	167°												168°											
	169°												170°											
	171°												172°											
	173°												174°											
	175°												176°											
	177°												178°											
	179°												180°											
	181°												182°											
	183°												184°											
	185°												186°											
	187°												188°											
	189°												190°											
	191°												192°											
	193°												194°											
	195°												196°											
	197°												198°											
	199°												200°											
	201°												202°											
	203°												204°											
	205°												206°											
	207°												208°											
	209°												210°											
	211°												212°											
	213°												214°											
	215°												216°											
	217°												218°											
	219°												220°											
	221°												222°											
	223°												224°											
	225°												226°											
	227°												228°											
	229°												230°											
	231°												232°											
	233°												234°											
	235°												236°											
	237°												238°											
	239°												240°											
	241°												242°											
	243°												244°											
	245°												246°											
	247°												248°											
	249°												250°											
	251°												252°											
	253°												254°											
	255°												256°											
	257°												258°											
	259°												260°											
	261°												262°											
	263°												264°											
	265°												266°											
	267°												268°											
	269°												270°											
	271°												272°											
	273°												274°											
	275°												276°											
	277°												278°											
	279°												280°											
	281°												282°											
	283°												284°											
	285°												286°											
	287°												288°											
	289°												290°											
	291°												292°											
	293°												294°											
	295°												296°											
	297°												298°											
	299°												300°											
	301°												302°											
	303°												304°											
	305°												306°											
	307°												308°											
	309°												310°											
	311°												312°											
	313°												314°											
	315°												316°											
	317°												318°											
	319°												320°											
	321°												322°											
	323°												324°											
	325°												326°											
	327°												328°											
	329°												330°											
	331°												332°											
	333°												334°											
	335°												336°											
	337°												338°											
	339°												340°											
	341°												342°											
	343°												344°											
	345°												346°											
	347°												348°											
	349°												350°											
	351°												352°											
	353°												354°											
	355°												356°											
	357°												358°											
	359°												360°											
	361°												362°											
	363°												364°											
	365°												366°											
	367°												368°											
	369°												370°											
	371°												372°											
	373°												374°											
	375°												376°											
	377°												378°											
	379°												380°											
	381°												382°											
	383°												384°											
	385°												386°											
	387°												388°											
	389°												390°											
	391°												392°											
	393°												394°											
	395°												396°											
	397°												398°											
	399°												400°											
	401°												402°											
	403°												404°											
	405°												406°											
	407°												408°											
	409°												410°											
	411°												412°											
	413°												414°											
	415°												416°											
	417°												418°											
	419°												420°											
	421°												422°											
	423°												424°											
	425°												426°											
	427°												428°											
	429°												430°											
	431°												432°											
	433°												434°											
	435°												436°											
	437°												438°											
	439°												440°											
	441°												442°											
	443°												444°											
	445°												446°											
	447°												448°											
	449°												450°											
	451°												452°											
	453°												454°											
	455°												456°											
	457°												458°											
	459°												460°											
	461°												462°											
	463°												464°											
	465°												466°											
	467°												468°											
	469°												470°											
	471°												472°											
	473°												474°											
	475°												476°											
	477°												478°											
	479°												480°											
	481°												482°											
	483°												484°											
	485°												486°											
	487°												488°											
	489°												490°											
	491°												492°											
	493°												494°											
	495°												496°											
	497°												498°											
	499°												500°											
	501°												502°											
	503°												504°											
	505°												506°											
	507°												508°											
	509°												510°											
	511°												512°											
	513°												514°											
	515°												516°											
	517°												518°											
	519°												520°											
	521°												522°											
	523°												524°											
	525°												526°											
	527°												528°											
	529°												530°											
	531°												532°											
	533°												534°											
	535°												536°											
	537°												538°											
	539°												540°											
	541°												542°											
	543°												544°											
	545°												546°											
	547°												548°											

ANEXO N° 5
EVALUACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO.

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
GENERAL	– Observar la relación de vínculo entre la madre, padre o cuidador con la niña o niño. – Observar el estado general de la niña o niño (estado de alerta, higiene y actividad de la niña o niño). – Realizar control de funciones vitales: Temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.
PIEL Y FANERAS (CABELLO, UÑAS)	– Observar en la piel el color, turgencia (elasticidad), hidratación, temperatura (cianosis, ictericia, palidez), valorar y describir la presencia de lesiones o anormalidades como: eritema, pápula, macula, vesícula, ampolla, edema, escoriación y eccema (descartar dermatitis atópica); – Considerar la medición del diámetro de un hemangioma, manchas y lunares (coloración y engrosamiento), presencia de edema, manchas, lunares. – La coloración verdosa en zona sacro coccígea, son llamadas manchas mongólicas, son normales y desaparecen aproximadamente entre los dos años de edad. – Observar irritación o erupción de la piel por contacto prolongado con pañal mojado (Dermatitis perineal, perianal o en los pliegues de las ingles). Cuando hay presencia de hongos en la piel se observará lesiones eritematosa con bordes precisos (Dermatomicosis perineal). Derivar al pediatra. – Verificar en el cabello la textura (quebradizo) y coloración, tipo de implantación, cantidad. – Las uñas deben ser lisas y redondas, observar: el color, fragilidad (quebradizas), forma, limpieza y la presencia de uñeros. Realizar prueba del llenado capilar. – Observar signos sospechosos de violencia (moretones, quemaduras y otros). – Valorar el estado de higiene.
CABEZA	– Palpar las suturas y fontanelas: si las fontanelas están prematuramente cerradas pensar en microcefalia, craneosinostosis, hipertiroidismo y derivar al especialista. – Verificar si las fontanelas están abombadas para identificar hipertensión endocraneana o meningitis. Si la fontanela <i>está</i> más amplia de lo normal puede deberse a hidrocefalia, hipotiroidismo, prematuridad, malnutrición. – Si encuentran las suturas cabalgadas, observar y realizar seguimiento con el control del Perímetro Cefálico y compararlas con el padrón de referencia.
CARA	FACIE: – Observar la forma, simetría de movimientos (descartar parálisis facial), edema. OREJA: – Observar anomalías externas en pabellón auricular o ausencia de las mismas, implantación baja de las orejas, secreciones, higiene. Si hay otoscopio evaluar el tímpano: color, brillo, dolor o presencia de secreciones.

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
CARA	OJOS: Inspeccionar la zona ocular externo (Anexo N° 6) – Párpados: observar presencia del párpado caído que tapa el eje visual (ptosis palpebral), edema, inflamación; si las pestañas se encuentran invertidas, rozando la conjuntiva (entropión), o evertido, dejando a la conjuntiva expuesta (ectropión). – La presencia de un repliegue del párpado, del superior al inferior (epicantos). – Conjuntivas y escleróticas: color (rojo, palidez, ictericia, esclera azulada), secreción. – Iris: cambios de color – Pupilas: presencia de reflejo pupilar; observar forma, color. La pupila blanca (leuocoria) puede ser catarata congénita o retinoblastoma, entre otras causas. – Reflejo rojo binocular debe estar presente. – Globos oculares: observar si estos son pequeños (microftalmos o nanoftalmos) o más grandes de lo considerado normal (glaucoma congénito). – Evaluar el movimiento de seguimiento de ambos ojos aplicando el Test de Hirschberg y de cubrir/descubrir. A partir de los 6 meses de edad, ver la posición, si están desviados hacia adentro, fuera, arriba o abajo (descartar estrabismo). El especialista realizará otras pruebas específicas como las opacidades en la transparencia de los medios oculares (Reflejo Luminoso Corneal o Test de Bruckner). – Evaluación de fijación monocular: aplicación del test cubrir/descubrir (cover/uncover). – Realizar la agudeza visual a partir de los tres años de edad. NARIZ – Observar si las fosas nasales están permeables: si respira bien por la nariz con la boca cerrada. Evaluar deformidades o desviación del tabique, presencia de congestión nasal y secreción sanguinolenta. Referir al especialista. BOCA – Descartar presencia de frenillo lingual corto, labio y/o paladar fisurado, maloclusiones. Referir al especialista. – Levantar el labio superior para detectar precozmente cambios de color o cavidades en los incisivos superiores y verificar higiene bucal. – A los 3 años, contar 20 dientes primarios. – Dar pautas de higiene bucal y cepillado con pasta fluorada (Anexo 11). – Referir al odontólogo para procedimientos preventivos y recuperativos (de ser necesario).
CUELLO	– Explorar simetría, flexibilidad, presencia de dolor, tumoraciones, aumento de volumen de los ganglios linfáticos cervicales o mandibulares y barbilla, de cada lado de la parte frontal o en ambos lados del cuello y por debajo de cada lado de la parte posterior. – alpar detrás de los oídos y sobre la parte posterior de la cabeza. – De ser posible, evaluar la glándula tiroidea, buscando bocio congénito, nódulos o tumoraciones.

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
TORAX	– Observar la expansibilidad torácica, la frecuencia respiratoria al minuto, las características de los movimientos respiratorios, buscar de tiraje intercostal. – Inspeccionar el agrandamiento de la glándula mamaria o presencia de secreción láctea (normal en recién nacidos). – Auscultar ruidos normales y anormales cardíacos (soplos) y/o respiratorios (sibilantes, roncros, estertores). – Observar asimetrías, deformaciones (tórax en quilla, <i>pectum excavatum</i>), – En casos de cardiopatía, observar la presencia de cianosis distal, perioral, taquicardia, lactancia materna entrecortada por cansancio durante la succión y diaforesis. – De ser patológica derivar al especialista.
ABDOMEN	– Observar en el abdomen forma, motilidad de la pared abdominal (distendido o excavado), palpar la protuberancia umbilical: el tamaño y la retractilidad, signos inflamatorios (descartar hernia umbilical), en el caso de granuloma umbilical si existe secreción serohemática. – Inspeccionar si hay crecimiento del hígado por debajo del reborde costal (que es normal durante el primer mes), bazo y la presencia de masas o hernias – Auscultar los ruidos hidroaéreos, si se encuentran ausentes o aumentados. – Palpar hernia inguinal: la protrusión en la zona inguinal o inguino escrotal, se presenta durante el llanto o al pujo y disminuye al reposo. – Referir al especialista.
COLUMNA VERTEBRAL	– Observar asimetrías, rigidez y postura cuando la niña o niño está sentado, de pie y acostado, verificando si hay desviaciones de la curvatura normal de la columna. Deben encontrarse alineadas desde las vértebras cervicales hasta la línea interglútea. – En el recién nacido evaluar presencia de un bulto graso, mancha rojiza, zona de pelos largos anormales u orificio cutáneo en cualquier zona desde el cuello a la región sacrocóccigea (descartar espina bífida o espina bífida oculta). Derivar al especialista. – Fóvea pilodinal es la presencia de una depresión o fosa en la región sacra. Debe mantenerse en buen estado de higiene a fin de evitar infecciones. – La lordosis, escoliosis y xifosis, se evalúan en especial en niños mayores de 2 años.
EXTREMIDADES	– Realizar en todas las consultas las maniobras de descarte de Displasia de cadera: valorar el signo de Barlow y de Ortolani, en especial en los RN. (Anexo N° 8) – En mayores de 3 meses de edad, observar otros hallazgos: asimetría de pliegues de uno de los miembros inferiores, sea en la cara interna de muslos o zona glútea; limitación en la abducción en uno de los miembros, en el lado afectado. – En niños de 18 meses, observar piernas arqueadas y dificultad en la marcha. – A partir de los 2 años, además, examinar el proceso de marcha y el arco plantar para presumir pie plano. – En todos estos casos derivar al médico o especialista en Ortopedia. – Recomendar a la madre, padre o cuidador no usar andador y forzar a andar a su niña o niño. – Según las condiciones de salubridad, recomendar no usar zapatos o zapatillas antes de la marcha estable.

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
GENITOURINARIO	– Observar el tamaño y forma de los genitales externos, higiene, presencia de inflamación, dolor o secreciones, búsqueda de algún signo sospechoso de violencia – En niñas: observar labios mayores menores, clítoris, himen. Detectar adherencias anormales de labios (labios menores unidos y no se observa himen). – En niños: determinar el tamaño, ubicación, palpación de los testículos y volumen. – No hacer ningún tipo de ejercicios porque la mala manipulación produce inflamación, dolor o infecciones urinarias. – Criptorquidia, si ambos o uno de los testículos han descendido o están ausentes. – Hidrocele, aumento de volumen de la zona escrotal de consistencia líquida. <u>No derivar antes del año</u>, pero descartar en caso que sea tenso y grande (presencia de una masa que puede ser hernia escrotal). – Fimosis: observar el pene en la zona del prepucio, la estrechez del orificio del prepucio impide la salida del glande o al retraerlo hay adherencias (balano prepucial). Referir <u>a partir de los dos años edad</u> (Se le denomina fimosis fisiológica). – Epispadias: es cuando hay meato uretral en la zona dorsal del pene. – Hipospadia: hay meato uretral debajo de la punta del pene. – En todos estos casos referir al médico o al especialista en cirugía pediátrica.
ANO	– En recién nacidos verificar características y permeabilidad. – En los niños de mayores de 2 meses de edad, en posición de cúbito dorsal, observar fisuras, erupciones, cicatrices, fístulas perianales o malformaciones ano-rectales. – Valorar la eliminación: preguntar al padre/cuidador por las características de las deposiciones, si estas son duras, secas y están acompañadas de esfuerzo (estreñimiento) – Estar atentos ante un algún signo de violencia o maltrato. – En todos estos casos referir al médico o al especialista en cirugía pediátrica.
EXAMEN NEUROLÓGICO	– Valorar los antecedentes de riesgo durante la etapa pre-natales, natales y post-natales del niño. – El ambiente al evaluar debe ser cálido y con menos estímulos distractivos posibles. – Preguntar por el patrón de sueño: se despierta fácilmente con cualquier ruido o duerme por periodos cortos. – Tener en cuenta el llanto y la irritabilidad continua y persistente. – Observar al niño en su relación con el entorno, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura del cuerpo, tener en cuenta asimetrías faciales o del cuerpo. – Valorar tono muscular, que es la capacidad de tensión de rigidez o flacidez que tienen los músculos al realizar un movimiento (hipertonía o hipotonía) y la fuerza, que es la capacidad de resistencia que ofrezca cada área evaluada (miembros superiores, tórax, columna pelvis y miembros inferiores), de acuerdo a su edad, así como la postura, que es la posición que presenta el cuerpo de la niña o niño. Cuando se le coloca en una superficie debe ser simétrica y armoniosa. – Evaluar los pares craneales (Anexo N°9) y los reflejos primarios básicos (Anexo N°10). – Tener presente que en el Recién Nacido encontraremos resistencia y que tanto miembros superiores como inferiores están flexionados simétricamente; a medida que pasan los meses presenta una gran flexibilidad. – El desarrollo psicomotor es céfalo-caudal, próximo distal y de simple a lo complejo (tendencias direccionales).

ANEXO N° 6

PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES VISUALES

PRUEBA DE DETECCIÓN	APLICACIÓN DE LA PRUEBA	ALTERACIÓN	EDADES PARA CONTROL	INDICACIONES PARA REFERENCIA AL OFTALMÓLOGO
INSPECCIÓN OCULAR	El evaluador, a una distancia de 30 centímetros, dirige la fuente de luz hacia los ojos de la niña y el niño, valora las características de los párpados, pestañas, conjuntiva, transparencia de la córnea, presencia y forma de la pupila, así como la presencia de lagrimeo permanente o secreciones.	El resultado anormal está dado por la presencia de cualquier alteración anatómica o morfológica del ojo y/o sus anexos.	RN a 5 años	Anormalidad estructural
REFLEJO DE PARPADEO	Se explora aplicando una luz repentinamente sobre los ojos, provocando así el parpadeo de defensa. Aparece desde el nacimiento.	La ausencia de este reflejo nos indicaría desde edad temprana una deficiencia visual severa. (Gessell, Fleming, Koupernik).	RN a 5 años	Respuesta a la luz pobre o ausente.
REFLEJO PUPILAR	Consiste en la contracción de la pupila por acción de la luz sobre la retina y se explora con una linterna u oftalmoscopio directo. Aparece en el nacimiento y permanece siempre.	El resultado anormal está dado por la respuesta a la luz pobre o asimétrica.	RN a 5 años	Respuesta a la luz pobre o asimétrica.
REFLEJO ROJO BINOCULAR Test de Bruckner o Reflejo rojo retiniano	A una distancia de 1 metro se dirige la luz del oftalmoscopio directo hacia ambos ojos del examinado y se observa, a través del mismo, buscando en el área de las pupilas presencia de un reflejo naranja-rojizo, bilateral y simétrico.	El resultado anormal está dado por ausencia, disminución o asimetría del reflejo. Sospechar de Catarata Congénita o Retinoblastoma.	RN a 5 años	Ausente, opaco, asimétrico, presencia de un reflejo blanco o manchas negras en el reflejo rojo.
SEGUIMIENTO AMBOS OJOS	A una distancia de 50 cm por delante de los ojos del/la niño(a) se busca que mire el objeto y lo siga con la mirada a medida que el examinador desplaza el objeto de un lado a otro. El ambiente debe estar bien iluminado, con los dos ojos descubiertos y en simultáneo.	Se considera anormal cuando a los 3 meses no sigue el objeto de colores llamativos durante el examen.	3 meses	Incapacidad de fijación y seguimiento.
FIJACIÓN MONOCULAR	Para evaluar el OD se ocluye el OI, se coloca a una distancia de 50 cm por delante de los ojos de la niña (o), buscando que mire el objeto con el ojo descubierto. Luego el evaluador verifica que siga con la mirada mientras desplaza el objeto de un lado a otro. Seguidamente se procede a evaluar el OI.	Anormal, cuando a los 6m de edad o más hay ausencia de fijación. También indicativo de un hallazgo negativo el hecho en que la/el niña(o) lllore o rechace la oclusión de uno de los ojos (del ojo que ve mejor). Sospecha de Ambliopía Profunda.	6, 12 y 36 meses	Incapacidad de fijación y seguimiento.

REFLEJO LUMINOSO CORNEAL Test de Hirschberg	Se realiza mediante una fuente de luz situada a 30 cm del puente nasal observando si hay reflejo luminoso en la pupila de ambos ojos, de manera simétrica.	Desalineamientos.	6 meses a 5 años	Asimétrico o desplazado. Signos de Estrabismo.
COVER TEST cubrir/descubrir	Se procederá a cubrir uno de los ojos, con un cono de cartulina blanca, al ser éste destapado luego de tres segundos, se observará un movimiento inmediato de fijación, esto significará que hay estrabismo. En caso que sea normal el ojo no se moverá.	Detectar tempranamente desalineamientos oculares como estrabismos o atropías.	6 meses a 5 años	Movimiento de uno o ambos ojos no tapados.
AGUDEZA VISUAL	Se utiliza la cartilla de Snellen de la "E" direccional, adaptada para 3 metros, de preferencia (puede utilizarse también la de 6 metros), en un lugar bien iluminado. Enseñarle al niño a contestar "para qué lado están las patitas del dibujo (E)". Utilizar un oclisor para cubrir el ojo izquierdo e iniciar la evaluación del ojo derecho. Solicitar al menor que señale con su mano la direccionalidad de las barras de la letra "E" contenidas en cada fila, de izquierda a derecha. Empezar por la letra "E" más grande (superior), hasta que el niño manifieste que no ve la letra señalada o se equivoque en su direccionalidad. Anotar la agudeza visual que corresponde a la fracción ubicada al inicio de la última línea que pudo leer completa o la última línea en la que leyó más de la mitad de las letras u optotipos. Ocluir el ojo derecho y repetir secuencia con ojo izquierdo. En los niños que ya usan lentes evaluarlos con lentes puestos.	Es normal que la/el niña(o) a esta edad tenga una agudeza visual de 20/20 a 20/40. La diferencia de agudeza visual entre ambos ojos no debe superar 1 línea.	3 a 5 años	Agudeza visual $\leq$ 20/50 en cualquiera de los dos ojos o que la agudeza visual de un ojo con relación al otro difiera en dos líneas o más de la Cartilla de Snellen.

RECOMENDACIONES

- Evaluación en la niña y 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:
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 de la niña o niño.

CARTILLAS DE SNELLEN

E

1

20/200

F P

2

20/100

T O Z

3

20/70

L P E D

4

20/50

P E C F D

5

20/40

E D F C Z P

6

20/30

F E L O P Z D

7

20/25

D E F P O T E C

8

20/20

L E F O D P C T

9

F D P L T C E O

10

P E Z O L C F T D

11

ANEXO N° 7

DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE LA AUDICIÓN.

DEFICIENCIA AUDITIVA CONGÉNITA	✓ El recién nacido no se asusta con un fuerte ruido ✓ No reacciona ante sonidos inesperados ✓ A los cuatro meses de edad: no gira su cabeza a la fuente de un sonido o a la dirección al sonido de la voz Ante la sospecha derivar al especialista.
PÉRDIDA AUDITIVA	✓ A partir de los 6 meses a más edad: no dice sílabas ni palabra. ✓ Al año de edad: ve a la madre pero no responde a su llamada. ✓ Dificultad en escuchar y entender las conversaciones. ✓ No reaccionan al sonido de las campanas de la puerta o el timbre del teléfono. ✓ Dificultad para comprender las órdenes.
DEFICIENCIA AUDITIVA LEVE	✓ Parece oír algunos sonidos pero no todos los sonidos. ✓ Dificultad para comprender un discurso susurrante.
DEFICIENCIA AUDITIVA MODERADA	✓ Dificultad en las siguientes conversaciones por teléfono. ✓ Escuchar música o la televisión a un volumen superior a otras personas. ✓ Pobre desarrollo del lenguaje, a menudo preguntan por el altavoz para repetir y tienen más dificultad para ser comprendidos. ✓ Presentan retraso en aprender a hablar, hablan claro, en voz alta o invitan al orador a repetir los mismos y subir el volumen del televisor o radio. ✓ En edades preescolares se presentan trastornos del aprendizaje de distintos grados.
DEFICIENCIA AUDITIVA SEVERA	✓ No pueden oír palabras gritos y necesitan el lenguaje de señas para la comunicación. ✓ En los preescolares necesitan el lenguaje de señas para la comunicación.

Recomendaciones

- Todas las niñas y niños con indicadores de riesgo deben ser referidos al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el médico especialista, a fin de realizar otoemisiones acústicas o potenciales evocados auditivos de tallo en el periodo neonatal o en los primeros meses de vida.
- Considerar indicadores de riesgo auditivo neonatal: historia familiar de hipoacusia neurosensorial congénita instaurada en la primera infancia; infecciones intrauterinas (entre ellas el TORCH), malformaciones craneofaciales, peso al nacimiento inferior de 1.500 g., hiperbilirrubinemia grave, uso de fármacos ototóxicos, meningitis bacteriana, hipoxia-isquemia perinatal, ventilación mecánica durante más de 5 días o estancia mayor de 48 horas en Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.
- En las niñas y niños mayores de 28 días, considerar Indicadores de Riesgo: sospecha de hipoacusia o de retraso del lenguaje, meningitis bacteriana u otras infecciones que puedan cursar con hipoacusia. Los antecedentes de traumatismo craneal con pérdida de conciencia o fractura craneal, uso de fármacos ototóxico y otitis media secretora recurrente o persistente, dolor, zumbido en el oído.

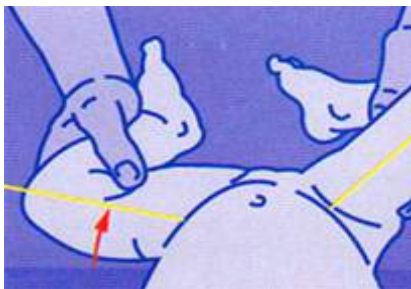
ANEXO N° 8 EVALUACIÓN ORTOPÉDICA

1. DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA

Es una alteración del desarrollo de la cadera y puede tener distintos grados, desde una displasia del acetábulo hasta una luxación de la cadera. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran los antecedentes familiares en primer grado de displasia de caderas, el sexo femenino, la presentación podálica. También existe una asociación con ser primogénito, embarazos múltiples y tener otros problemas congénitos (pie talo, tortícolis, metatarso varo) o antecedentes de la gestación (oligohidramnios).

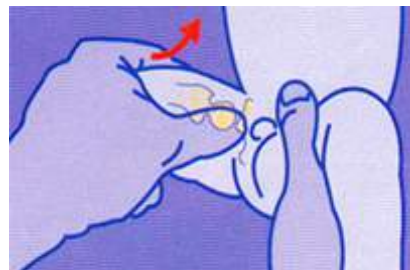
En el examen físico del lactante deben descartarse los siguientes signos:

- **Limitación de la abducción:** al abrir la pierna como un libro no sobrepasa los 60°.
- **Signo de Ortolani positivo:** con la niña o niño acostado de espaldas y con las caderas flexionadas en ángulo recto, se apoya el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor. Al abducir (alejar de la línea media) se siente un “clic” de entrada de la cabeza del fémur en el acetábulo.



Se sujetan las dos piernas por debajo, con el dedo índice verificar si hay o no limitación de la apertura de ambas caderas.

- **Signo de Barlow positivo:** con la niña o niño acostado de espaldas y con las caderas flexionadas en ángulo recto, se apoya el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor. Al aducir (aproximar a línea media) se siente un “clic” de entrada de la cabeza del fémur en el acetábulo.



Evaluación que debe realizarse principalmente a partir de los 6 meses de edad. Se observa trendelenburg positivo, acortamiento, rotación externa de la pierna y posición de puntillas; disimetría y asimetría de pliegues en la unilateral y aumento de espacio perineal con hiperlordosis en la bilateral. Siempre está limitada la abducción. Al extender la cadera se puede palpar un bulto en la región inguinal que corresponde a la cadera luxada en anterosuperior.

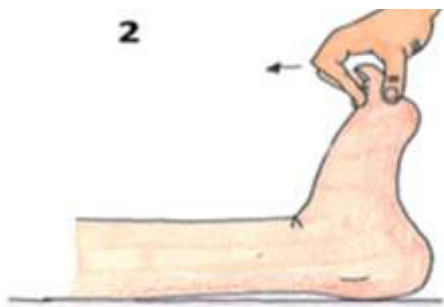
2. PIE PLANO

Alteración caracterizada por un aumento del área de contacto plantar con arco longitudinal interno disminuido o ausente. Después de los 3 años es posible empezar a descartar el pie plano, ya que en los menores existe una almohadilla de grasa palmar que aumenta el área del pie con el suelo. En caso de existir pie plano en las niñas o niños mayores de 3 años es necesario identificar si es flexible o rígido. Para ello existen dos maniobras recomendadas:

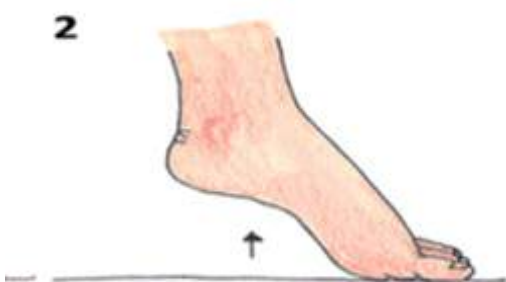
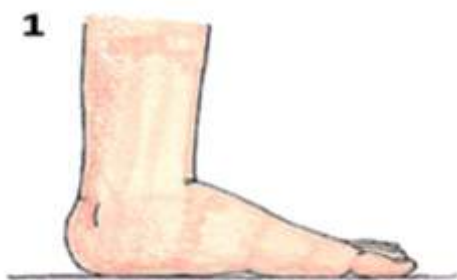
- a) Acostar a la niña o niño en la camilla con los talones en ángulo recto y luego presionar suavemente el primer dedo del pie hacia el empeine.

1





- b) Con la niña o niño parado y apoyado en una muralla, solicitar que levante el talón y se mantenga parado apoyándose en los metatarsos. Esto también se observa en:



- **Pie plano rígido:** si cuando se presiona el primer dedo del pie o cuando la niña o niño levanta los talones y se produce una elevación del arco interno.
- **Pie plano flexible es fisiológico:** si no se produce la elevación del arco interno se observa en la marcha y apoyo del pie. La gran mayoría tiene una etiología desconocida. Se piensa que se produce por hiperlaxitud ligamentaria y mayor presencia de tejido graso en el pie. No requiere tratamiento. Se debe derivar al traumatólogo infantil cuando está asociado a dolor

3. MARCHA

Es el desplazamiento corporal que la niña o niño realiza a través de la parada. Se evalúa a partir de los 15 meses. Para hacer un buen examen de la marcha, hay que dejar con pocas prendas a la niña o niño, mirarlo por adelante, atrás y delado, primero en reposo y luego caminando. En reposo, solo con ropa interior, y de pie, observando de frente y de espalda la simetría del cuerpo, articulaciones, huesos (pelvis, escápula) y de los pliegues. De lado, deben evaluarse las curvas de la columna, buscando una patología frecuente como dorso curvo o hiperlordosis lumbar. Luego pedir la niña o niño que camine, idealmente varios metros, para observar simetría o claudicación y estabilidad de la marcha.

a) Marcha normal

Es aquella que permite realizar un menor gasto energético al organismo y provee de libertad de movimiento para la realización de actividades, como caminar, correr y hacer deporte. Para que la marcha normal pueda suceder, se requiere indemnidad del sistema nervioso, muscular y osteoarticular. Habitualmente la marcha se inicia entre los 10 y 15 meses, si la marcha no ha iniciado a los 18 meses debe ser estudiada. Al comienzo la marcha es insegura e inestable, el niño o la niña camina con las piernas arqueadas fisiológicamente (genu varo) y con los codos flectados. Hacia los 3 años la marcha es más segura, en este momento las piernas se arquean en genu valgo (rodillas juntas, pies separados y rotados levemente hacia adentro, simétrico). Muchas veces a esta edad los preescolares miran al suelo para tener más estabilidad y esto es normal.

b) Marcha Patológica

Evaluar la presencia de marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo), ver si hay claudicación de la marcha (cojera). La claudicación es siempre un síntoma de alarma pues puede ser síntoma de patología traumato-lógica de alta complejidad, por ejemplo, infección osteoarticular, traumatismos, neoplasias, enfermedades neuromusculares o autoinmunes, enfermedad de Perthes. La marcha patológica puede ser causada por diferentes causas: dolor, deformidades estructurales (huesos y articulaciones), desórdenes neuromusculares y debilidad muscular aislada.

ANEXO N° 9
EVALUACIÓN DE LOS PARES CRANEALES.

PAR CRANEANO	PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN
OLFATORIO (I)	Se valora utilizando sustancias de olores conocidos (clavo de olor, café, perfume, etc); evaluar cada fosa nasal por separado (solicitar que el niño o niña mantenga la boca y ojos cerrados). En el recién nacido se explora poco por lo difícil de obtener una respuesta.
ÓPTICO (II)	La visión se valora con la respuesta de parpadeo a la luz intensa. Se puede buscar el seguimiento ocular cuando se pasa por el frente un objeto luminoso y de forma circular. La visión se valora con diferentes pruebas de evaluación: ● Reflejo del parpadeo como respuesta a la luz intensa. La ausencia de este reflejo, nos indicaría desde edad temprana una deficiencia visual severa. (Gessell, Fleming, Koupernik). ● Presencia del Reflejo rojo binocular: debe estar presente. Si está ausente, blanco, pálido, opacidad o asimétrico hay que realizar referencia inmediata. Normalidad estructural a la inspección externa de ambos ojos. ● Fijación y seguimiento ocular cuando se pasa por el frente un objeto luminoso y de forma circular desde los 3 a 6 meses de edad. ● Fijación y seguimiento en cada ojo (monocular) de 6 a 12 meses de edad y hasta que el niño tenga la edad suficiente para cooperar con la toma de agudeza visual verbalmente. ● De 3 a 5 años de edad: se toma la agudeza visual (monocular). Referir con 20/50 o peor en cualquiera de los dos ojos o existencia de 2 líneas de diferencia entre ambos ojos (GPC de errores refractivos MINSA).
ÓCULOMOTORES (III-IV-VI)	Valorar pupilas y observar presencia de anisocoria, miosis o midriasis. Los movimientos oculares se valoran con rotación de la cabeza y búsqueda de ojos de muñeca, teniendo en cuenta que la mirada lateral está presente desde el nacimiento y la mirada vertical y movimientos conjugados se presentan a partir del tercer mes.
TRIGÉMINO (V)	Se valora buscando la succión, aunque también intervienen otros pares. Se busca la sensibilidad de la cara con un estímulo táctil, observando la retirada del estímulo. Al examinar el reflejo corneano se observa la simetría en la respuesta.
FACIAL (VII)	Observe simetría de la cara, durante movimientos espontáneos y provocados (llanto).
AUDITIVO (VIII)	Explore haciendo un ruido que lleve a obtener una respuesta de parpadeo o un reflejo de Moro. La rama vestibular se explora tomando al niño por el tronco y en posición vertical, se le hace girar hacia un lado y luego hacia el otro y se observa la respuesta de desviación ocular al lado opuesto que gira.
GLOsofaríngeo Y NEUMOGÁSTRICO (IX-X)	Se valora junto con otros pares: movimientos de succión, deglución, reflejo nauseoso e intensidad del llanto.
ESPINAL (XI)	Se valora observando movimientos de la cabeza, principalmente los movimientos laterales, con visualización y palpación del esternocleidomastoideo.
HIPOGLOSO (XII)	Observe movimientos de la lengua y simetría

ANEXO N° 10
EVALUACIÓN DE LOS REFLEJOS PRIMARIOS EN EL RECIÉN NACIDO.

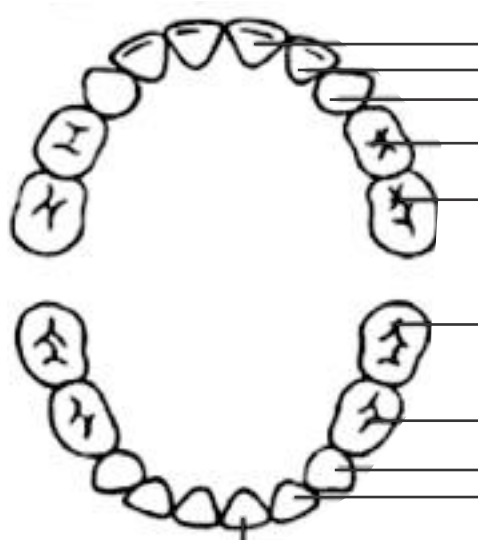
REFLEJOS	IMPORTANCIA	EDAD DE DESAPARICIÓN	PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN
TONICO ASIMÉTRICO DEL CUELLO (Posición del esgrimista)	La persistencia sugiere una alteración neurológica	Antes de los dos meses	Mantener en posición de cúbito supino, girar la cabeza del bebe hacia un lado colocando la mandíbula sobre su hombro. El brazo y la pierna del lado hacia el que sea girado presentan extensión mientras que los miembros del lado contralateral presentan flexión. Se repite la maniobra con giro de la cabeza hacia el otro lado
DE SUCCIÓN	Es importante para la adecuada alimentación del bebe.	Hasta la madurez	Se introduce el dedo meñique entre los labios de la niña y el niño, este inicia el chupeteo con fuerza, succionando un mínimo de 5 a 6 veces con energía de forma continua y sin fatiga.
DE BÚSQUEDA	Valoración de la simetría, fuerza y tono de los músculos de la cara	De 3 a 9 meses	Se toca o acaricia la comisura de los labios provocando el giro de la cabeza, buscando el estímulo (puede ser durante la lactancia la madre le ofrece el pezón).
MORO	Da a conocer que la niña o niño responde a los sonidos y tendrá que ver en el futuro con el equilibrio.	4 meses	Se puede provocar, al hacer un ruido con las manos golpeando la mesa de examen clínico, hacia los lados del bebe. El reaccionará con un sobresalto como si se "asustara". Veremos una reacción de todo su cuerpo, extendiendo brazos y piernas.
PRESIÓN PALMAR	Este reflejo representa la futura prensión de la mano en el niño.	4 meses	Colocar el dedo índice en la palma de la mano de la niña y el niño y hacer una ligera presión. La respuesta es la flexión de los dedos del niño, como si agarrara su dedo.
PRESIÓN PLANTAR	Este reflejo representa la futura marcha adecuada en él bebe.	9 meses	Presionar con el dedo la zona de la planta del pie (inmediatamente por debajo de los dedos del pie del bebe). La respuesta es la flexión de los dedos del pie del bebe.
PARADA ESTÁTICA O DE APOYO	Su ausencia sugiere hipotonía o flacidez. La extensión y abducción fijas de los miembros inferiores (movimientos en tijeras) sugiere espasticidad secundaria.	2 a 6 meses	Se sostiene al bebe sujetándole por el tronco y después se le descende hasta que los pies estén en contacto con una superficie plana. Las caderas, rodillas y tobillos presentan extensión del bebe intenta mantenerse de pie soportando parcialmente su peso corporal (20 a 30 seg.) y después deja de hacerlo con los pies.
DE MARCHA	Su ausencia sugiere hipotonía o flacidez	2 a 3 meses	Se sostiene al bebe sujetándole por el tronco y después se le descende hasta que los pies estén en contacto con una superficie plana. Y se le provoca ir hacia adelante observando movimientos coordinados como la marcha.
DE GALANT	Permite el cambio de los movimientos de todo el cuerpo a los movimientos de un lado del	A los 9 meses logra la homolateralidad	Se coloca al bebe de cúbito ventral sobre sus manos, se roza con el dedo los dos lados de la columna (desde las vértebras cervicales hasta la coxígea) Primero hacia un lado y luego al otro. La respuesta es la curvación de la columna hacia el lado estimulado.

ANEXO N° 11

RECOMENDACIONES SOBRE SALUD BUCAL A SER APLICADAS POR TODO PERSONAL DE LA SALUD DURANTE LOS CONTROLES DE LA NIÑA Y EL NIÑO.

- Desde el primer control del crecimiento y desarrollo el profesional de enfermería, médico pediatra, médico general u otro personal de la salud responsable de la atención, revisará la cavidad bucal de la niña o niño para verificar la aparición de los primeros dientes (ver gráfico 1), detectar posibles lesiones de caries (manchas o cavidades) y otras patologías (encías inflamadas, entre otros), de acuerdo a los siguientes procedimientos:
- Se levantará el labio superior para evaluar si existe algún cambio de color o cavidad en los incisivos superiores (ver gráfico 2).
- Al levantar el labio se verificará también la higiene de los dientes, el color de las encías y cualquier otra alteración evidente.
- Se darán las pautas preventivas a la madre o cuidador, de acuerdo a la edad del niño (ver cuadro de recomendaciones al final)
- Se referirá al especialista (odontólogo u odontólogo pediatra) apenas aparezca el primer diente (entre los 6 y 12 meses generalmente).
- Todas las niñas y niños deben ser evaluados por un odontólogo u odontólogo pediatra antes del año de edad, con el fin de detectar lesiones de caries en etapas iniciales, defectos de desarrollo del esmalte u otras alteraciones, recibir un refuerzo de las pautas para el cuidado de la salud bucal y la colocación de barniz de flúor.
- Aquellas niñas y niños que presenten alteraciones o malformaciones congénitas que involucren la cavidad bucal y sus estructuras se les realizará interconsultas al médico u odontólogo de EESS para su referencia inmediata al nivel de atención correspondiente, y así sean evaluados por el especialista.
- En cada control, el personal de la salud responsable de la atención (profesional de enfermería, médico u otro) debe orientar a la madre, padre o cuidador sobre hábitos de higiene bucal, cepillado con pasta fluorada y restricción de azúcares en la dieta.
- Desde la aparición del primer diente, el odontólogo deberá aplicar barniz de flúor al menos dos veces al año en todas las niñas y niños.

GRÁFICO N° 1
ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS



Dientes Superiores	Erupción	Se caen
Incisivo central	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años
Dientes Inferiores	Erupción	Se caen
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
canino (colmillo)	17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años

GRÁFICO N° 2

EXAMEN BUCAL DEL INFANTE: EN 3 PASOS

SUJECCIÓN DEL INFANTE + LEVANTAR EL LABIO + DETECTAR CAMBIOS DE COLOR EN INCISIVOS SUPERIORES



RECOMENDACIONES DE SALUD ORAL DE ACUERDO A LA EDAD

EDAD	RECOMENDACIONES
0 – 12 meses	● Evitar transmitir la saliva de la madre, padre o cuidador al bebé (no soplar la comida, no dar besos en la boca a la niña o niño). ● Levantar el labio del bebé para observar la erupción de los dientes. Si existen cambios de color en el esmalte de los incisivos superiores, informar a la madre y derivar al odontólogo. ● Se recomienda iniciar la higiene bucal, apenas hace su aparición el primer diente. ● Cepillar los dientes en cuanto salgan, levantando el labio, dos veces al día, para toda la vida, con una pasta dental familiar* de 10001500 ppm de flúor en cantidad “granito de arroz”. No enjuagar con agua después del cepillado (ver gráfico 3). ● Hacia el año, evitar el biberón nocturno y toda fuente de azúcares refinados (galletas, pasteles, caramelos, helados, jugos industriales, entre otros). ● Primera visita al odontólogo. ○ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses.
12 – 36 meses	● Levantar el labio de la niña o niño para observar si existen cambios de color en el esmalte de los incisivos superiores. Derivar al especialista. ● Cepillado dental 2 veces al día (realizado por los padres), levantando el labio, uno de ellos antes de dormir. Se usará una pasta dental familiar* de 10001500 ppm de flúor en cantidad “granito de arroz”. No enjuagar con agua después del cepillado (ver gráfico 3). ● Evitar al máximo azúcares refinados (jugos de cajita, galletas, tortas, gelatina, cereales con azúcar, leches chocolatadas, entre otros). ● Sugerir el cambio del biberón por una tacita de entrenamiento. ● Visitas regulares con el odontólogo de acuerdo al riesgo de caries. ○ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses.
3 – 5 años	● Confirmar la presencia de 20 dientes primarios. ● Examinar la boca del niño/a para descartar cavidades, fracturas o cambios de color en los dientes. Derivar al especialista. ● Consumo esporádico de azúcares (máximo una vez al día). ● Cepillado dental 2 veces al día (asistido por los padres), uno de ellos antes de dormir. Se usará una pasta dental familiar* de 10001500 ppm de flúor en cantidad “alverjita”. ● Uso de hilo dental entre molares, una vez al día, antes del cepillado de la noche. ● Visitas regulares con el Odontólogo de acuerdo al riesgo de caries. ○ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses. ○ Colocación de Selladores de fisuras de acuerdo a la necesidad.

La pasta dental familiar es la que usan todos los miembros de la familia (padres e hijos de todas las edades). Lo que varía es la cantidad a utilizar, no el tipo de pasta. La cantidad de pasta se determina de acuerdo a la edad.

Las MADRES, PADRES o CUIDADORES deben encargarse de dispensar la pasta dental en el cepillo de los niños y ayudarles con el cepillado.

CEPILLADO CON PASTA DENTAL FAMILIAR DE 10001500 PPM FLÚOR, MÍNIMO 2 VECES AL DÍA



Desde el primer diente hasta los 36 meses: “granito de arroz”



Desde los 3 años: “alverjita”

ANEXO N° 12

PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS.

1. MEDICIONES DEL PESO

La confiabilidad en la toma del peso depende de:

- Obtener la edad exacta.
- Dominio de la técnica para pesar y tomar la longitud o talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona).
- Estado emotivo de la niña o niño.
- Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).
- Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.
- Contar con sistema de control de calidad eficiente.
- Es importante determinar el sexo y la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad, por mes. Si se registra la edad en forma inadecuada la evaluación del crecimiento y el estado nutricional de la niña o niño será incorrecta.

Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

Equipo

Una balanza calibrada en kilos con graduaciones cada 10 gramos.

Procedimiento

- a. Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o cuidador, es el encargado de sujetar a la niña o niño y asegurarse de que no se vaya caer, mientras que el personal de salud realiza la medición y registró.
- b. Fije la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta.
- c. Cubra el platillo o bandeja de la balanza con un pañal o papel toalla (pesado previamente).
- d. Coloque la barra de medición o pantalla de digital de la balanza en cero antes de cada pesada.
- e. Solicite a la madre, padre o cuidador de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
- f. Coloque a la niña o niño desnudo, o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo o bandeja, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.

- g. El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado.
- h. Anotar el peso exacto en el carné y en la historia clínica. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
- i. Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses

Equipo

Una balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos.

Procedimiento

- a. Coloque la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza.
- b. Equilibre la balanza en cero.
- c. La niña o niño debe tener la menor cantidad de ropa, sin calzado y medias, colocando los pies sobre las huellas de la plataforma para distribuir el peso en ambos pies.
- d. Sobre el brazo principal, mueva la pesa hasta sobrepasar el peso y luego hágala retroceder hasta que equilibre la aguja del indicador de la balanza (kilos y gramos)
- e. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes.
- f. Equilibre la balanza en cero.



2. MEDICIÓN DE LONGITUD Y TALLA

Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad

Equipo

Un infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra

Procedimiento

- a. Para la medición de la longitud se necesitan dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra puede ser otro personal de salud, madre, padre o cuidador de la niña o niño.

- a. La medición se hace con la niña o niño en posición horizontal o echado.
- b. El infantómetro debe estar ubicado sobre una



superficie que esté lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos, para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.

- c. Se coloca a la niña o niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
- d. El asistente debe situarse al extremo superior del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos, colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
- e. La persona que mide debe situarse a un lado (donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos pegados de la niña o niño y con el codo del brazo izquierdo hacer presión suavemente sobre las rodillas de la niña o niño para evitar que las flexione.
- f. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
- g. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
- h. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
- i. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.

Medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad

Equipo:

Un Tallímetro de pie de madera.

Procedimiento

- a. Ubicar el tallímetro sobre una superficie nivelada, pegada a una pared estable, lisa y sin zócalos, que forme un ángulo de 90° entre la pared y la superficie del piso.
- b. Pedirle a la madre, padre o cuidador que le quite los zapatos, medias y accesorios en la

cabeza de la niña o niño.

- c. Parar a la niña o niño sobre la base del tallímetro con la espalda recta apoyada contra la tabla.
- d. El asistente debe asegurarse que la niña o niño mantenga los pies sobre la base y los talones estén pegados contra la tabla.
- e. Colocar la cabeza de la niña o niño con la



mano izquierda sobre la barbilla, de manera tal que forme un ángulo de 90° entre el ángulo externo del ojo, y la zona comprendida entre el conducto auditivo externo y la parte superior del pabellón auricular, con la longitud del cuerpo del niño.

- f. Asegurarse que la niña o niño tenga los hombros rectos y que la espalda esté contra la tabla. No debe agarrarse de la tabla y los dedos índices de ambas manos deben estar sobre la línea media de la cara externa de los muslos (a los lados del cuerpo).
- g. Bajar el tope móvil del tallímetro con la otra mano de la persona que mide hasta que toque la cabeza de la niña o niño pero sin presionar.
- h. Leer el número inmediatamente por debajo del tope. Si sobrepasa la línea del centro añadir 5 mm al número obtenido. En caso de que este sobrepase la línea correspondiente a centímetros, deberá registrarse el número de "rayas" o milímetros. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.

3. MEDICIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO

Definición:

- a. **Perímetro Cefálico:** el perímetro cefálico es la medida de la circunferencia del cráneo, correspondiente al perímetro occipitofrontal. Su importancia radica en ser el mejor parámetro práctico para evaluar el neurodesarrollo de la niña/niño.
- b. **Microcefalia:** medida del perímetro cefálico inferior a 2 desviaciones estándar, según las curvas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para niñas y niños a partir de las 40 semanas de edad gestacional. También para neonatos a término de 37 a 39 semanas y prematuros menores de 37 semanas de edad gestacional inferior al 3er percentil, según las curvas de Fenton para niñas y niños.
- c. **Macrocefalia:** Medida del perímetro cefálico superior a 2 desviaciones estándar, según las curvas de la OMS para niños y niñas a partir de las 40 semanas de edad gestacional. También para neonatos a término de 37 a 39 semanas y prematuros menores de 37 semanas de edad gestacional superior al 3er percentil, según las curvas de Fenton para niños y niñas.

Equipo

- **Cinta métrica:** debe ser una cinta idealmente de teflón indeformable al uso. Periódicamente debe vigilarse su estado y de ser necesario reemplazarse.
- **Gráficos de OMS y Fenton:** se deberán contar con los gráficos de las curvas de la OMS y de Fenton para las niñas y los niños respectivamente.

Periodo de la medición

- a. **Nacimiento**
Se debe realizar dos mediciones del perímetro cefálico, al nacimiento y a las 24 horas de vida. Si excepcionalmente ocurre el alta antes de las 24 horas, debe realizarse la segunda medición en este momento. Se volverá a medir el perímetro cefálico preferentemente durante la primera semana de vida, como parte del control de crecimiento y desarrollo del neonato.
- b. **Seguimiento**
La medición del perímetro cefálico de deberá realizar durante todos los controles de crecimiento y desarrollo desde el primer mes de vida para las niñas y niños a término y a las 44 semanas de edad gestacional en las niñas y niños pre término,

Procedimiento de medición del perímetro cefálico

- a. Evaluar y registrar prominencias craneales (caput succedaneum, cefalo hematoma, entre otros), deformidades y tamaño de las fontanelas anterior y posterior.
- b. Determinar la edad gestacional con la mayor precisión posible, utilizando el método de Capurro en los neonatos a término y el método de Ballard en prematuros.
- c. Seleccionar la curva de referencia según edad gestacional y sexo del paciente evaluado:

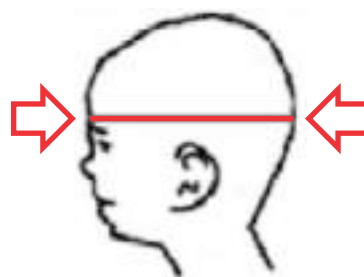
Curvas de la OMS: para niñas y niños a partir de las 40 semanas de edad gestacional.

Curvas de Fenton: para prematuros menores de 37 semanas de edad gestacional inferior al 3er percentil y recién nacidos a término de 37 a 39 semanas.

- d. Colocar al paciente en posición cómoda y con la cabeza descubierta.
- e. Ubicar en la cabeza los 2 puntos de referencia para la medición (ver Figura 1).
 - El punto anterior de la frente ubicada sobre el borde superior de las cejas o arco superciliar (glabella).
 - El punto posterior corresponde a la parte más prominente del cráneo (occipucio).

Figura 1

Puntos de referencia para medición del perímetro cefálico



- f. Colocar la cinta métrica alrededor de la cabeza en plano horizontal a la misma altura en ambos lados, evitando pasar sobre las orejas.
- g. Ajustar la cinta para lograr la medida de mayor precisión, preferible usar ambas manos, fijando el punto del occipucio con la palma abierta (ver figura2).
- h. Repita el procedimiento para verificar la medida.

- i. En caso que la medida se encuentre entre dos valores límite de milímetro, elegir el punto inferior.

Figura 2.

Técnica para medición del perímetro cefálico (niña/niño).



- j. Registrar el valor obtenido en la gráfica de la

historia clínica y en el carné de crecimiento y desarrollo.

- k. De acuerdo a los resultados tome la conducta correspondiente.
- Normal, continúe realizando las mediciones de acuerdo a los controles de crecimiento y desarrollo.
 - Límite, considerar de riesgo, Deberá orientar sobre la importancia de medir nuevamente dentro dos semanas. Si persiste el límite, se deberá derivar a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
 - Anormal ($<3p$, $>3p$), derivar a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
 - Anormal (por mayor o menor velocidad de crecimiento del perímetro cefálico), derivar a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive

CURVA DE OMS PARA NIÑAS

Perímetro cefálico para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Perímetro cefálico para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 13 semanas)



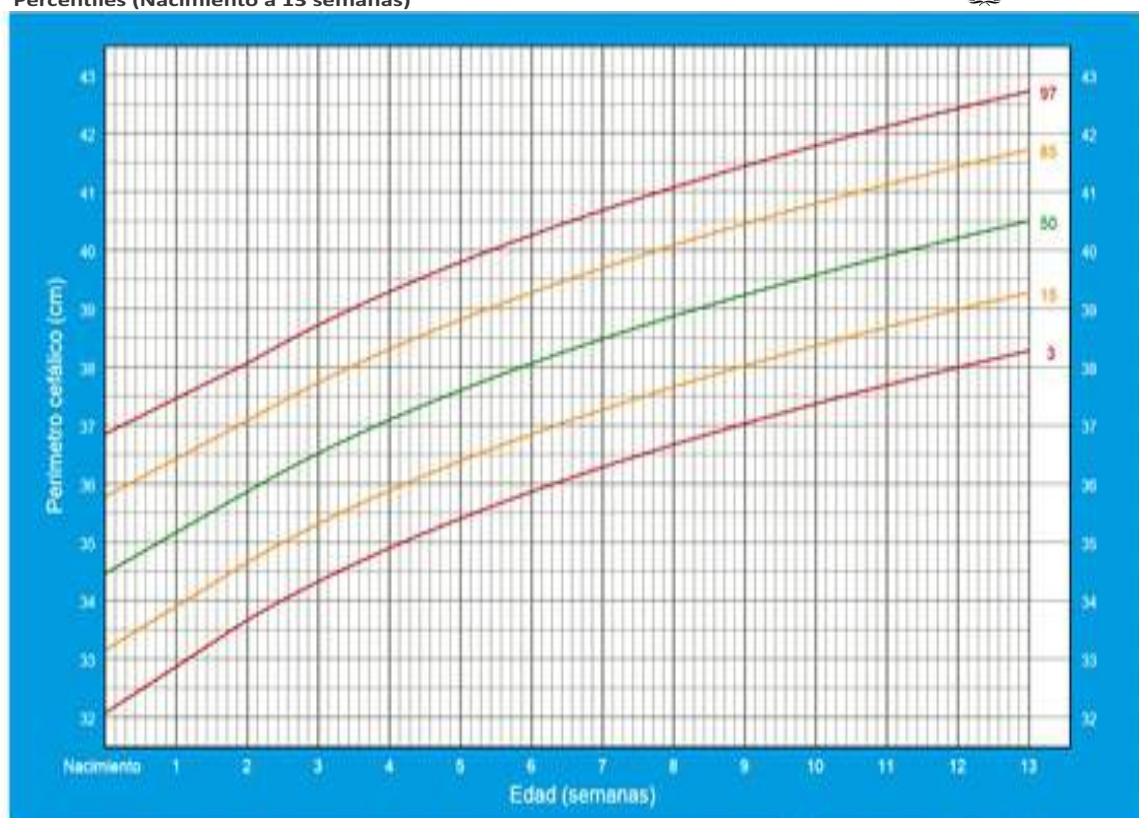
Perímetro cefálico para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Perímetro cefálico para la edad Niños

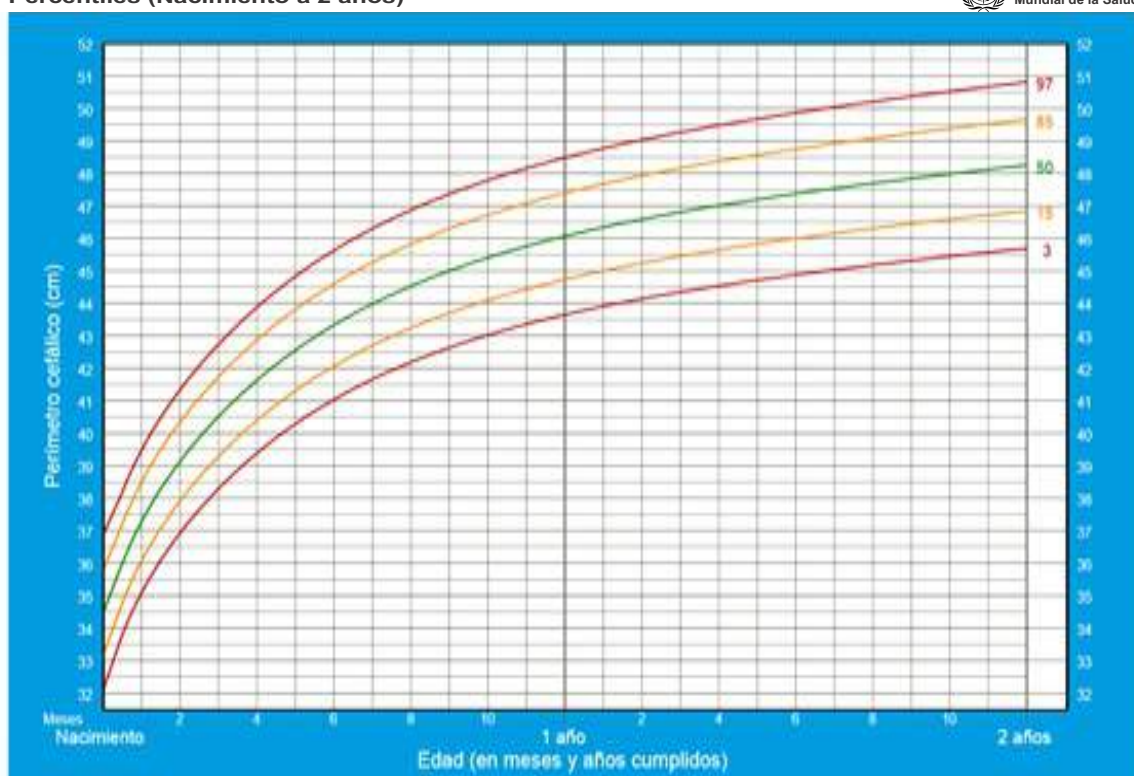
Percentiles (Nacimiento a 13 semanas)



Perímetro cefálico para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 2 años)

Organización
Mundial de la Salud

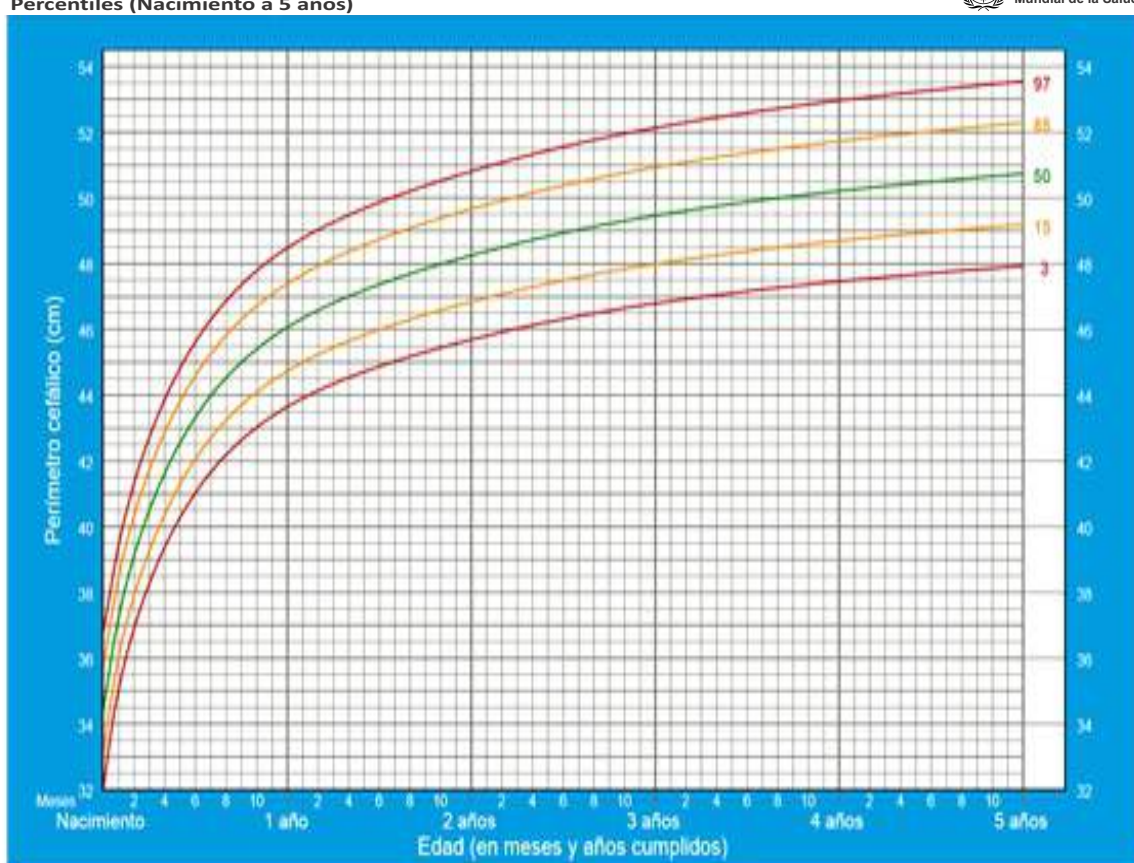


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niños

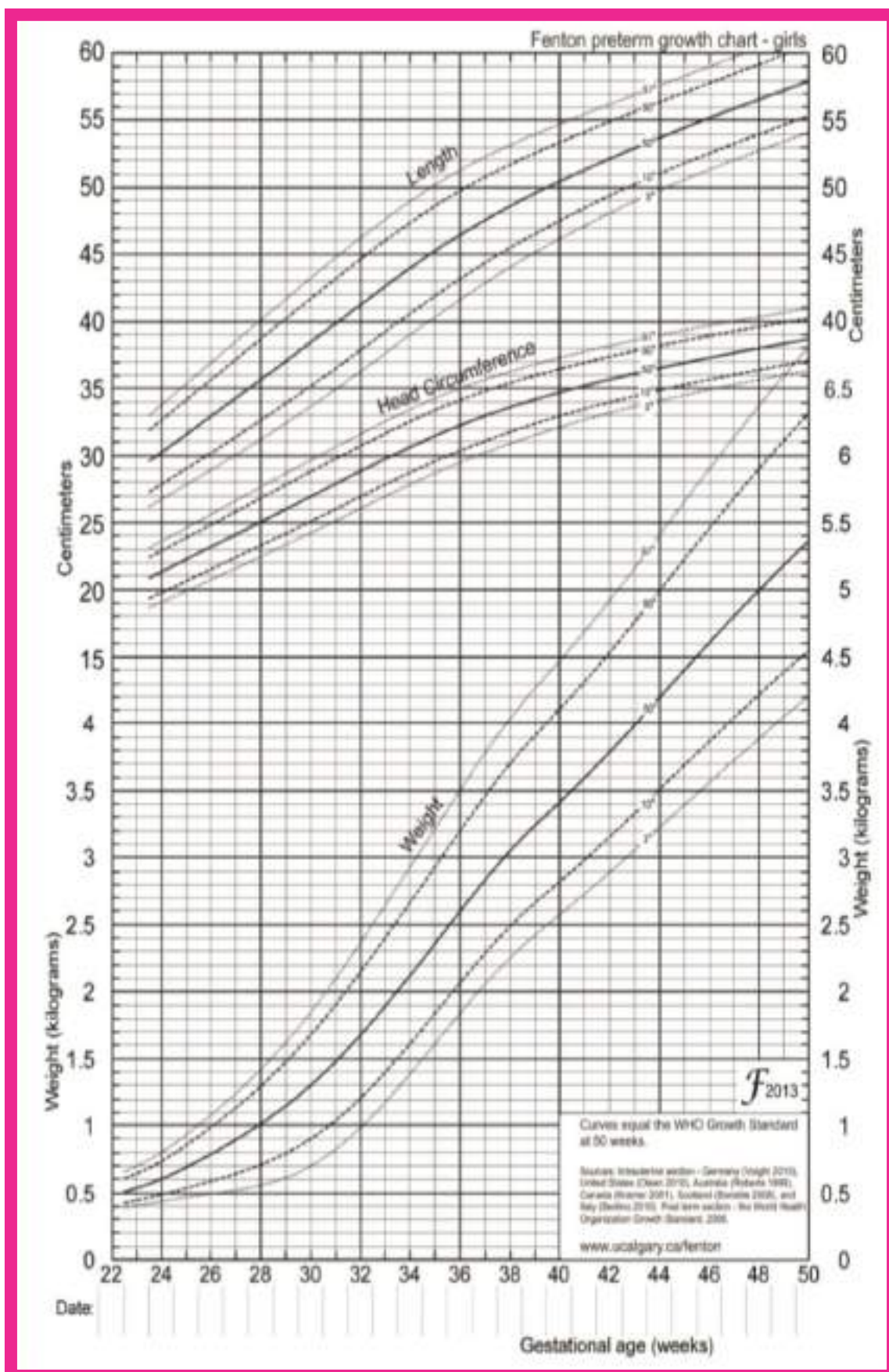
Percentiles (Nacimiento a 5 años)

Organización
Mundial de la Salud

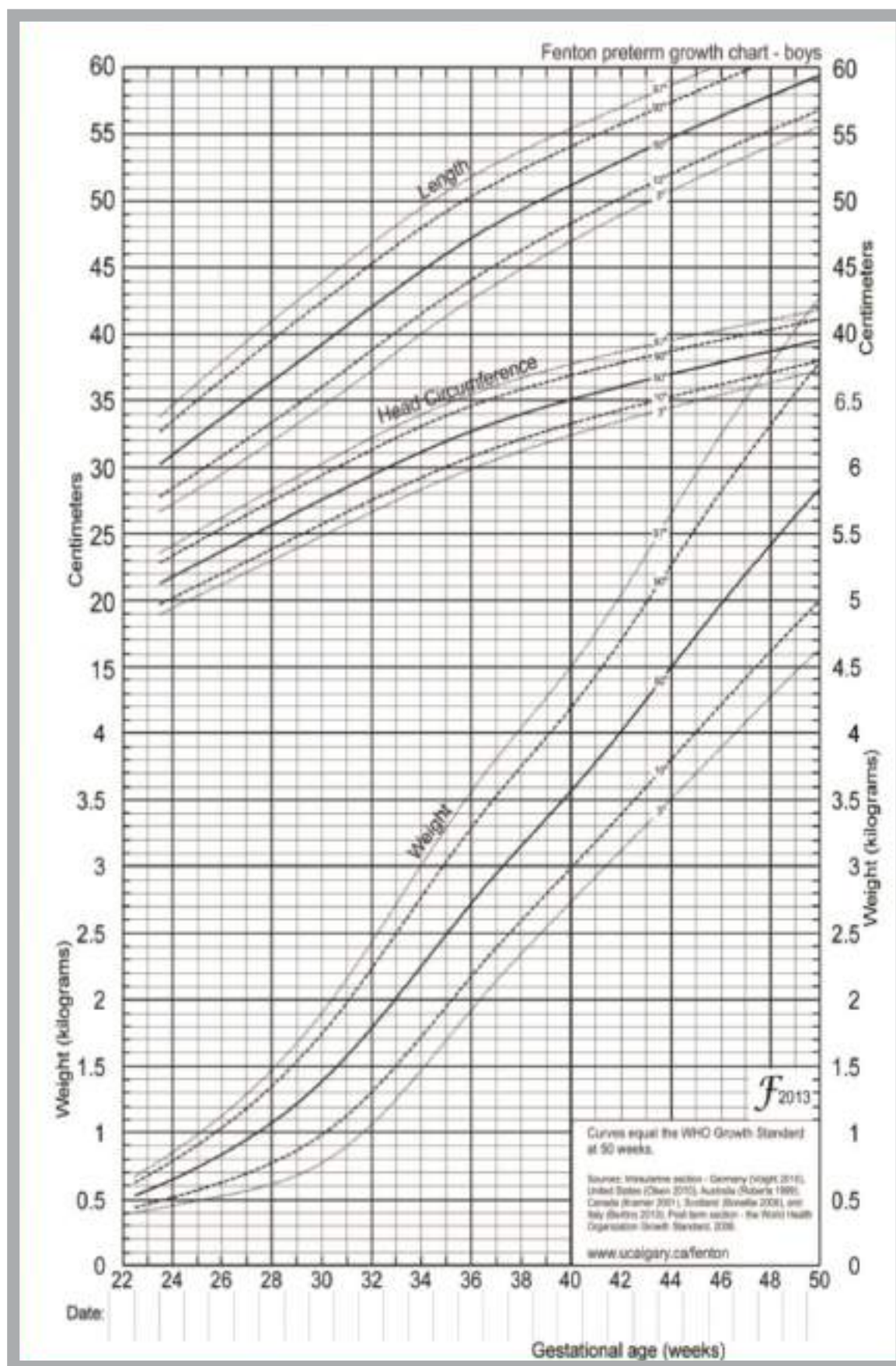


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

CURVAS DE CRECIMIENTO FENTON PARA PREMATUROS - NIÑAS



CURVAS DE CRECIMIENTO FENTON PARA PREMATUROS - NIÑOS



ANEXO N° 13

INSTRUCTIVO KIT DEL BUEN CRECIMIENTO INFANTIL, EN EL MARCO DE LA CONSEJERÍA CRED Y ATENCIÓN INFANTIL.

El objetivo de la herramienta es contribuir a mejorar la nutrición de los niños con énfasis en el primer año de vida, para el establecimiento de compromisos familiares en la consejería nutricional en el CRED y atención infantil promoviendo cambio de comportamientos

Considerando que la atención CRED es un momento que posibilita establecer acuerdos y compromisos que lleven a las niñas y niños menores de 1 año por el camino del buen crecimiento, es necesario contar con un instrumento que permita realizar la consejería en base a mensajes claves.

¿Qué es el kit para el Buen Crecimiento infantil?

Es un material educativo comunicacional diseñado para guiar al personal de la salud, y facilitar la consejería en el espacio CRED y en consultorios de atención infantil, que busca:

Identificar visualmente y de forma concreta la tendencia en el crecimiento de la niña o niño. De esta forma la madre lo comprenderá con mayor facilidad.

Dar a conocer el diagnóstico de las prácticas de alimentación infantil y poder explicar a la madre cómo se relacionan estas con la tendencia encontrada en relación al crecimiento de la niña o

niño. Así se pueden detectar tempranamente desviaciones en el crecimiento

Seleccionar y priorizar dos prácticas (según el ámbito sierra o selva), que mejoren o mantengan el buen crecimiento, para negociar con la madre el cambio de comportamiento.

Realizar una negociación en forma interactiva y didáctica que termine con compromisos factibles, teniendo en cuenta su contexto socio cultural teniendo en cuenta sus saberes, emociones y prácticas socioculturales.

Facilitar la activa participación de la madre en realizar y recordar sus compromisos

Favorecer la interacción horizontal entre el personal de la salud y las madres

¿Qué componentes tiene el kit para el Buen Crecimiento infantil?

El paquete está conformado por:

1. Un pliego educativo para el establecimiento de compromisos familiares. El camino del buen crecimiento.
2. Juego de tarjetas de alimentos locales y prácticas priorizadas.
3. Cartilla de compromiso. El camino del buen crecimiento. Mis acuerdos y compromisos.



¹Adaptado del Instructivo 1: "Para el uso de la herramienta para el establecimiento de compromisos familiares en la consejería nutricional del CRED" proyecto "Modelo de intervención participativa para mejorar la nutrición infantil". Se ejecutó por el Fondo de las Américas financiado con recursos del Fondo Japonés de Desarrollo Social (JSDF) administrados por el Banco Mundial, para lo cual se firmó el Convenio de Donación N° TF096419.

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	¿QUIÉNES Y CÓMO SE USAN?
Pliego educativo para el establecimiento de compromisos familiares. El camino del buen crecimiento. Peso niña, niño.	Lámina de 70 x 100 cm en papel plastificado que permite escribir y borrar fácilmente usando plumones de pizarra blanca. Consta de 3 partes: ● Curva de ganancia de peso de niño o niña de 0 a 2 años. ● Preguntas sobre las diferentes prácticas de alimentación y cuidado del niño/a. ● Un espacio donde la madre pega sus compromisos.	Visualizar y explicar la evaluación del crecimiento del niño. Conocer y relacionar el crecimiento con las prácticas de alimentación, cuidado e higiene. Seleccionar y priorizar 2 prácticas para negociar con la madre. Establecer compromisos con la madre.	Personal de la salud que hace CRED y atención infantil con la consejería en alimentación y nutrición a cuidadores de niños menores de 1 año. Debe pegarse en una de las paredes del ambiente en el cual se realiza la atención. Se usa como apoyo para realizar las preguntas y conversar con la madre/cuidador en el momento de la consejería nutricional
Juego de tarjetas de alimentos locales y prácticas priorizadas	Figuras plastificadas de 9cm x 7.5cm a full color de los alimentos locales y prácticas priorizadas.	Facilitar el proceso de identificación, negociación y decisión de la madre/cuidador de los compromisos factibles de cumplir dentro del conjunto de prácticas priorizadas para el buen crecimiento del niño(a).	Personal de la salud y cuidadores de niños menores de 1 año que asisten a CRED y consultorios de atención infantil. La madre elige las tarjetas que representan su acuerdo y las pegan con cinta adhesiva en el pliego. El personal de la salud promoverá la participación de la madre/cuidadora en la selección de las tarjetas como parte de sus acuerdos y compromisos.
Cartilla de compromisos. El camino del buen crecimiento. Mis acuerdos y compromisos	Hoja de papel bond de 29.5cm x 12 cm a full color conteniendo las prácticas priorizadas.	Recordar a la madre/cuidadora los compromisos acordados para mejorar y/o mantener el buen crecimiento de su niño menor de 1 año. Permite el seguimiento de los compromisos por el personal de la salud, ACS u otro actor social en la visita domiciliar a las madres de niños menores de 1 año, así como el personal de la salud en las siguientes consultas de CRED y atención infantil.	Personal de la salud para registrar con la madre su compromiso y hacer seguimiento en su próxima visita por el ACS u otro actor social durante su visita domiciliar y por las madres de niños menores de 1 año en sus casas

¿Por qué usamos el peso para la edad de la niña o niño?

Queremos buscar el cambio de comportamiento en las prácticas de alimentación infantil para lograr que las niñas y niños sigan por el Camino del Buen Crecimiento, y así combatir la desnutrición crónica. Se usa la gráfica del peso/edad para la consejería con fines educativos, porque el peso es la variable más sensible para detectar cambios rápidos en la nutrición o salud de la niña o niño menor de 1 año; mientras que la variable talla refleja una situación de más largo plazo y requiere de mayor tiempo para mostrar algún cambio; y es más difícil corregir a corto plazo, entre un control y el siguiente. Por lo tanto, una inadecuada alimentación, un episodio de enfermedad o una mejora en la alimentación se refleja pronto en la tendencia de la curva de peso del niño.

Sin embargo, en el control del crecimiento de las niñas y niños menores deben evaluarse tanto talla como peso. Por lo tanto, la medición y el registro de la talla y el peso del niño o niña es obligatorio y de anotarlo en la historia clínica y en el carné CRED.

Lo importante es convencerse que lo que se busca con la consejería es incidir sobre el cambio de comportamientos en alimentación, salud e higiene. Esto significa que se está realizando un trabajo para prevenir la desnutrición crónica. Y a esto nos ayuda en la detección oportuna de cambios que se observan en el peso del niño o niña, y responder rápidamente ante ellos. Y debemos acostumbrar a las madres a reaccionar ante ellos adecuadamente. La herramienta trata

de ayudar con ello.

¿Dónde colocar Kit para el Buen Crecimiento infantil?

El pliego educativo debe estar instalado adecuadamente en el ambiente del CRED y consultorio de atención infantil, en un lugar que permite una interacción cercana entre la madre y el personal de la salud. Se lo coloca al costado del lugar donde se trabaja. Se recomienda usar clavos o cinta adhesiva para sujetar el pliego para niñas o niños, a una altura cuyo extremo inferior quede a unos 40 cm. del suelo. Así se facilitará que tanto la madre como la/el consejera puedan estar ambos uno al lado del otro sentados mirando el pliego. En caso no hubiera espacio en el consultorio, los pliegos (de niña o niño) son fácilmente movibles, así pueden moverlos antes de cada atención según el sexo del bebé que llega. Se recomienda colocarlo en un lugar que permita una interacción horizontal entre la madre y el personal de la salud, sin escritorio u otros objetos que se interpongan entre ellos.

Las tarjetas, plumones y cartillas se pondrán en la esquina del escritorio o mesa donde se trabaja, hacia el lado donde se ha colocado el pliego educativo. La silla para la madre se ubicará al costado derecho y hacia adelante del pliego educativo, asegurándose de no tener la mesa o el escritorio que separe al personal de la salud de la madre, a fin de lograr una mejor interacción durante la consejería.

Es preciso cuidar que los plumones y cartillas no estén al alcance de los niños durante la atención.



¿Cómo prepararnos para realizar la consejería nutricional utilizando el kit para el Buen Crecimiento infantil La Herramienta?

Para el manejo de la herramienta que facilita la toma de compromisos familiares para el Buen Crecimiento Infantil, en el marco de la consejería nutricional, es necesario tomar en cuenta que se requiere contar con destrezas en tres aspectos fundamentales: 1) conocer las prácticas saludables esperadas, 2) manejar el procedimiento para el uso del Kit de Buen Crecimiento y 3) desarrollar una actitud favorable de escucha, confianza y sensibilidad cultural con la madre del niño o niña. Esta actitud abarca no solo una escucha activa y atenta, de apertura y confianza hacia la madre o cuidadora, sino también una actitud de respeto cultural.

Se recomienda dominar bien los lineamientos de alimentación materno infantil especialmente sobre alimentación adecuada para niñas y niños de 0 a 1 año. Será necesario indagar sobre los alimentos disponibles en la localidad, y las preparaciones que se les da a los niños y niñas menores de 1 año a fin de que el personal de salud se sienta con mayor seguridad, especialmente sobre el contexto y las condiciones en las que viven las familias de los niños que atienden.

De otro lado, se recomienda practicar ciertas habilidades personales para la consejería con el fin de enriquecer la escucha activa durante la interacción con los y las usuarias en la consejería.

Todos estos conocimientos acumulados con las madres con las que se trabaja, permitirán al personal de la salud un aprendizaje sobre las prácticas y aspectos culturales relevantes para brindar la consejería nutricional. Es preciso, además, advertir a la madre o cuidadora que el personal de salud irá anotando en la historia clínica la información que ella estará brindando. Así el personal de salud irá ganando confianza en cada entrevista.

Habilidades de comunicación interpersonal que debe tomar en cuenta

- Use **comunicación no verbal** útil
 - Mantenga la cabeza al mismo nivel que el de la madre o cuidadores.
 - Muestre atención mediante el contacto visual.
 - Elimine barreras (escritorios, mesas, folders) entre usted y la madre o cuidadores.
 - Tómese su tiempo.

- Realice un contacto personal adecuado.
- Haga preguntas abiertas que faciliten a la madre o cuidadores brindar información detallada.
- Haga uso de gestos o maneras de actuar que demuestren interés. Por ejemplo, preguntar en las primeras visitas cómo es que les gusta que se saluden (dar la mano, inclinar la cabeza, sonreír, llamarla por su nombre, evitar títulos enfermera...mejor joven, señora señorita...?) buscar familiaridad.
- Escuche las preocupaciones de las madres y cuidadores.
- Evite juzgar las prácticas o las personas. Por ejemplo, a veces juzgamos con los gestos, abrimos los ojos más de lo común o lanzamos un oh! Esto puede ser interpretado por la madre y la siguiente vez ya no va a querer contarnos sobre sus prácticas alimenticias.

Habilidades para construir confianza y dar apoyo

- Acepte lo que la madre o el cuidador diga, no los corrija o juzgue. Sepa aceptar las diferentes costumbres especialmente en cuanto a la alimentación. Muestre interés por conocer cuáles son los alimentos de la zona que se dan al niño o niña. Así como la forma como se les prepara y la forma como se les da. Si la madre cuenta que le da de comer con la mano, no se sorprenda ni la critique, aproveche más bien para recomendar que se lave las manos antes de dar de comer al niño o niña.
- Muestre actitudes de interés por conocer muchas cosas sobre las prácticas de alimentación y cuidado infantil. Anote en la historia clínica. Puede mencionar en el diálogo, por ejemplo; “Mira que no sabía eso, qué bueno que me lo digas, así estoy aprendiendo ...ya ve, ustedes saben y hacen cosas que yo no sé y es bueno que me enseñe para conversar cómo podemos hacer para cuidar mejor a su niño”
- Haga un reconocimiento y felicite cuando la madre o el niño/a estén haciendo el comportamiento adecuado.
- Brinde consejos prácticos, por ello necesitamos aprender preparaciones de alimentos fáciles y recetas simples.
- Brinde poca información, pero que sea relevante.
- Use lenguaje sencillo.
- Ayúdese con material gráfico.
- Dé sugerencias, no órdenes.
- Usa preguntas de chequeo al final para asegurar que ha entendido: que repita su compromiso y que le recuerde el compromiso del personal de la salud.

RUTA METODOLÓGICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS Y COMPROMISOS

A continuación, podrá identificar y relacionar las actividades que corresponden realizar en cada una de las **Partes de la Herramienta** durante la **consejería**. Ahora procederemos a desarrollar cada una de las partes de la **Herramienta**.

Momento 1 Explicación de la situación encontrada	Momento 2 Análisis de los factores causales	Momento 3 Búsqueda de alternativas y soluciones de mutuo acuerdo	Momento 4 Registro de acuerdos	Momento 5 Seguimiento de acuerdos
↓	↓	↓	↓	↓
Parte 1 ¿Cómo está creciendo mi hija?	Parte 2 ¿Cómo la estoy alimentando y cuidando?	Parte 3 Mis acuerdos y compromisos	Parte 4 Registro de acuerdos y compromisos	Parte 5 Seguimiento de mis acuerdos y compromisos
GRAFICAR UBICAR	PREGUNTAR PRIORIZAR	FELICITAR NEGOCIAR COMPROMETER PEGAR CHEQUEAR	REGISTRAR	SEGUIMIENTO
PLIEGO, FIGURAS		CARTILLA DE COMPROMISOS HISTORIA CLÍNICA		

MOMENTO 1. PARTE 1: ¿CÓMO ESTÁ CRECIENDO MI HIJA?

Asegúrese de haber colocado el pliego educativo correcto según el sexo del bebé antes de recibir a la madre.

- Recibir a la madre con una sonrisa, de una manera cordial y respetuosa. Mantener esta actitud y comunicación, escuchar atentamente y establecer un diálogo abierto a lo largo de la consulta.
- Pesar y tallar a la niña o niño según la norma de estandarización y norma CRED.
- Si la madre pregunta “¿cómo está su peso?”, mientras se está pesando o tallando al bebé, respóndale amablemente “ahorita vamos a conversar sobre eso, señora”.
- Invitar a la madre a sentarse frente al pliego educativo.
- Después de registrar en el carné CRED el peso y la talla del niño o niña, proceder a **GRAFICAR** en el pliego educativo la medición de peso que acaba de hacer y después las dos o tres últimas mediciones de peso de la niña o niño, según lo que marca el carné de CRED.
- **UBICAR** la tendencia del crecimiento, o la evolución del peso de la niña o niño en comparación a la curva patrón, uniendo los

tres puntos graficados con una línea. Este análisis le dirá si el crecimiento es adecuado (si sigue paralela a la curva patrón) o inadecuado (si no está paralela a la curva patrón y más bien se aleja hacia abajo del sentido de este patrón).

A continuación se presentan las diversas situaciones de adecuado e inadecuado crecimiento ubicadas por el MINSA.

Si el niño o niña estuviera empezando a bajar de peso, hay que explicarle a la madre o cuidadora del niño o niña: “Mire, señora Leila, este camino que acabo de hacer no está yendo igual que este camino ideal. Como usted puede ver, aquí ya está empezando a alejarse Jorgito ¿y para dónde se está yendo?”

Explicarle a la madre la situación del crecimiento de su niña o niño, si ha crecido bien o no, con relación a la última medición, utilizando frases sencillas y amigables, como por ejemplo: “Y eso ha pasado recientemente, porque, mire usted, antes estaba yendo por el camino del buen crecimiento y ahora vemos que se está alejando”.

- Luego, en la fila de “¿Está creciendo bien?”, luego de hacerle esa pregunta a la madre, hay que señalar con un punto rojo o verde la

situación del crecimiento de la niña o niño, según corresponda, en la columna del mes controlado.

*Si el crecimiento es adecuado, **FELICITAR** a la madre. Si el crecimiento es inadecuado, hay que decirle: “su niño no ha crecido bien este mes, señora Leila, pero la felicito porque usted está aquí, cumpliendo con su control, para poder ver qué hacemos para que Jorgito vuelva por el Camino del Buen Crecimiento”.*

Recuerde que:

Siempre tenemos que felicitar a las madres que llegan al CRED para reconocer su esfuerzo y motivar a que regrese.

MOMENTO 2.

PARTE 2: ¿CÓMO LA ESTOY ALIMENTANDO Y CUIDANDO?

En este momento de la consejería, se le pregunta a la madre: “¿por qué su hija o hijo está creciendo así?”

Explíquele que a continuación realizará algunas preguntas sobre la alimentación, salud y cuidado de la niña o niño en el último periodo.

- Si la niña o niño no está creciendo bien, hay que preguntar a la madre por la salud de su niña o niño, si ha estado enfermo/a en este periodo.
- **PREGUNTAR** a la madre por cada una de las prácticas que se especifican en la parte superior derecha del Pliego Educativo, empezando de arriba hacia abajo e identificando las preguntas según la edad de la niña o niño en el pliego.
- Escuchar atentamente cada respuesta de la madre, repreguntando si es necesario para aclarar u obtener mayor detalle y así conseguir el panorama completo de la práctica indague sobre razones culturales durante el diálogo.
- Analizar de acuerdo a los conocimientos que se tienen sobre alimentación infantil, si lo que cuenta la madre es o no una práctica adecuada, y proceder a marcar en la columna correspondiente un punto en rojo para práctica inadecuada y un signo de cumplimiento Check en verde si es adecuada.
- Recuerde **NO** debe dar recomendaciones aún, en esta parte

PRIORIZAR dos prácticas para mejorar o mantener la parte nutricional. Solo dos. Es lo

único que van a manejar las madres en sus hogares y lo que recordarán con mayor facilidad.

- Empiece por seleccionar las prácticas marcadas en rojo. Entre ellas se ubican las que están hacia arriba. Si no puede hacer alguna de estas dos prácticas seleccionadas, negociar con la madre otra que necesita mejorarse, respetando el orden de priorización
- Establecer un máximo de dos prácticas o acuerdos/compromisos de alimentación hasta la próxima cita (control CRED). Los compromisos serán sobre las prácticas que la madre no está realizando adecuadamente y que van a contribuir a mejorar o mantener el buen crecimiento de su hija o hijo.
- En el caso de que todas las prácticas se cumplan y la niña o niño se encuentra con un buen crecimiento, deberá seguir dando énfasis a los alimentos de origen animal y ricos en hierro, comprometiendo a que se continúe alimentando y cuidando al niño(a) para que siga por el camino del buen crecimiento, asegurando una consejería anticipada y de prevención.

Ejemplo 1:

Cecilia tiene 8 meses, sigue lactando y da puré de papa, pero no le da huevo ni pollo o hígado, y solo come dos cucharadas en cada comida. La enfermera la felicita por estar lactando y dando purés, y prioriza dos prácticas que necesita mejorar para poder negociar luego con la madre:

1. Ofrecerle comidas con producto de origen animal y acordar el número de días que puede ofrecerle durante la semana.
2. La cantidad de comida que debe ofrecerle al niño en cada comida para animarlo a comer algo más aumentando gradualmente.

MOMENTO 3.

PARTE 3: MIS ACUERDOS Y COMPROMISOS

Este momento es muy importante porque se establecen los acuerdos y compromisos con la madre y cuidadores, de los cuales dependerá el buen crecimiento de la niña o niño.

- **FELICITAR:** Seleccionar una o más prácticas que la madre está haciendo bien y felicitarla. “La felicito porque hacer esto... ayuda a que su hija/o se mantenga por el camino del Buen Crecimiento”.
- **NEGOCIAR:** Es el paso fundamental durante la consejería nutricional, si queremos acercarnos a conseguir un cambio de comportamiento. Es un proceso que involucra varios puntos para los cuales nos ayudarán las tarjetas

plastificadas de alimentos.

Decirle a la madre señalando en el pliego educativo: “Para que su hija/o vuelva (o se mantenga) al Camino del Buen Crecimiento le recomiendo que usted mejore estas dos prácticas en su casa. Todavía están en rojo. Pero miremos una por una”.

Colocando las tarjetas plastificadas, de la primera práctica seleccionada, decirle a la madre: “Señora Leila (por ejemplo si se va a trabajar consistencia espesa), entre estos platos que usted ve acá de diferentes consistencia, ¿cuál podría hacerle en casa a Jorgito?”

Ordenando las tarjetas seleccionadas, se le va nombrando cada una para que la señora vaya reconociéndolas nuevamente. “Muy bien, señora Leila, usted me ha dicho que puede darle puré y que le puede preparar de papa y habas, ¿qué otros tipos de puré puede preparar para Jorgito?”.

- **COMPROMETER:** invitar a la madre a que pegue las tarjetas seleccionadas en el recuadro superior izquierdo del Pliego Educativo. Cada tarjeta se pega una por una, estimulándola a repetir la frase “Me comprometo a dar a Jorgito puré” (y pega la tarjeta).

Luego repetir **NEGOCIAR Y COMPROMETER** con la segunda práctica clave seleccionada

- Con cada una de las prácticas pregunte a la madre:
 - ¿A partir de qué día puede empezar a hacer este compromiso?
 - ¿Con qué frecuencia lo va a poder hacer?
 - ¿Quién le puede ayudar a prepararlo?
- **CHEQUEAR:** Para estar seguros que la madre ha entendido los compromisos asumidos, se procede a formularle preguntas abiertas sobre lo que ha comprendido, llamadas **Preguntas de Chequeo**.
Ejemplo: “Muy bien, Sra. Leila. Dígame, ¿a qué se ha comprometido entonces en relación a la alimentación de Jorgito?”. Se le puede ayudar señalándole las tarjetas.
 - Sra. Leila: Ah, sí; que le voy a dar huevo, lo voy a sancochar en la sopa y darle a Jorgito. El pescado lo voy a hacer frito.
 - ¿Y con qué frecuencia va a poder dar el huevo y el pescado a Jorgito?”.

La madre tiene que participar diciendo, escogiendo y pegando, para favorecer un mayor compromiso de su parte.

Tomar en cuenta

- Dar la información necesaria que ayude a realizar las dos prácticas que no está haciendo bien. Recuerde dosificar la información sobre los acuerdos, pues recargar de información a la madre o cuidadores puede generar confusión e inclusive desmotivarla a realizar la práctica.
- Darle ayuda práctica. Es importante que durante este momento busque con la madre estrategias factibles que la ayuden a ponerla en práctica en su rutina diaria, así como identificar quién la puede apoyar en esta tarea.

Suplemento de hierro: Gotas o Jarabe de sulfato ferroso y micronutrientes. es necesario reforzar esta práctica para que la madre le dé a su niña o niño para tratar la anemia (de ser el caso) o evitarla. Este es un tercer mensaje que se puede dar, aunque ya se hayan dado dos mensajes sobre su alimentación, por la importancia que esta práctica tiene para eliminar o prevenir la anemia,

- Recalcar también el lavado de manos.

MOMENTO 4.

PARTE 4: REGISTRAR MIS ACUERDOS Y COMPROMISOS

- **REGISTRAR:** Se procede a marcar en la “Cartilla de Compromisos”, los acuerdos y compromisos asumidos por la madre con una X o C (C significa Compromiso) en la línea respectiva a cada una de las prácticas acordadas. Proceda a engrapar esta cartilla al carné CRED. Se pueden anotar los compromisos específicos asumidos en el reverso de la cartilla, señalando a la madre que hace esto para que no olvide practicarlos.

Registrar luego los mismos compromisos que la madre ha asumido en el formato de la historia clínica, circulando las prácticas acordadas correspondientes a la edad del niño. Recuerde que NO debe haber más de 2 o 3 prácticas (incluyendo suplemento de hierro circuladas en este formato).

- **DESPEDIDA:** Despídase de la madre/cuidador/a, diciendo: “Muy bien Señora/Señor, entonces, queda claro que nos estamos comprometiendo a... (Señalar las prácticas acordadas)
Recuerde que: (decir con entusiasmo los mensajes claves correspondientes a los compromisos asumidos)...
Y yo la espero la próxima vez para conversar sobre cómo está avanzando con su

compromiso en casa con su hijo/a”.

MOMENTO 5.

PARTE 5: SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS Y COMPROMISOS

- **SEGUIMIENTO:**
Cerrar el control acordando con la madre y cuidadores la próxima cita de control CRED, según sus tiempos y horarios.

Recordatorio: En la próxima cita, se empezará el momento 2 o la parte 2 de La Herramienta, preguntando si la madre y cuidadores cumplieron con los acuerdos y compromisos asumidos, indagando “¿cómo les fue? ¿Qué les facilitó hacerlos? ¿Qué les dificultó hacerlos?”

Recuerde que:

Es importante felicitar y motivar a la madre o cuidadora para que ponga en práctica los compromisos acordados. Recuérdele que ello ayudará a su niña o niño a ir por el **CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO**.

Al momento de despedirse de la madre o cuidadora, puede pedirle a la madre que le recuerde los acuerdos establecidos durante el control de CRED que está terminando, para asegurarse que ella los recuerda y así reafirma sus compromisos.

ANEXO N° 14

PAUTAS PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO.

La Atención Temprana del Desarrollo es el conjunto de acciones orientadas a brindar condiciones adecuadas para promover el desarrollo integral del niño o niña durante los tres primeros años de vida, en un ambiente de respeto de sus capacidades y contexto cultural. Se busca que la niña y el niño puedan desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, motrices, afectivas, sociales y comunicacionales, lo cual permitirá que interactúen de manera segura y logren autonomía progresiva.

La sesión de Atención Temprana del Desarrollo

Es una actividad grupal, vivencial, programada para informar, educar y comunicar a las madres, padres o cuidadores, sobre las actividades básicas de atención temprana del desarrollo en el niño y niña menor de tres años para potenciar sus capacidades motrices, cognitivas, afectivas, sociales y comunicativas.

La sesión debe ser programada previamente para desarrollarse en grupos de niños de edades y/o necesidades similares, con una duración promedio de 1 hora, preparando previamente las condiciones del ambiente y de los materiales para el desarrollo de actividades de juego, exploración, desplazamientos, así como de cuidados cotidianos.

La sesión está dirigida a madres, padres o cuidador, con la finalidad de fortalecer sus habilidades y competencias para mejorar las prácticas de crianza, favoreciendo así el adecuado crecimiento y desarrollo.

1. Áreas que comprende la Atención Temprana del Desarrollo

Motora/Posturas y desplazamientos:

Comprende el dominio progresivo de posturas y desplazamientos utilizando capacidades relacionadas a la motricidad gruesa o postural locomotora. Esta área está relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse, permitiendo a la niña y niño tomar contacto con el mundo y conocerlo.

Coordinación/Exploración:

Identifica la capacidad de exploración y de coordinación motora fina o coordinación viso manual o viso auditivo, a partir de las experiencias con los objetos y el entorno, creando

mentalmente relaciones y comparaciones entre ellos, demostrando su capacidad para mantenerse activo frente al mundo y a los objetos, con iniciativa para asirlos, conocerlos, transformarlos e identificarlos usando todos sus sentidos.

Social afectivo/Vínculo de apego:

Esta área incluye el desarrollo de la formación de la interacción y vínculo de apego seguro que el niño o niña establece con sus primeros cuidadores y personas con las que se relaciona en los primeros años de vida que representan sus experiencias afectivas y de socialización. Eso le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a su cultura y contexto. Su desarrollo se reflejará en las reacciones personales de niñas y niños hacia los demás y sus adquisiciones culturales, iniciándose desde el nacimiento, en el contacto de piel a piel.

Lenguaje y comunicación:

Está referida a las habilidades que le permitirán a la niña y niño comunicarse verbal y no verbalmente con su entorno y con el cuidador más cercano que responde y es capaz de identificar las demandas y necesidades del niño/a. El desarrollo del lenguaje y comunicación abarca la capacidad comprensiva, expresiva y gestual.

2. Consideraciones generales para el desarrollo de las sesiones

- Las actividades de atención temprana del desarrollo podrían realizarse en forma individual y/o colectiva.
- Las sesiones grupales, se programarán de acuerdo a edad o requerimientos detectados en niñas o niños.
- Las sesiones serán vivenciales, es decir con la presencia de las niñas o niños, con acompañamiento y participación de la madre y/o padre y/o encargado de su cuidado.
- El número promedio de niñas o niños por sesión debe organizarse teniendo en cuenta las condiciones del espacio y materiales con los que se cuente, sin exceder de 8 a 10 niños y niñas.
- Para la ejecución de las sesiones de atención temprana del desarrollo se debe contar con un ambiente, que brinde seguridad, comodidad, que motive y despierte la atención de niñas o niños, considerando un espacio para el juego y condiciones para los momentos de

cuidado como el cambio de ropa, lactancia u otras actividades de alimentación, higiene, descanso o sueño que surjan durante la permanencia de las niñas o niños y que se pueden aprovechar para orientar adecuadas prácticas de crianza. Debe asegurarse que exista buena iluminación, temperatura adecuada y sin corrientes de aire. Los pisos deben ser firmes en un espacio con pertinencia cultural.

- Considerar la indumentaria suficiente de acuerdo al clima, que brinde posibilidades de movimiento y de acción, evitar el uso de ganchos, hebillas y otros accesorios.
- Es preferible proponer un recurso, material o situación a la vez, evitar la recarga de estímulos al mismo tiempo (música, diálogo, juguetes, masajes entre otros). No es recomendable dejar al niño o niña menor de 3 años frente al televisor o con excesiva carga visual.
- Se debe contar permanentemente con el material necesario para el desarrollo de las actividades de atención temprana. El material que se utilice para la evaluación del desarrollo puede ser adaptado a los patrones culturales regionales y se deben realizar sesiones con las madres, padres o cuidadores para preparar materiales que promuevan el juego, espacios y juguetes en casa.
- El establecimiento de salud debe facilitar el acceso de las niñas y niños menores de 3 años a las sesiones de atención temprana del desarrollo, a fin de garantizar la asistencia regular a estas actividades en horarios diferenciados, de acuerdo al contexto y posibilidades de las familias.
- Se debe brindar las condiciones y estímulos para fortalecer las capacidades de las niñas o niños de manera armónica, cuidando que estén estrechamente relacionados con sus capacidades, siguiendo su ritmo, estilo y nivel evolutivo (hitos de desarrollo para la edad), respondiendo a las necesidades, intereses y preferencias de cada niña o niño, sin alterar ni adelantar el curso de su desarrollo. Es importante evitar el forzamiento de situaciones para las que la niña o el niño no estén preparados o maduros.
- Cada establecimiento de salud deberá orientar el proceso, flujo de atención y derivación de la niña o niño sano, en riesgo y con retraso en su desarrollo, a través del trabajo en equipo en los diferentes niveles de atención.
- El facilitador deberá estar plenamente sensibilizado acerca de los beneficios de la atención temprana del desarrollo y con la disponibilidad afectiva para desempeñar las

actividades y líneas de acción correspondientes. Tener empatía, profunda sensibilidad para colocarse en el lugar de las madres, padres o cuidadores en su afán por ayudar al buen desarrollo de toda niña o niño.

- El facilitador, madre, padre y/o cuidador, así como la niña o niño deberán contar con vestimenta cómoda, suelta que facilite la libertad de movimiento. Sugerir que se quite los zapatos y que use medias.
- El facilitador sugerirá a la madre, padre y/o cuidador del niño qué materiales podrán utilizar o llevar a la sesión; además promoverá que las familias implementen un espacio de juego y juguetes en casa para dar continuidad a lo realizado en las sesiones.
- El profesional que desarrolla la sesión debe estar capacitado para detectar oportunamente alteraciones o retrasos en el desarrollo de la niña o niño, así como indicadores de riesgo de violencia, para derivarlo al profesional según su competencia.
- Si en el transcurso de las sesiones se observan situaciones de riesgo o retraso persistentes, se deriva o se orienta de acuerdo al caso.

3. Organización de las sesiones

Para una organización práctica del desarrollo de las sesiones se ha visto por conveniente organizar espacios de atención temprana del desarrollo, de acuerdo a la edad o edad corregida y desarrollo alcanzado por las niñas o niños.

Considerar el número de sesiones de acuerdo al plan establecido en la primera entrevista y evaluaciones del desarrollo, considerando la edad y necesidades de aprendizaje. Pueden estar organizadas de la siguiente manera:

- En recién nacido: 2 sesiones
- En menores de 1 año: 11 sesiones
- En niños de 1 año: 6 sesiones
- En niños de 2 años: 4 sesiones

Edad*	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Recién nacido*						
Menor de 1 año*						
1 año						
2 años						

*Considerar edad o similares necesidades de aprendizajes identificadas.

* 1 sesión al RN al entre el 7mo y 15vo día y

** 6 sesiones como mínimo al año al niño/a menor de 1 año.

4. Equipamiento, mobiliario y materiales básicos

Para la organización de las sesiones de atención temprana del desarrollo se debe contar con recursos básicos. Este listado puede ser adaptado de acuerdo a la realidad y condiciones del local (ver Anexo N°15).

Los materiales deben ser sólidos de diferentes texturas, atractivos y agradables para las niñas o niños. No debe ser complicado ni muy sofisticado y preferentemente del contexto. Asimismo, deben ser materiales lavables, no tóxicos y de fácil mantenimiento, de tamaño, peso y textura adecuados para las manos de las niñas o niños, según su edad y que respondan al objetivo de la sesión.

5. Proceso de desarrollo de la sesión.

A continuación se detalla cada uno de los procesos y metodología a desarrollar en cada una de las sesiones:

a. Preparar el ambiente donde se desarrollará la sesión de **atención temprana del desarrollo**, acondicionándolo de acuerdo al grupo de edad a trabajar o con necesidades de aprendizaje identificadas:

- Colocar los pisos o soporte firme para promover posturas, desplazamientos, juego libre y exploración.
- Preparar los equipos por utilizar cuando sea necesario para situaciones motivadoras o informativas a las familias.
- Preparar y listar todos los materiales, objetos, juguetes, etc. por utilizar durante toda la sesión, disponiéndolos de acuerdo al orden de uso y edad.
- Contar con materiales, objetos, juguetes de repuestos por si alguno de los participantes olvidó traer el suyo cuando sea necesario.
- Conocer las necesidades de las familias durante la actividad, si vendrán con otros niños o niñas, si asistirán ambos padres u otro familiar y tomar las provisiones para orientar adecuadamente y que no se interrumpa la actividad.

b. Ejecución de la sesión

Acogida

- Registrar los datos de las niñas o niños en la hoja de registro de las sesiones.
- Ubicar a los participantes, asegurándose que estén cómodos, con ropa ligera y sin zapatos.
- Indicarles que preparen materiales y objetos para disponerlos cerca al niño o niña, explicando el sentido del material y disposi-

ción del espacio para responder a los aprendizajes que requieren para la edad.

Reflexión: en este proceso se exploran los saberes desde la experiencia de las madres, padres o cuidador, se identifica qué tipo de objetos selecciona, cómo se los alcanza al niño o niña, cuáles su rol durante el juego, las interacciones y respuestas mutuas.

Momento de juego y observación: este es el espacio en el que el facilitador promueve las situaciones de juego y orienta la observación, promoviendo el equilibrio entre los espacios y tiempos para la libre exploración y movimiento y la intervención o respuesta que la madre, padre o cuidador debe brindar a las necesidades y demandas del niño o niña. Este es un buen momento para identificar el tipo de vínculo que se establece y la calidad de las interacciones afectivas y comunicacionales.

Momento de orientación y reajustes: es el espacio en el que se decide la intervención del adulto para facilitar aprendizajes en la niña o niño, especialmente cuando NO se están presentando conductas adecuadas a la edad de manera espontánea en el juego libre. En estos casos se debe pasar por dos momentos: (1) cambiar las condiciones del espacio o materiales para generar otra posibilidad de movimiento o interacción del niño o niña frente al aprendizaje deseado en otra situación de juego libre; (2) Realizar actividades que faciliten la acción, respetando la seguridad y autonomía, es decir anticipar y explicar al niño o niña lo que se va hacer, pedirle permiso, realizar movimientos suaves y lentamente, animarlo, brindarle confianza, tomar contacto visual y evitar las situaciones que fueren su capacidad de acción.

Momentos de cuidado: permite promover un espacio de cuidado cotidiano de manera natural y espontánea. Se realizan cuando se presenta la necesidad preferentemente de manera individual, en situaciones como cambio de ropa o pañales, lactancia, alimentación complementaria, descanso o higiene. Recuerda contar con el mobiliario apropiado para la atención en estos momentos y aprovecha para orientar los cuidados cotidianos, las interacciones afectivas y comunicacionales, las posturas seguras, el respeto, las prácticas positivas, etc. Promoviendo acciones simples y concretas, como tomar contacto visual con el niño o niña, anticipar movimientos, explicar y pedir permiso al realizar procedimientos, cambio de posturas o movimientos, esperar respuestas y estar atento a sus demandas.

c. Evaluación y tareas para el hogar

- Generar un espacio para la autoevaluación de la sesión: es importante primero escuchar y después reforzar la autoevaluación de la madre, padre o cuidador con relación a las actividades realizadas durante la sesión y en su hogar, al atender el desarrollo de su niño o niña.
- Revisar la tarjeta de control de atención temprana del desarrollo y comparar con la madre, padre o cuidador los avances, progresos y retos en su niña o niño.
- Orientar la continuidad de acciones y

condiciones de atención del desarrollo para seguirlos en el hogar y entregar material educativo para reforzar lo realizado.

d. Despedida y cierre de la sesión

- Despedirse de la madre, padre o cuidador, así como de cada niño o niña.
- Dar orientaciones sobre el listado de materiales que deberán traer para la próxima sesión.
- Entregar la Tarjeta de Control de Atención Temprana del Desarrollo, con la fecha de la siguiente cita.



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

La organización de las sesiones es preparada con anticipación en un tiempo de trabajo contemplado para ello. La labor del personal de la salud facilitador empieza media hora antes de dar inicio a cada grupo de juego.

0 a 28 días	Motora /Posturas y desplazamientos	- Abrigarlo de tal manera que pueda moverse sin limitaciones de acuerdo al contexto y el clima. - Al acercarte al bebé llamarle por su nombre, toma contacto visual, anticipáale los movimientos que realizarás, explicándole cada paso, haciéndolo lentamente, con suavidad y sin incomodarlo. Luego, con ambas manos, utilizando las yemas de los dedos, efectuar un masaje circular sobre la cabeza del bebé; ejerciendo ligera presión, procura cubrir toda la cabeza incluyendo la frente. Con ambas manos, recorriendo toda la cabeza del bebé, darle pequeños toques con las yemas de los dedos simulando como si cayeran gotas de agua o como si se tocara el piano en su cabeza; procurar cubrirla, incluyendo la frente y la región lateral hasta sus oídos. - La madre toma posición de un lado a otra. Ofrecerle juguetes de un lado y del otro de la cara para que gire la cabeza. - Fomentar el contacto de la madre con el niño. Darle masajes en brazos y piernas, de los hombros a las manos y de los muslos a los pies usando una crema o aceite para bebés. - Ofrezca a su bebé oportunidades de ver, oír, mover libremente los brazos y las piernas y de tocarla a usted.
	Coordinación / Exploración	- Colocar un dedo en la palma de la mano del bebé para que al sentir el contacto, la cierre - Frotarle suavemente el dorso de la mano, para ayudarlo a que acaricie su rostro
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Cantarle canciones de cuna cuando se va a dormir. - Buscar su mirada al atender sus necesidades cotidianas, sonría y háblele tiernamente. - Llámelo por su nombre cuando se dirija a él o ella. - Calme, acaricie y cargue en brazos a su niña o niño con ternura. Es bueno el contacto de piel a piel. - Consuele a su bebé cuando llora. Explique a la madre, padre o cuidador que con esto, está ayudando su bebé a aprender a comunicarse, que sienta que frente a su demanda o necesidad hay alguien atento que escucha, entiende lo que necesita y responde con prontitud y apropiadamente a su necesidad; esto fortalece el vínculo entre ambos. - Explique lo importante que es responder con coherencia a cada necesidad: si frente al llanto la respuesta es siempre la misma (cargarlo o darle de lactar) el bebé sentirá que no lo entienden y no logrará un adecuado intercambio social. - Ejercitar al papá, mamá o cuidador a observar y estar atento a las respuestas y demandas del bebé antes de incitar o continuar una actividad: ir al ritmo de sus necesidades y características y no al ritmo del adulto.

0 a 28 días	Lenguaje y comunicación	- Cuando llore, atender a sus llamados con prontitud, evite el llanto prolongado, observe los gestos, aprendiendo a conocer los tipos de llantos para una respuesta adecuada en cada caso. Es importante aprender a identificar el motivo del llanto y responder de manera apropiada a cada necesidad. - Pedir a la madre, padre o cuidador que le hablen con voz suave mientras le dan de comer, lo bañan o lo cambian; alíenlos a hacer las cosas con calma, sin prisas, con movimientos suaves, sin incomodarlo, explicando al bebé lo que realizan y anticipando cada movimiento. - Indicar que durante las acciones de cuidado miren a su bebé a los ojos y les conversen. Explicar que incluso un recién nacido ve la cara y oye la voz de quien lo cuida; la lactancia materna es un buen momento para ejercitar estos intercambios comunicacionales. - Imitar las vocalizaciones del bebé. Si hace sonidos como “aaa”, repetir frente a él lo mismo, exagerando un poco, siempre frente a él o ella y buscando contacto visual.
Un mes	Motora /Posturas y desplazamientos	- Acercarle objetos suaves como pañuelos o telas y apoyarlas suavemente en su rostro para que voltee por sí mismo la cabeza. - Por breves momentos, acostarlo boca abajo. - Estando boca abajo, acariciar suavemente los costados de la columna, bajando desde el cuello hacia la cadera y nunca en sentido contrario. - Ofrezca a su bebé oportunidades de ver, oír, mover libremente los brazos y las piernas y favoreciendo los movimientos libres y el contacto con la madre, padre o cuidador, dejando que lo toque con sus manos o pies.
	Coordinación / Exploración	- En los momentos en que no duerme y está en la cuna, colocar diferentes elementos que puedan estar al alcance de sus manos que le llamen la atención (de colores vivos o que hagan algún sonido). - Colocar los objetos al alcance de la vista y las manos del bebé, para que lo mire y agite sus brazos para alcanzarlos. - No dejar solo/a al bebé, colocarlo de manera que esté boca arriba y pueda mirar o seguir con la mirada lo que está a su alrededor. - Mostrarle un objeto de color vivo, asegurando que esté dentro de su campo visual, moverlo desde el lado izquierdo a la línea media, y repetir el movimiento del lado derecho.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Pasearlo en brazos, permitiéndole observar el medio ambiente. Cargarlo y hablarle para que mire y escuche a quien lo carga. - Hablarle de frente (cerca de su cara), buscar contacto visual y moverse hacia un lado y luego hacia el otro, observando si le sigue con la mirada. - Continúe atento a las demandas del bebé, respondiendo de acuerdo a cada necesidad, evitando el llanto prolongado, hablando y explicando lo que se realiza. Que sienta que entendemos lo que quiere o necesita y que hay una respuesta apropiada en cada situación.
	Lenguaje y comunicación	- En momentos de vigilia, sonreírle, hablarle, acariciarlo y responder los sonidos guturales, repitiéndolos o hablando. - Hable o produzca sonidos desde diferentes posiciones y distancias, observe si sigue el sonido y responda a sus gestos o respuesta corporal. - Inicie una conversación imitando los sonidos o los gestos de la niña o niño.

	Motora /Posturas y desplazamientos	- Colocar sobre el centro de la frente del bebé los dedos pulgares y con un movimiento simultáneo deslizarlos hacia los lados ejerciendo ligera presión al efectuarlo. Recuerda anticiparle al bebé cada movimiento que realizarás, explicándole, hablando y realizándolo con suavidad y sin incomodarlo. - Repetir el ejercicio anterior en las mejillas, colocando los dedos al lado de la nariz. - Siguiendo las indicaciones del ejercicio anterior, efectuar debajo de la nariz en los labios partiendo del centro como si marcara los bigotes. - Efectuar el mismo movimiento en el mentón del bebé llevando los dedos pulgares en forma circular siguiendo el contorno de la cara. - Tomar el pabellón de la oreja del bebé entre los dedos índice y pulgar suavemente, no ejercer presión y efectuar movimiento circular acariciando todo el pabellón. - Ofrezca al bebé oportunidades de ver, oír, mover libremente los brazos y las piernas y de tocar a la madre, padre o cuidador, ubicándolo en un lugar firme con objetos a su alrededor. - Propicie el contacto de piel a piel, ejercite en la madre, padre o cuidador la observación y que se espere la respuesta del bebé antes de continuar con otra situación.
Dos mes	Coordinación / Exploración	- Brinde masajes suaves y lentos en las muñecas, manos y dedos. - Ponga al alcance de las manos del niño o niña diferentes objetos con colores vivos y sonidos, posibles de manipular con sus manos y dedos. - Poner el rostro de la madre, padre o cuidador cerca del campo visual del niño o niña y permitirle que lo explore con sus manos y pies.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Calme, acaricie y cargue en brazos a su niña o niño con ternura. Busque contacto visual, llámelo por su nombre, converse sobre lo que hace en cada momento, espere su respuesta. - Vestirlo cómodamente, dejando sus manos libres para no impedir las sensaciones que pueda recibir a través de ellas. - Pedir a los padres que acudan a los llamados de atención del bebé (llantos y gritos) para crear un lazo de confianza, comunicación y seguridad
	Lenguaje y comunicación	- Responda a las señales del bebé. - Sonría y ríase con el niño o niña. Promueva que le hablen, iniciandouna conversación con imitación de sonidos o gestos que él realice. - Cante o tararee melodías del contexto.
Tres meses	Motora /Posturas y desplazamientos	- Ubique al bebé de decúbito dorsal, sobre una superficie firme y blanda acercando objetos alrededor para que el bebé intente alcanzarlos, estirándose o tratando de girar hacia un lado u otro. - Acariciar los brazos y piernas de la niña o niño haciendo masajes suaves y estiramientos lentos iniciando desde el centro hacia los lados, hablando y explicando cada movimiento, sin dejar de tomar contacto visual, anticipando y esperando su respuesta.
	Coordinación / Exploración	- Ubique al bebé de cubito dorsal, con ropa cómoda para que observe y juegue con sus manos y pies. - Alcance objetos livianos y de fácil manipulación como telas de colores, muñecos de trapo pequeños, argollas, etc.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Observe al bebé e indicar a la madre, padre o cuidador a observar y aprender a reconocer las formas de expresión, llanto y señales que realiza frente a cada necesidad y ejercitarse a responder apropiadamente a ellas. - Anime a consolar al bebé cuando llora, explique que es importante evitar el llanto prolongado, esto ayudará al bebé a aprender a comunicarse y tener un vínculo adecuado con el cuidador principal, pues se va dando cuenta que lo entienden y responden a sus necesidades. - Pasear al bebé en brazos para que se sienta protegido y sin obstáculos de visión para introducirlo en el mundo.

Tres meses	Lenguaje y comunicación	– Promueva que le hablen y canten al bebé, mientras lo cargan y abrazan. Genere situaciones de diálogo tónico muscular y afectivo con el niño o niña, iniciando una conversación, imitando los sonidos, los gestos o muecas que realiza. – Hacer sonidos de diferentes lados, provocando que voltee o siga con la mirada. – Introducir otros sonidos (sonajas o música) intercalándolos con la voz de la mamá, papá o cuidador para que vaya distinguiendo las voces familiares de otros sonidos. – Hablarle de frente para que observe los movimientos de la boca, motivándolo a que escuche la voz y dirija la mirada a quien le habla; esperar una respuesta del bebé, generando el hábito del diálogo y la comunicación afectiva con la madre, padre o cuidador.
Cuatro meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	– Ubicar a la niña o niño de cúbito dorsal y acercarle objetos a diferentes distancias para que intente alcanzarlos. – Hablarle desde diferentes direcciones y animarlo a que nos siga a un lado o a otro. Echados frente a la niña o niño dar giros para que observe y nos siga con la mirada animándolo a intentar seguir nuestros movimientos. – Realizar masajes en brazos y piernas haciendo movimientos suaves y estiramientos lentos, iniciando siempre desde el centro hacia los lados, hablando y explicando cada movimiento, sin dejar de tomar contacto visual, anticipando y esperando su respuesta.
	Coordinación / Exploración	– Motivarlo para que dé palmadas sobre la mesa a partir del juego cooperativo o la imitación. – Jugar a mover las manos para dar palmadas en el agua a partir del juego cooperativo o la imitación. – Darle un pedazo de esponja para que la apriete y suelte cuidando que no la lleve a su boca. Jugar a mojar y dejar caer la esponja en el agua, recogiéndola y tirándola varias veces. – Hacer almohaditas pequeñas del tamaño de la mano de los niños y niñas que estén bien cosidos de diferentes telas con rellenos diversos (paja, algodón, piedritas, maderitas o palitos, cascabeles) para que el bebé pueda agarrarlos y sentir diferentes texturas y peso. – Ofrezca a su bebé juguetes para explorar con diferentes formas, tamaños, texturas y sonidos. Muéstrole maneras de utilizar estos objetos sacudir, golpear, empujar y soltar.
	Social afectivo / Vínculo de apego	– Saque a pasear a la niña o niño, explíquele y cuénteles sobre lo que hay alrededor. – Llámelo por su nombre y señale a las demás personas cercanas y familiares por su nombre. Dígame que lo quiere, demuéstrole en todo momento su afecto y de los que lo rodean. – Cuando responda a su llamado explíquele, muéstrole lo que hace, diciéndole que entiende lo que quiere y que sienta que lo entendemos.
	Lenguaje y comunicación	– Hable con su bebé durante las actividades de cuidado cotidiano. Al cambiarlo o bañarlo, anticipándole lo que realizará, decirle por ejemplo, “levanta la pierna” y al mismo tiempo levantársela. Hacer lo mismo con diferentes partes del cuerpo. – Escuche cuando habla (hace sonidos) y mírelo directamente a los ojos. Cuando el bebé haga una pausa responda imitando los sonidos y luego espere su respuesta, jugar a realizar diálogos con sus sonidos. – A esta edad el bebé grita para llamar la atención y descubrir las diferentes tonalidades y timbres de voz que es capaz de realizar. Responda a su llamado para motivarlo a que continúe comunicándose. – Hacerle sonidos con juguetes sonoros de un lado y otro de la cara para que voltee a buscarlos, si estira la mano, dele el juguete promoviendo su libre exploración.

	Motora /Posturas y desplazamientos	- Darle masaje en la espalda. - Colocar a su alrededor objetos o juguetes que pueda manipular con sus manos o pies, a diferentes distancias para que intente estirarse o girar para alcanzarlos. - Evita ubicar al bebé en posiciones o posturas para las que no está preparado o se sienta incómodo como sentarse o pararse. - Juega a estar echados e intentar ponerte en diferentes posiciones para que te siga con la mirada o intente seguirte y dar giros. - Pon música e intenta bailar con la niña o niño.
Cinco meses de edad	Coordinación / Exploración	- Colocar a su alrededor y cerca de su campo visual objetos como sonajero de mango largo, argollas u juguetes que no sean demasiado gruesos para que los pueda sostener con comodidad en las manos. - Ponerle a su alcance argollas o algún otro material que pueda ser fabricado de forma casera, que no le lastime, como un sonajero o muñecos de tela o de jebe pequeños. - Tomar un objeto que le llame la atención y tratar de que el bebé lo siga con la vista mientras lo mueve lentamente de arriba hacia abajo, de derecha a izquierda, aléjelo y luego acérquelo hasta ponerlo en contacto con el mismo para que lo explore y juegue (puede ir disminuyendo el tamaño de los mismos). - Llevarlo de paseo y mostrarle cosas que no estén muy cercanas.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Promueve el juego de “escondidas” tapándote a cara con un trozo de tela y luego dale a tu bebé para que imite y continúe e juego o tápale la cara y animarlo a que se la quite. Al jugar, pregunte dónde está mamá o papá y dónde está... (El nombre del bebé). - Cargar al niño y acercarle la cara para que la observe y la toque. - Salir a pasear con el bebé y animarlo a observar el ambiente, los objetos, nombrarlos, señalarlos o apuntarlos con el dedo; acércalo y permítele coger algunos objetos que no ofrezcan peligro.
	Lenguaje y comunicación	- Llamarlo por su nombre en un tono cariñoso, mencionar los nombres de las personas más cercanas a su entorno familiar. - Emitir sonidos y balbuceos como “maaa”, “paaa”, “mamama”, “tatata”, “bababa”, etc., para que intente imitarlos. - Responda a las señales de su bebé (sonrisas, sonidos, etc.) y trate de tener una “conversación de ida y vuelta” (interacción) con su hijo.
Seis meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	- Acostar al niño boca arriba sobre una superficie cómoda y firme, ubica objetos alrededor o ubícate frente al bebé y anímalo a alcanzar objetos o a llegar hacia ti estirándose y tratando de girar - Acostarlo sobre una superficie firme y cómoda para que comience a arrastrarse, colocándolo por breves minutos boca abajo, apoyando las palmas de las manos sobre el piso para que se impulse y avance. - Al intentar dar giros y apoyarse de las manos, anímalo a quedarse breves momentos en posición semisentado o sentado, Aplaudirle si lo logra.
	Coordinación / Exploración	- Cuando esté sentado darle un cubo u otro juguete irrompible para que pueda golpearlo sobre la mesa. - Ofrecerle un objetos para que se la lleve a la boca y que comience a realizar movimientos de masticación. - Ofrecer objetos caseros limpios y seguros para que los manipule, golpee, los deje caer y se los lleve a la boca al explorarlos.

Seis meses de edad	Social afectivo / Vínculo de apego	- Antes de cargarlo, estirar los brazos hacia él o ella mientras se le llama por su nombre y esperar a que imite el movimiento. - Jugar a señalar personas familiares, objetos o lugares de su interés, nombrándolos o acercándoles. - Acercarle el rostro y permitir que lo observe y que lo explore con sus manos. - Desde que inicie la alimentación complementaria, promover la participación activa de la niña o niño, dejándolo tocar los alimentos y llevárselos a la boca por sí solo.
	Lenguaje y comunicación	- Repetir balbuceos (ba, ba, ba, da, da, da...) y observar si el bebé trata de imitarlos, festejarlo si lo logra. - Hablarle y cantarle cuando este despierto - Sonrí y riase con su bebé. Hable con su bebé. Inicie una conversación imitando los sonidos o gestos del bebé. - Use palabras para describir los sentimientos de su bebé, copie los sonidos que emite y las acciones que realiza. - Explique a la madre, padre o cuidador que escuchar y responder a los sonidos que emite su bebé; eso le ayuda a aprender a comunicarse mejor: El lenguaje es una habilidad social que se aprende en interacción con otro, en un juego de ida y vuelta, de expresión y respuesta recíproca.
Siete a nueve meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	- Ubique al bebé en distintas posturas que domine, boca abajo o boca arriba, coloque objetos que pueda manipular para alcanzarlos e intentar nuevas posturas. Ubicar diferentes obstáculos (de 10 a 15 cm. de altura) alrededor que sirvan de punto de apoyo para que intente nuevas posturas o desplazamientos. - Acostarlo boca arriba y animarlo a que gire a la posición boca abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia el lado donde se dará la vuelta. Juega a realizar esas posturas para que te siga y las imite.
	Coordinación / Exploración	- Darle diferentes objetos caseros para los manipule, golpee y los deje caer, por ejemplo: cubo o sonaja, recipientes pequeños con tapas, vasijas metálicas, cucharas, argollas, etc., para que los sostenga en cada mano. Darle pocos para que elija de acuerdo a su iniciativa y preferencia. Darle uno por vez. - Aventarle suavemente una pelota grande y pedirle que la arroje con sus manos hacia ti, animándolo a jugar a dar y devolver la pelota. Luego animarlo a intentar lanzarla hacia diferentes direcciones. - En un frasco de boca ancha, de plástico, adornado con colores vistosos poner cubos pequeños o bloques, pelotitas, muñecos pequeños, etc., y dárselo para que intente abrirlo. - Durante la alimentación complementaria promover la participación activa de la niña o niño, tocando la comida y animándolo a explorar el uso de la cuchara o vaso.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Ofrecerle objetos que pueda lanzar sin problema. A esta edad le divierte aventar cosas y que otra persona las recoja. - Jugar a las escondidas: esconderse y aparecer pronto de lugares que estén a la vista del bebé. - Ofrecerle una caja con una abertura, dejar que meta la mano y pueda sacar objetos pequeños de su interés. - Observar qué juguetes le gustan más y déjalo jugar con ellos. - Promueve a jugar a "va y viene" o el juego de "ida y vuelta": Anímalo a disfrutar a darle cosas y esperar que te las devuelva. Explique a la madre, padre o cuidador que esto le ayudará a aprender a dar y recibir. - Deje que el bebé explore objetos de su interés y que los descubra, como una caja de sorpresas en las que descubre objetos.

	Lenguaje y comunicación	- Jugar con él a decir adiós y mover la mano al mismo tiempo para que imite el gesto. - Hacer lo mismo con otras expresiones como señalar con el dedo índice, decir no con la cabeza o los dedos de la mano, aplaudir. - Hablarle siempre en lengua materna sobre lo que está haciendo usando un lenguaje claro y expresivo. - El niño comenzará a hacer sonidos para llamar a otras personas, acercarse cuando lo haga para acostumbrarlo a comunicarse por medio de sonidos y no solo de gestos. Pedir a las madres, padres o cuidador que lo hagan en casa. - Acostumbrarlo a llamarlo por su nombre sin usar diminutivos o apodos que lo confundan. - Responda a los sonidos que hace su bebé y a sus intereses. Pronuncie su nombre y observe su respuesta. - Explique a la madre, padre o cuidador que cuando el bebé está mirando algo, aproveche para señalarlo y describir lo que es.
Diez a doce meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	- Colocarlo en posturas que domina y animarlo con objetos a su alrededor para buscar nuevas posturas y desplazamientos, brindando posibilidades de ejercitar el gateo y ofrecer soportes para que intente usarlos de apoyo al descubrir nuevas posturas. - Ofrecer soportes alrededor para que los alcance arrastrándose o gateando y los use como soporte y se apoye buscando nuevas posturas como ponerse de pie y caminar con apoyo. - Ayudarlo a dar sus primeros pasos brindando soportes como barras, sillas, banquitos para que intente avanzar con apoyo u ofreciéndole los brazos para que intente aproximarse hacia usted.
	Coordinación / Exploración	- Darle objetos pequeños que pueda tomar con sus dedos índice y pulgar (pasitas o palomitas de maíz, etc.) con cuidado para que no vaya a tener algún accidente, como ahogarse si se lo come. - Construir una barra de madera donde se puedan colocar aros para que el niño los quite uno por uno. - Permitirle hacer garabatos o rayones en hoja de papel y con una crayola. - Jugar a esconder objetos: esconda el juguete favorito de su bebé delante de él bajo una tela o en una caja. Observe si el niño puede encontrarlo. Juegue a taparse la cara.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Enseñarle a respetar espacios tratando de que juegue siempre en un lugar de la casa y no dejando sus juguetes por todos lados. Esta edad es un buen momento para empezar a crear hábitos como lavarse las manos, guardar sus juguetes. - Arrojarle una pelota y dejar que la persiga y la devuelva. - Provocar ruido con diferentes objetos (llavero, cuchara revolviendo algo) para llamar la atención del niño y permitir que asocie el sonido con el objeto correspondiente. - Juegue a esconder y encontrar objetos, explica a la madre, padre o cuidador que esta actividad ayuda a que su bebé aprenda que las cosas que desaparecen también vuelven a aparecer, esto le permite generar imágenes mentales sobre los objetos que conoce: es muy importante para su desarrollo cognitivo. - Durante el momento de la alimentación, promover el uso de utensilios del contexto cotidiano, promoviendo la participación activa del niño o niña.

	Lenguaje y comunicación	– Ofrecer y pedir objetos comunes (comida, juguetes) para practicar el “ten y dame” y que inicie la comprensión de consignas sencillas y cotidianas del contexto. – Preguntarle ¿dónde está papá? (o nombres de personas u objetos familiares) para que él trate de buscar lo que se le pide, tratar de repetir la última palabra. – Poner canciones infantiles y cantar procurando que imite. – Pedir a los padres realizar el sonido de un animal cuando lo vea (miau, guau...) e insistir hasta que lo repita. – Diga a su niño los nombres de las cosas y las personas. Muéstrole cómo decir cosas con las manos, como “adiós”, señalar las cosas con el dedo, decir “sí o no”. – Oriente a la madre, padre o cuidador a describir al bebé acciones o las cosas que pasan alrededor, diciendo lo que está sucediendo en este momento o lo que usted va a hacer.
Trece a quince meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	– Tomar al bebé de ambas manos y bailar con él, dando pasos hacia los costados y hacia atrás. – Llamarle desde atrás cuando la niña o niño camine, para que al escuchar la voz se detenga y gire su cuerpo. Cuidar de su seguridad estando lo suficientemente cerca para ayudarlo si pierde el equilibrio. – Siga jugando a dar y recibir, “ida y vuelta”, rodando una pelota. Durante el juego, siga la iniciativa del bebé. – Ofrecerle la mano para que camine sobre diferentes soportes y alturas, como una banca larga, cuidando que no se caiga, para que pueda ejercitar su equilibrio. – Durante el juego, dele suficiente tiempo y un lugar seguro para practicar nuevas destrezas como gatear o caminar.
	Coordinación / Exploración	– Ofrecer a la niña o niño objetos para apilar como cubos o vasos apilables. Promueve primero la libre exploración, luego proponle el juego de apilar, armando y desarmando las torres. – Amarrar una cuerda a un juguete o un aro de color o una pelota, mostrarle que los puede jalar o rodar. – Darle pequeños objetos que pueda guardar en una caja, para que juegue a sacar y meter. – Juegue al escondite y a buscar juguetes. Explicar a la madre, padre o cuidador que esto ayuda a su bebé a fortalecer la capacidad de representar imágenes mentales de objetos o situaciones que conoce (función simbólica) y que esto le ayuda a fortalecer su desarrollo cognitivo.
	Social afectivo / Vínculo de apego	– Permitir que juegue libremente con agua, tierra o arena. Darle recipientes para que los llene y vacíe. – Explicar a las madres, padres o cuidador que la niña o niño va a mostrar interés en ayudar en labores de la casa, imitando lo que hacen; permitirle hacerlo juntos, darle algunos elementos de uso cotidiano como un trapo o dejarlo que acomode platos en la mesa, aunque tarde un poco más en esta actividad, evita apurarlo, animarlo y dale su tiempo. – Dejarle a la mano libros con ilustraciones llamativas para que los hojee libremente. – En las actividades de alimentación, promover la colaboración de la niña o niño para preparar las condiciones antes de comer ayudando a ordenar, ubicar utensilios y comer con iniciativa. Mostrarle y presentarle lo que va a comer indicando el nombre de los alimentos que consumirá para que se familiarice con ellos.

	Lenguaje y comunicación	- Darle cosas para descubrir y ejercitar el soplado como velas, bolitas de algodón, de papel o de algo similar. - Mostrarle a las niñas y niños varios objetos comunes en su contexto y jugar a encontrarlos, nombrándolos y pedirle que los vaya señalando uno por uno. Por ejemplo: ¿Dónde está la taza? o ¿Dónde está la muñeca? - Cuando nombre o pida algo, repetir la palabra clara o pausadamente para que oiga cómo se dice correctamente. - Al escuchar música, jugar con palos o algún instrumento de percusión para que siga el ritmo con él. - Entusiasmarlo para que intente cantar y mover su cuerpo siguiendo el ritmo de la misma. - Haga preguntas sencillas a la niña o niño. Responda cuando él trata de conversar. Muéstrole lugares del contexto, imágenes de objetos o personajes que conoce y hablele de ellas, describiéndolas o contándole historias.
Dieciséis a dieciocho meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	- Permitir que suba y baje de sillas y sillones, darle bancos o tarimas pequeñas para que aprenda a sentarse solo, subir y bajar. - Genere condiciones para que camine ubicando soportes de apoyo como una banca larga, barrotes o soportes firmes, para que pueda desplazarse, manteniendo el equilibrio con iniciativa y seguridad cada vez mejor al caminar. - Como ya empieza a subir escalones, cuando lo haga, permitir que se apoye en la pared o en el pasamano con una mano y ofrecerle la otra mano, aunque no alterne pies. - Jugar a cualquier actividad en la que él deba desplazarse o correr, por ejemplo, arrojar una pelota para que vaya a buscarla.
	Coordinación / Exploración	- Darle varios cubos (tres a más) y anímalo a que haga una torre de por lo menos tres cubos. Si no lo realiza espontáneamente ubica un cubo sobre otro que él o ella esté observando e invítalo a continuar, intercalando cubos y luego anímalo a hacerlo solo. - Ponerle una hoja en blanco grande y realiza un trazo horizontal, luego ofrecerle el material y animarlo a jugar a hacer trazos libremente - Anímalo a realizar acciones usando ambas manos como pelar una fruta: darle a pelar un plátano o una mandarina. - Pedirle que desenvuelva un juguete como si fuera un regalo que vamos a descubrir.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Realizar actividades de juego que invite a quitarse o ponerse prendas de vestir como jugar a la mamá o papá, como quitarse los zapatos, las medias, la chompa o polo. - No solo prohibirle lo que es peligroso, sino que es necesario explicarle porqué y además tratar de distraerlo con otra actividad. - No forzarlo a jugar con otros niños, respetar los ratos que quiera jugar solo. - Pedir a la madre, padre o cuidador que cuando tienda o doble la ropa, ponga algunas prendas y preguntarle ¿Cuál es tu pantalón?, si no lo encuentra, ayudarlo para que vaya reconociendo sus pertenencias. - Proporcionar a la niña o niño objetos y juguetes que le permitan usar su imaginación y representar acciones cotidianas del contexto, como cocinar, comer, comprar, transportarse en un vehículo del lugar, etc.; únase a su juego. Mientras juegan siga el ejemplo propuesto por el niño o niña y continúe la situación. - En las actividades de alimentación, promover la colaboración de la niña o niño para preparar las condiciones antes, durante y después de la comida: ubicar utensilios, llevar o traer alimentos, limpiar, etc. Promover la alimentación activa, el uso de utensilios, palabras de cortesía o agradecimiento comunes en el contexto, el nombre o características de los alimentos.

	Lenguaje y comunicación	- Acompañar con gestos las indicaciones que se le den. Por ejemplo: "Vamos a comer" y a la vez señalarle su plato sobre la mesa. - Decirle versos o canciones cortas que vayan acompañadas de gestos. Jugar con rimas, canciones, anáforas (juego de palabras sin sentido, pero con ritmo, como: "Matatiru, tirulá") - Cuando diga sólo la última sílaba de una palabra, repetir el nombre completo de lo que quiso decir. - Preguntarle ¿Cómo te llamas? o ¿Tú quién eres? Y si aún no dice su nombre, decírselo en forma clara y pausada para que lo repita. - Animarlo a transformar las palabras o frases de la niña o niño en oraciones completas, ampliando lo que dice. Ejemplo: Cuando quiere comer y a todos los alimentos les dice: "papa" proponerle la frase completa: "quiero papa o quiero pan", ampliando su repertorio de palabras con el nombre de los alimentos a los que se refiere. - Describa los sentimientos con palabras, sin dejar de etiquetar sus emociones para que sepa que usted le entiende, ejemplo: estás feliz, estás cansado, tienes sueño, estás molesto, etc. - Léale cuentos o historias cortas, sencillas y del contexto. Anime a la niña o niño a pasar las páginas cuando le lee. Escoja libros sobre las cosas que le interesan y tratar de leer libros que se refieren a los sentimientos, valores, situaciones cotidianas vinculadas al hogar, la familia, animales del contexto, la alimentación, el aseo, etc.
Diecinueve a veintiún meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	- Es importante que observe cuando la niña o niño suba y baje escaleras y que además se ejercite para subir, apoyándose de la pared o del pasamano. - Enseñarle a caminar hacia atrás, jugando que hacemos las cosas al revés o que imitan a un animal como el cangrejo (si lo conoce) haciendo que se apoye en los pies de usted y camine para que sienta la seguridad de apoyo. - Para ayudarlo a caminar cada vez con más equilibrio, darle juguetes pequeños y solicitarle que los lleve a su lugar (muñecos pequeños, pelotas, plato y taza irrompibles). - Jugar a patear una pelota. - Ayudarlo a estar en cuclillas por momentos.
	Coordinación / Exploración	- Darle un frasco de plástico transparente con una tapa de rosca, con objetos dentro y estimularlo a que lo destape y los pueda sacar descubriendo lo que hay, nombrarlos y animarlo a explorarlos. - Ofrecerle un rompecabezas de tres piezas, de algún personaje, animal u objeto en la que pueda unir sus partes - Poner frente a la niña o niño una hoja de papel y darle un crayón para que realice trazos libremente, si no los realiza, hacer trazos e invitarlo a jugar libremente con las crayolas. - Jugar a ensartar cuentas medianas de 3 o 4 cm. de diámetro de tal manera que pueda pasar un hilo a través de ellas.
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Enseñarle y alentarle para que poco a poco se desvista solo. Ponerle ropa cómoda para que pueda quitársela fácilmente. - Fomentar que se dé cuenta y avise si está sucio, marcar le esta situación para que poco a poco empiece a hacerlo. Animarlo a observarse y avisar cuando está mojado o sucio, felicitarlo y evitar regañarlo o compararlo. Explicar que cada niña o niño tiene su propio ritmo. - Durante el baño, jugar con envases, darle dos tarros o vasos de plástico para que pase agua de uno a otro. Hacer lo mismo en otros momentos con cuentas, pelotas o juguetes pequeños, etc. - Enseñarle a repartir objetos, por ejemplo, darle unas galletas o juguetes y solicitar que las reparta diciendo el nombre de cada una de

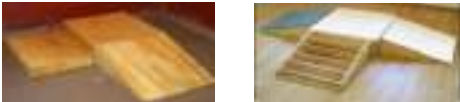
	Lenguaje y comunicación	- Si aún usa gestos para pedir las cosas, repetir “dame pan” o “mira el perro”. Es posible que todavía no lo repita así, pero hay que insistir en juntar dos palabras. - Motiva a la niña o niño a transformar las “palabras frases” en oraciones completas, ampliando su vocabulario. Es decir, cuando dice una sola palabra para expresar una frase, completa lo que dice y sigue el diálogo. - Pedir a las madres, padres o cuidador que al bañarlo nombre y señale las partes del cuerpo para que las vaya conociendo. Jugar a identificar las partes de la cara en sí mismo y en otras personas de su alrededor. - Cuando le pase algo a la niña o niño, animarlo a que te cuente lo que sucedió a través del diálogo y preguntas. Evite los interrogatorios, promueva el diálogo, usted cuente y dé opinión sobre lo que diga la niña o niño para brindar un referente y animar a continuar el diálogo. - Poner en una caja varios juguetes u objetos (un carrito, una muñeca, un vaso, etc.) y jugar a nombrar lo que va encontrando, si no sabe cómo se llama alguno, ayudarlo nombrándolo para que repita el nombre. - Enséñele historias, canciones y juegos. Háblele sobre las imágenes de cuentos o libros. - Lea con la niña o niño tan seguido como pueda y combínelo con muchas conversaciones, cantos y rimas.
Veintidós a veinticuatro meses de edad	Motora /Posturas y desplazamientos	- Jugar a agacharse y pararse rápidamente varias veces sin que se caiga, jugando a caminar imitando a diversos animales del contexto o haciendo estos movimientos al ritmo de una melodía. - Seguir motivándolo a que suba y baje escaleras, cerca de la pared o el pasamanos para que pueda detenerse si pierde el equilibrio. La madre, padre o cuidador deben estar presentes hasta que pueda hacerlo con seguridad. - Jugar a “pararse de puntas de pie”, por ejemplo colocando un juguete algo elevado para que al querer tomarlo se estire y pare de puntas, jugar a imitar animales o realizar bailes del lugar. - Cuando ya tenga más equilibrio, desde el primer escalón, enseñarle a saltar, siempre en presencia de un adulto. - Jugar en el espacio con objetos que le permitan trepar, subir bajar, rodar, explorando con su cuerpo en el espacio.
	Coordinación / Exploración	- Animarlo a participar en actividades domésticas como ayudar a doblar la ropa, ordenar las cosas, limpiar, servir la mesa, etc. - Jugar con papeles de colores para que los doble por la mitad y de diversas formas. - Jugar a poner cajitas o cubos uno sobre otro: Jueguen a apilar y tirar la torre hasta lograr hacerlo por lo menos con 4 cubos. - Anime a la niña o niño a garabatear con crayolas de colores sobre el papel grande o usando el dedo o un palo en la arena. - Durante el baño, darle envases de plástico y tacitas para que pueda jugar a pasar agua de un recipiente a otro.

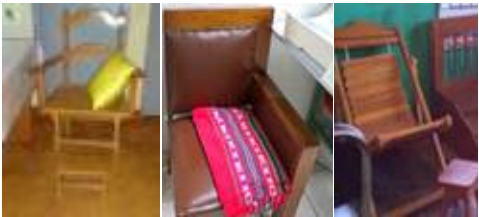
	Social afectivo / Vínculo de apego	- Enseñarle a distinguir las cosas frágiles (vasos, platos etc.) para que aprenda a manejarlas con más cuidado. - Si no quiere prestar sus cosas a otras personas, no obligarlo, pues está en edad de defender sus pertenencias (ahora ya las reconoce). Explícale que está en la edad del juego paralelo (cada niño o niña juega con su juguete en paralelo con su juguete en compañía de otros). - Facilitarle muñecos y objetos con los que pueda dramatizar situaciones de la vida cotidiana y de su contexto (bañar, pasear, alimentar, etc.). - Darle juguetes sencillos que pueda usar estando solo, dale tiempo y espacio para explorarlos sin necesidad de que otra persona le explique cómo funcionan. - Jugar a nombrar o contar objetos siguiendo secuencias de tiempo o serie, comparándolas para determinar sus características.
	Lenguaje y comunicación	- No dejar preguntas sin contestar para que no vaya a perder el interés por hacerlas. - Enseñarle cuentos con dibujos llamativos para que empiece a nombrar las ilustraciones. Continúa narrando o leyendo cuentos sencillos. - Ayudarlo a construir oraciones de 3 palabras completando la que le falta. Por ejemplo si dice: "perro come" decirle la frase correctamente: "el perro come". - Hable con respeto acerca de otros, ayude a su hija o hijo a entender y apreciar lo que otros sienten o piensan, así como su propia cultura e historia y la de otros.

ANEXO N° 15
LISTA DE EQUIPO Y MOBILIARIO¹ PARA LA ATENCIÓN TEMPRANO DEL DESARROLLO.

ÍTEM	UNIDAD MEDIDA	MATERIAL	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	IMAGEN REFERENCIAL
1	Unidad	Piso microporoso	Espacio con superficie firme y blanda (lavable) como los pisos microporosos o similar que favorezcan posturas y desplazamientos de 1.5 por 2m aprox. (dependiendo del espacio disponible).	 
2	Unidad	Colchonetas	Colchonetas para reposo, deben ser de material suave: espuma forrada de tela. Medidas: 1 metro por 70 cm. X 2	 
3	Unidad	Espejos	Espejos enmarcados en madera para que los niños no se lastimen con los bordes. Mínimo de 50 cm. de ancho por 80 cm. de largo.	
4	Unidad	Equipo de sonido	Equipo de sonido con lector de CD.	
5	Unidad	Organizadores de juguetes	Organizadores de los materiales con casilleros que estén a la altura de los niños de 1 metro de alto.	  
6	Unidad	Estante	Estante con llave para guardar los materiales. Contiene canastas o cajas etiquetadas para identificar los juguetes por edades	 

[1] Recoge la experiencia de materiales implementados por las DIRESA Ayacucho, Amazonas, Apurímac, Cusco y Ucayali con la asistencia técnica de UNICEF.

7	Unid.	Cestas	Cestas, cajas o bolsas de tela para guardar y organizar los materiales.	
8	Unid.	Cojines	Cojines de tela de diferentes tamaños.	
9	Unid.	Juguete de madera rodante	Juguete de madera para jalar, transportar o empujar carretilla, camión o carro de madera. Medidas aproximadas: 70 cm. de largo x 25 de ancho y 25 cm. de alto, con ruedas de goma o madera.	
10	Unidad	Plataforma de madera	Plataforma firme de 10 a 15 cm de altura como máximo, con bordes redondeados que permiten diferentes posibilidades de movimiento como subir, trepar, gatear, preferentemente de madera.	
11	Unid.	Plataformas con tobogán	Plataformas de madera o espuma forrada en tela. Medida: 40 x 40 cm. con una altura de 5 cm.	
12	Unid.	Tabla de equilibrio	Plataforma de madera con soporte circular, de una altura de no más de 10 cm. a 15 cm.	
13	Unid.	Túnel en "L" de madera	Túnel en "L" de madera material resistente. Medidas: largo 1,20 metros, ancho 48 cm. y alto 48 cm. Con una distancia entre los barrotes de 7 cm. La "L" mide 48 cm. de largo, de alto y de ancho.	
14	Unid.	Separador de ambiente	Separadores con barrotes para contar con soportes para el gateo, los primeros pasos y organizar espacios y juegos.	

15	Unid.	Escalera de esquinero	Escalera de esquinero de madera con tobogán de 25 cm. de alto en la parte central y cada cuerpo de 40 x 40 cm. con un cuerpo central de 40 x 40 cm, según modelo adjunto.	
16	Unid.	Túnel grande	Túnel grande de madera, material resistente. Medidas: 1,20 metros de largo, 48 cm. de ancho y 48 cm. de alto; con una distancia entre los barrotes de 7 cm.	
17	Unid.	Mesa y sillas	Mobiliario para realizar actividades sentados como mesa y sillas, para niñas o niños de 2 y 3 años.	
18	Unid.	Cambiador	Cambiador con soportes o barrotes para facilitar el cambio de ropa	
19	Unid.	Silla de lactarios	Silla de lactario con banquito para soporte de los pies y cojín, adecuada al contexto.	

ANEXO N°16

PAUTAS PARA BRINDAR EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO CON ADECUACIÓN CULTURAL

Para que el Control del Crecimiento y Desarrollo sea un servicio público que incorpora el enfoque intercultural en su gestión y prestación; se ofrecerá tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se brinda.

Para la adaptación de sus procesos a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) de sus usuarios; se deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. **Sobre el saludo y la interacción durante la atención**, el personal de la salud que atienda a población indígena y afroperuana debe considerar frases sencillas, comunes y afines a las que usa la población a fin de generar empatía y mejorar la calidad de la atención.
2. **Sobre infraestructura**, la sala de espera por ser un espacio importante, donde permanecen un tiempo considerable la niña o el niño junto con sus padres y/o cuidador, deberá ser adecuada con elementos de la población que se considere relevante (ejemplo: sillas de madera, mantas, imágenes, señalética en lengua original, entre otros).
3. **Sobre capacitación**, el personal de la salud para el control del Crecimiento y Desarrollo deberá recibir en las capacitaciones, temas sobre el enfoque intercultural, la población indígena de su jurisdicción, la existencia de lenguas originarias, sus costumbres, creencias y formas de vida, entre otros, orientando a la formación de las competencias culturales.
4. **Sobre la gestión de la información**, se deberá contar con mecanismos para generar información sobre costumbres, creencias y formas de vida, entre otros, que influyen en el

crecimiento y desarrollo de la niña y niño de la población indígena o afroperuana. Esto se debe incorporar en los análisis situacionales de salud local o a través de investigaciones que generen evidencias.

5. Sobre Materiales e Instrumentos,

- Los instrumentos a utilizar durante el control del Crecimiento y Desarrollo que ameritan adecuación cultural en lo que corresponde sólo a las imágenes son: el Test de evaluación del desarrollo del niño (TPED, EEDP y TEPIS)
- Los materiales educativos e instrumentos a utilizar durante el control del Crecimiento y Desarrollo que ameritan adecuación cultural en el diseño, diagramación e imágenes, son los que se utilizan durante las siguientes actividades:
 - Consejerías
 - Visitas domiciliarias
 - Sesiones demostrativas
 - Sesiones educativas
 - Registros de información (HCL y Carné)
- Además para las sesiones demostrativas el personal de la salud deberá considerar la incorporación de alimentos e insumos propios de la localidad o la zona.

6. **Sobre los temas comunicacionales**, se generarán estrategias y realizarán campañas comunicacionales incorporando mensajes claves sobre el crecimiento y desarrollo de la niña y niño en particular y los cuidados de la salud del niño en general, considerando las lenguas originarias, sus costumbres, creencias y formas de vida, entre otros.

7. **Sobre planificación y presupuesto**, los insumos, equipos, recursos humanos y otras necesidades identificadas para la adecuación cultural se realizarán en el marco de la planificación presupuestal definida para el programa articulado nutricional.

ANEXO N°17

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL DESARROLLO

1. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP)

a. Descripción del instrumento

La EEDP mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Está estandarizado para niños de 0 meses a 24 meses.

b. Edades de aplicación

El EEDP se aplicará según la sugerencia que establece la presente Norma Técnica de Salud.

c. Tipo de aplicación

El test debe ser administrado de forma individual, no es una prueba colectiva.

d. Áreas del desarrollo evaluadas

La escala consta de 75 ítems, 5 por cada edad, distribuidos por áreas:

Lenguaje (L): esta área abarca tanto el lenguaje verbal como el no verbal: reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.

Social (S): es el comportamiento del niño basado en una reacción emocional frente a las personas y/o el ambiente; es el aprendizaje por medio de la imitación.

Coordinación (C): esta área comprende las reacciones del niño basadas en la coordinación de funciones sensoriales y de motricidad (ejemplo: óculo - motriz) y de su adaptación al ambiente y a los objetos.

Motora (M): se refiere al control de la postura y motricidad.

e. Técnica de medición de EEDP

La escala mide el grado de desarrollo psicomotor en las áreas anteriormente mencionadas. Se basa de dos técnicas:

Observación: se observan conductas del niño frente a situaciones específicas directamente provocadas por el examinador.

Preguntas: se interroga a la madre o acompañante sobre la conducta del niño ante situaciones específicas que el examinador no puede observar directamente durante el desarrollo de la prueba.

f. Tiempo de aplicación

La aplicación del instrumento varía según la edad del niño y la experiencia del examinador. En promedio es de 10 a 20 minutos.

g. Descripción

Contiene los datos generales, el puntaje del coeficiente de desarrollo y el perfil de desarrollo psicomotor del niño.

El protocolo de aplicación se desarrolla en sentido vertical conteniendo la siguiente información:

- ✓ La edad convertida en días.
- ✓ Las siglas de calificación por cada ítem.
- ✓ La descripción de cada ítem.
- ✓ El puntaje: valor que se da a cada ítem.
- ✓ La valoración.
- ✓ Perfil de desarrollo psicomotor.

Instrucciones específicas

Edad Cronológica (EC): la edad cronológica del niño debe expresarse en días: multiplicando los meses por la constante 30, se deben agregar los días de vida. Servirá para determinar el rendimiento del niño en la prueba. Por ejemplo, un niño de 1 año, 3 meses 21 días:

EC: 15 por 30 más 21 días = 471 días.

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ La EC nos permite determinar la edad para hacer la conversión en la tabla de puntaje estándar.
- ✓ Al Iniciar la prueba, se debe empezar siempre con el mes inmediatamente inferior al de la edad cronológica del niño.
- ✓ Si el niño fracasa en cualquier ítem del mes inferior a su edad, continúe administrando la escala, descendiendo en edad, hasta el mes en el cual el niño aprueba los 5 ítems.
- ✓ Posteriormente administre los ítems de los meses superiores. Empiece con los ítems de la edad cronológica del niño. Y si este responde exitosamente uno o más ítems, prosiga con los meses superiores de la misma forma hasta que el niño fracase en los ítems de un determinado mes.

Edad Mental (EM)

- ✓ Se considera 15 grupos de edad entre los 0 y 24 meses, a saber: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses.
- ✓ Es el puntaje de todos los ítems aprobados que obtiene el niño en la prueba.
- ✓ La puntuación de los ítems no admite graduaciones, existen solo dos posibilidades: éxito o fracaso frente a la tarea propuesta.
- ✓ El valor de cada ítem varía según la edad de 1 a 10 meses. El valor será de 6 puntos, el de 12 meses, de 12 puntos, y de 15, 18, 21, 24, de 18 puntos.

- ✓ El mes mayor en que el niño responde con éxito a los 5 ítems, es considerado mes base y se multiplica por la constante 30.
- ✓ Luego, agregar los ítems aprobados. Se considera como puntaje adicional.

Razón entre Edad Mental y Cronológica (EM/EC)

Resulta de la división de la edad mental y edad cronológica.

Coeficiente de Desarrollo (CD)

Es el porcentaje del total de puntos aprobados. Se obtiene de la razón (EM/EC), el valor se convierte del puntaje estándar (PS) multiplicado por 100.

Perfil de desarrollo psicomotor

Además del coeficiente de desarrollo, se debe efectuar una apreciación del rendimiento del niño en las distintas áreas del desarrollo.

Graficar una línea vertical a la derecha de la edad cronológica, en meses del niño, atravesando las 4 áreas del desarrollo.

En el caso de un niño prematuro se trabajará con la edad cronológica corregida. Ejemplo: si el niño nació con 28 semanas, se colocará la línea trazadora en la edad cronológica, pero con un lapicero de distinto color se trazará otra línea en un mes antes (32 semanas menos 28 semanas = a 4 semanas menos)

h. Consideraciones generales sobre la aplicación del test

- ✓ Obtener la edad cronológica del niño.
- ✓ Obtener la edad mental.
- ✓ Hallar la razón entre EM/EC.

- ✓ Determinar el coeficiente de desarrollo.
- ✓ Definir el perfil de desarrollo psicomotor.

i. Interpretación.

C.D. mayor o igual a 85 : Normal.

C.D. entre 84 y 70 : Riesgo.

C.D. menor o igual 69 : Retraso.

j. Batería de prueba o materiales requeridos para administración EEDP

Estas son:

- ✓ 01 campanilla de metal (bronce).
- ✓ 01 argolla roja de 12 cm. de diámetro con cordel o pabito de 50 cm.
- ✓ 01 cuchara de plástico de 19 cm. de largo (de color vivo).
- ✓ 10 cubos rojos de madera de 2.5 cm. por lado.
- ✓ 01 pastilla o similar.
- ✓ 01 pañal pequeño (35 cm. X 35 cm.)
- ✓ 01 botella 4 cm. de alto aproximadamente y 4 cm. de diámetro.
- ✓ 01 hoja de papel de tamaño oficio, sin líneas.
- ✓ 01 lápiz de cera.
- ✓ 01 palo de 41 cm. de largo y de 1 cm. de diámetro.
- ✓ 01 muñeca (dibujo: basado del manual de EEDP).

k. Manual de aplicación

En el manual de administración aparecen descritas con exactitud la forma de aplicación y conductas a observar para otorgarle el puntaje.

L. Protocolo de registro

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO (EEDP)

Nombres - Apellidos :
EDAD :
RUT :
FECHA :
Fecha de Nacimiento :

EM	:			PE=CD	:		
EC	:		Días	Diagnóstico	:		Normal
			Meses				Riesgo
EM/EC	:						

Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
Coord.	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75
Social	1	6	11	20	21	30	34		45	47	54		61	70	73
Lenguaje	2	7	12	17	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66	72
Motora	3	9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71
Área	4	8	13	17	23	28	35		44	48	52	58	65	68	75
	5	9	14	19	25	26	31	37	42		53	56	63		71

Edad	Ítem	Ponderación	Evaluación
1 Mes	1. (S) Fija la mirada en el rostro del examinador	6 C/U	
	2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla		
	3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador		
	4. (C) sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)		
	5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona		
2 Meses	6. (S) Mimica en respuesta al rostro del examinador	6 C/U	
	7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa del examinador		
	8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador		
	9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a la posición sentada		
	10. *(M) Vocaliza dos sonidos diferentes		
3 Meses	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador	6 C/U	
	12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla		
	13. (C) Sigue con la vista la argolla		
	14. (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a la posición sentada.		
	15. (L) Vocalización prolongada		
4 Meses	16. (C) La cabeza sigue la cuchara cuando desaparece	6 C/U	
	17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla		
	18. (M) En posición prona se levanta a si mismo		
	19. (M) Levanta la cabeza y hombros al ser levantada la posición sentada		
	20. *(LS) Ríe a carcajadas		
5 Meses	21. (SL) Vuelve la cabeza a quien le habla	6 C/U	
	22. (C) Palpa el borde de la mesa		
	23. (C) Intenta presión de la argolla.		
	24. (M) Tracciona hasta lograr la posición sentada		
	25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo		
6 Meses	26. (M) Se mantiene sentado momentáneamente	6 C/U	
	27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída		
	28. (C) Coge la argolla		
	29. (C) Coge el cubo		
	30. *(LS) Vocaliza cuando se le habla		

Edad	ítem	Ponderación	Evaluación
7 Meses	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 segundos o más.	6 C/U	
	32. (C) Intenta agarrar la pastilla		
	33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares		
	34. (S) Cooperar en juegos		
	35. (C) Coge dos cubos uno en cada mano		
8 Meses	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido	6 C/U	
	37. (M) Empuja hasta lograr la posición de pie		
	38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos		
	39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo		
	40. (L) Dice: da-da o equivalente		
9 Meses	41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble	6 C/U	
	42. (M) Camina sosteniendo bajo los brazos		
	43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar		
	44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal		
	45. *(LS) Reacciona a los requerimientos verbales		
10 Meses	46. (CL) Coge la pastilla con pulgar e índice	6 C/U	
	47. (S) Imita gestos simples		
	48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los primeros		
	49. (C) Junta cubos en la línea media		
	50. *(SL) Reacciona al "no-no"		
12 Meses	51. (M) Camina algunos pasos de la mano	12 C/U	
	52. (C) Junta las manos en la línea media		
	53. (M) Se pone de pie solo		
	54. (M) Entrega como respuesta a una orden		
	55. *(L) Dice al menos dos palabras		
15 Meses	56. (M) Camina solo	18 C/U	
	57. (C) Introduce la pastilla en la botella		
	58. (C) Espontáneamente garabatea		
	59. (C) Coge el tercer cubo		
	60. *(L) Dice al menos tres palabras		
18 Meses	61. (L) Muestra sus zapatos	18 C/U	
	62. (M) Camina varios pasos hacia el lado		
	63. (M) Camina varios pasos hacia atrás		
	64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella		
	65. (C) Atrae el cubo con el palo		
21 Meses	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentados	18 C/U	
	67. (L) Imita tres palabras en el examen		
	68. (C) Construye una torre con tres cubos		
	69. *(L) Dice al menos seis palabras		
	70. *(LS) Usa palabras para comunicar deseos		
24 Meses	71. (M) Se para en un pie con ayuda	18 C/U	
	72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados		
	73. *(S) Ayuda en tareas simples		
	74. (L) Apunta cuatro o mas partes de la muñeca		
	75. (C) Construye una torre con cinco cubos		

Edad Mental

Puntaje EM+EC

Edad Cronológica

Puntaje Corregido PC Soc. E Alto

2. TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TEPSI)

a. Descripción del instrumento

El TEPSI es un tamizaje que detecta la forma gruesa, los riesgos y retrasos del desarrollo psicomotor infantil, a través de la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Se aplica a niñas y niños de 2 a 5 años de edad.

b. Tipo de aplicación

El test debe ser administrado en forma individual. No es una prueba de uso colectivo.

c. Edades de aplicación

El test se aplica entre las edades 2 años, 0 meses, 0 días a 5 años, 0 meses y 0 días.

d. Áreas del desarrollo evaluadas

El test está compuesto por 52 ítems repartidos en tres sub test:

Subtest coordinación: evalúa en 16 ítems, mide básicamente la motricidad fina y respuestas grafomotrices en situaciones variadas donde inciden el control y los factores perceptivos.

Subtest lenguaje: evalúa en 24 ítems y mide el lenguaje comprensivo y expresivo: capacidad de comprender y ejecutar ciertas

órdenes, manejo de conceptos básicos y vocabulario.

Subtest motricidad: evalúa en 12 ítems y mide movimientos y control del cuerpo o partes del cuerpo en un acto breve o largo, o en una secuencia de acciones y también el equilibrio.

e. Técnica de medición

La técnica de medición es la observación y registro de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador.

f. Tiempo de aplicación administración

El tiempo de administración del instrumento varía, según la edad del niño y la experiencia del examinador, entre 30 y 40 minutos

g. Descripción

Contiene los datos generales, el puntaje del coeficiente de desarrollo (puntaje bruto) y el perfil de desarrollo psicomotor del niño.

Las conductas a evaluar están presentadas de tal forma que frente a cada una de ellas solo existen dos posibilidades:

Si la conducta evaluada en el ítem se aprueba, se otorga el punto, y si no aprueba se otorga cero puntos.

El protocolo de aplicación se desarrolla en sentido vertical. Contiene la siguiente información:

- La edad cronológica.
- La clasificación por cada sub área del desarrollo psicomotor.
- La descripción de cada ítem.
- El puntaje: valorar 1 (aprobado) o 0 puntos (desaprobado) por cada ítems.

Instrucciones específicas

- Obtener la edad cronológica del niño: es la resta de la fecha actual menos la fecha de nacimiento.
- Obtener el Puntaje Bruto (PB) de cada sub test, sumando todos los ítems aprobados por cada sub test.
- Se realiza la suma del total de cada sub test y del Puntaje Bruto total del test.
- Obtener puntaje escala o Puntaje Total (PT): realizar la conversión del Puntaje Bruto (PB) basado en la tabla de puntaje estándar por edad, de cada sub test del test y de la suma del total de test, en el nivel socio económico medio.
- Interpretación del puntaje total: según la clasificación de normal, riesgo y retraso.

Perfil de desarrollo psicomotor

Graficar el perfil de desarrollo psicomotor, marcar una línea vertical a la derecha de la edad cronológica del niño, atravesando las 3 áreas del desarrollo basado en los puntajes Total por cada sub test y del total del test.

h. Interpretación.

Puntaje T mayor de 40 : Normal.

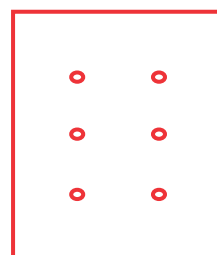
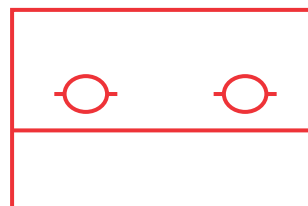
Puntaje T de 30–39 : Riesgo.

Puntaje T menor de 29 : Retraso.

I. Batería de prueba o materiales requeridos para administración del TEPSI:

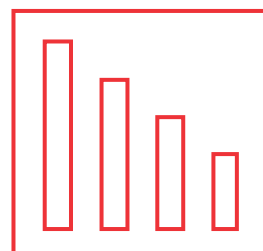
Estas son:

- 02 vasos plásticos de 7 cm. de alto.
- 01 pelota de tenis amarilla.
- 12 cubos de madera de 2.5 cm. por lado.
- 01 estuche de género de 15 por 10 cm. que se cierre con tapa sobrepuesta del mismo material. Sobre la tapa perforar horizontalmente dos ojales, de 3 cm. a una distancia de 5 cm. entre sí. Estos ojales deben empalmar con dos botones de 2 cm. de diámetro, cosidos.
- 01 aguja de lana con punta roma.
- Hilo de pescar (30 cm.).
- Tablero de 10 x 15 cm. que se cierre con tres pares de ojettillos perforados. La distancia entre ojettillos debe ser de 3 cm.
- Un cordón de zapato.
- Lápiz de mina N°2 (sin goma atrás).
- 03 cuadrados de papel de 10 cm. de lado (azul, amarillo y rojo).
- Tablero de 20 cm. por lado con cuatro barritas pegadas (de 15, 12, 9 y 6 cm. de largo por 2 cm. de ancho) espaciadas sobre una línea horizontal de base, y tres barritas sueltas (de 13.5, 10.5 y 7.5 cm. de largo por 2 cm de ancho).
- Bolsa de 15 por 10 cm. de género rellena con arena.
- Bolsa de 15 por 10 cm. de género rellena con esponja.
- Ambas bolsas deben ser del mismo color.
- 01 globo.
- 01 cuadernillo con 17 láminas numeradas (basado del manual de TEPSI).



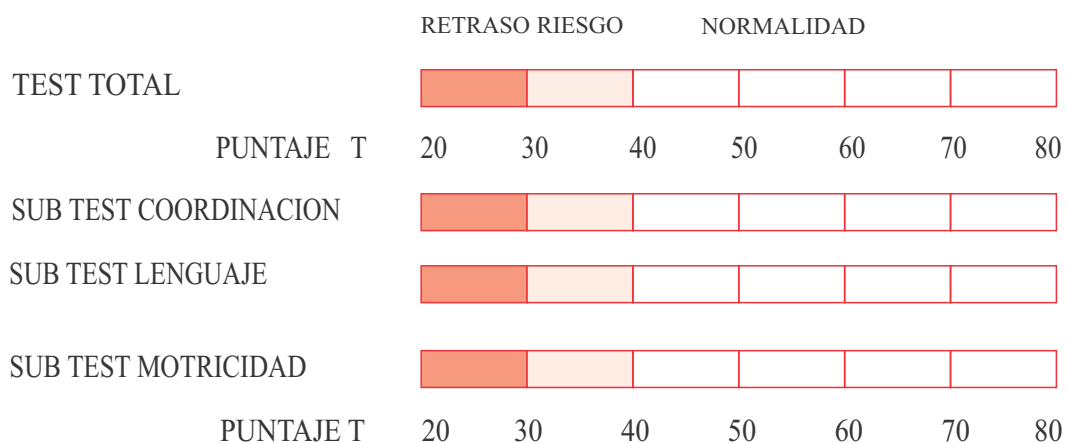
J. Manual de aplicación

En el manual de administración aparecen descritas con exactitud la forma de aplicación y conductas a observar para otorgarle el puntaje.



k. Protocolo de registro

PERFIL TEPSI



1. SUB TEST COORDINACION

- () 1C Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (dos vasos)
- () 2C Construye un puente con tres cubos con modelo presente (seis cubos)
- () 3C Construye una torre de 8 ó mas cubos (doce cubos)
- () 4C Desabotona (estuche)
- () 5C Abotona
- () 6C Enhebra una aguja (agja de lana, hilo)
- () 7C Desata cordones (tablero c/ cordón)
- () 8C Copia una linea recta (Lamina 1, Lápiz, reverso hoja reg.)
- () 9C Copia de un circulo (Lam 2, lápiz, reverso hoja reg.)
- () 10C Copia una cruz (Lam 3, lápiz, reverso reg.)
- () 11C Copia un triangulo (Lam 4, lápiz, reverso reg.)
- () 12C Copia un cuadrado (Lam 5, lápiz, reverso reg.)
- () 13C Dibuja 9 o mas partes de una figura humana (Lápiz, reverso reg.)
- () 14C Dibuja 6 o mas partes de una figura humana (Lápiz, reverso reg.)
- () 15C Dibuja 3 o mas partes de una figura humana (Lápiz, reverso reg.)
- () 16C Ordena por tamaño (Tablero, barritas)

TOTAL SUB TEST COORDINACIÓN: PB

2. SUB TEST LENGUAJE

() 1L	Reconoce grande y chico (Lam 6) Grande.....
() 2L	Reconoce más y menos (Lam 7) Más.....
() 3L	Nombra animales (Lam 8) Gato Perro Chancho Pato
	Paloma Oveja Tortuga Gallina
() 4L	Nombra objetos (Lam 5) Paraguas Vela Escoba Tetera
	Zapatos Reloj SERRUCHO Taza
() 5L	Reconoce Largo y corto (Lam 1)
() 6L	Verbaliza acciones (Lam 11) Cortando Saltando
	Planchado Comiendo
() 7L	Conoce la utilidad de objetos CucharaLápizJabón
	EscobaCamaTijera
() 8L	Discrimina pesado y liviano (Bolsas con arena y esponja) Pesado Liviano
() 9L	Verbaliza su nombre y apellido Nombre Apellido
() 10L	Identifica sexo
() 11L	Conoce el nombre de sus padres Papa Mama
() 12L	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas Hambre Cansado Frío
() 13L	Comprende preposiciones (Lapíz) Detrás Sobre Debajo
	Razona por analogías
() 14L	Hielo Ratón Mamá.....
	Nombra colores
() 15L	Azul Amarillo Rojo.....
	Señala Colores
() 16L	Azul Amarillo Rojo.....
	Nombra Figuras geométricas (Lam 12)
() 17L	  
	Señala Figuras geométricas (Lam 12)
() 18L	  
	Describe escenas (Lam 13 y 14)
() 19L	
	Reconoce absurdos (Lam 15)
() 20L	Usa plurales (Lam 16)
() 21L	Reconoce antes y después (Lam 17)
() 22L	Antes Después

	Define palabras
() 23	Manzana
	Pelota
	Zapato
	Abrigo
	Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado bolsa, arena)
() 24L	Pelota
	Globo inflado.....
	Bolsa
	TOTAL SUB TEST LENGUAJE PB

3. SUB TEST MOTROCIDAD	
() 1M	Salta con los dos pies en el mismo lugar
() 2M	Camina diez pasos llevando un vaso de agua.
() 3M	Lanza una pelota en una dirección determinada (pelota)
() 4M	Separa en un pie sin apoyo 10 seg. o mas.
() 5M	Separa en un pie sin apoyo 5 seg. o mas.
() 6M	Separa en un pie sin apoyo 1 seg. o mas.
() 7M	Camina en punta de pie seis o mas pasos
() 8M	Salta 20 cms. con los pies juntos (hoja reg.)
() 9M	Salta en un pie tres o mas veces sin apoyo.
() 10M	Coge una pelota
() 11M	Camina hacia delante topando talón y punta.
() 12M	Camina hacia atrás topando punta y talón
	TOTAL SUB TEST LENGUAJE PB

3. TEST PERUANO DE EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO (TPED)

a. Descripción

El test peruano de evaluación del desarrollo psicomotor del niño permite medir el perfil general del desarrollo de la niña y el niño, el potencial de sus capacidades y detectar retrasos funcionales y orgánicos.

b. Tipo de aplicación

El test debe ser aplicado en forma individual, no es una prueba de uso colectivo.

c. Edades de aplicación

El test peruano de evaluación del desarrollo

psicomotor del niño puede aplicarse a cualquier niña o niño cuya edad fluctúe entre 1 mes hasta 30 meses.

d. Áreas del desarrollo evaluadas

El instrumento está constituido por 12 líneas de desarrollo, organizadas en áreas.

- ✓ Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Control de cabeza y tronco sentado. (A)
 - Control de cabeza y tronco rotaciones. (B)
 - Control de cabeza y tronco marcha. ©

- ✓ Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Uso de brazo y mano. (D)
 - Visión. (E)
- ✓ Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Audición. (F)
 - Lenguaje comprensivo. (G)
 - Lenguaje expresivo. (H)
- ✓ Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Comportamiento social. (I)
 - Alimentación, vestido e higiene. (J)
 - Juego. (K)
- ✓ Inteligencia y Aprendizaje. (L)

e. Técnica de medición

Es una evaluación con la observación directa de la niña o el niño por el examinador en la mayoría de ítems y de no ser posible debe ser referido por el familiar, teniendo en cuenta registrarlo cuando el ítem fue referido y no observado.

f. Tiempo de aplicación

La aplicación del instrumento varía según la edad del niño y la experiencia del examinador, en promedio es de 20 a 30 minutos.

g. Descripción del test:

- ✓ **En la línea horizontal** se ubican las edades que se describen mensualmente hasta los 12 meses de edad, posteriormente se describen a los 15, 18, 21 y 30 meses de edad.
- ✓ En la **línea vertical** se describen las habilidades de comportamiento.
- ✓ Cada hito a evaluar está graficado y descrito en el Test Peruano del Evaluación de Desarrollo del Niño.
- ✓ Hasta los 12 meses de edad, la evaluación será mensual
- ✓ Después de los 12 meses de edad, la edad está referida en 15, 18 21 y 30 meses de edad.
- ✓ Los niños y niñas de 13 a 14 meses de edad se evalúan con los hitos de 12 meses de edad.
- ✓ Los niños y niñas de 15 a 17 meses de edad se evalúan con los hitos de 15 meses de edad.
- ✓ Los niños y niñas de 18 a 20 meses de edad se evalúan con los hitos de 18 meses de edad.
- ✓ Los niños y niñas de 21 a 23 meses de edad se evalúan con los hitos de 21 meses de edad.
- ✓ Los niños y niñas de 24 a 29 meses de edad se evalúan con los hitos de 24 meses de edad.
- ✓ Los niños y niñas de 30 meses de edad se evalúan con los hitos de 30 meses de

edad.

h. Consideraciones generales sobre la aplicación del test

Instrucciones para su aplicación:

- ✓ La evaluación de la niña o niño debe ser en el momento que esté tranquilo (sin hambre, ni sueño y limpio).
- ✓ Utilizar un ambiente adecuado, temperado, sin ruidos e interferencias (música, celulares, otros), en un espacio exclusivo para la evaluación del desarrollo, libre de riesgo (evitar la evaluación del desarrollo en la camilla), preferentemente en el piso sobre un soporte firme, blando y limpio o con el mobiliario de acuerdo a la edad. Si la niña o niño se muestra muy tímido, promueva mayor participación de la madre o cuidador para que acompañe al niño o niña y ayude en la actividad provocando la situación si fuera necesario.
- ✓ Establecer una relación de confianza con la niña o el niño, que se sienta seguro y cómodo.
- ✓ Tener lista la batería del test (ordenar y clasificar los materiales de acuerdo a la edad de la niña o niño que utilizará) para agilizar la evaluación.
- ✓ Determinar la edad cronológica de la niña o niño en meses, considerando para ello los 30 días cumplidos. Pero también se considera que 1 mes 28 días se reconoce como 1 mes y en cambio 1 mes y 29 días ya se considera 2 meses.

Para el llenado del protocolo del test

- ✓ Marque la edad de la niña o niño en meses, encerrándolo con un círculo además de la fecha de la evaluación.
- ✓ La evaluación comenzará con hitos del mes anterior a los que corresponde la edad cronológica del niño en meses. A partir de ellos se evaluará la línea de comportamiento horizontal y hacia la derecha hasta llegar al hito más alto que pueda obtenerse colocando en este último una marca (x).
- ✓ Genere las condiciones para que la niña o el niño logre por sí solo la actividad del test que le corresponde de acuerdo a su edad, observe y registre los hitos alcanzados. Aproveche para animar a la madre o cuidador a observar las conductas o habilidades y conozca los logros y dificultades de su niña o niño.
- ✓ Vincule las aspas (x) desde la actividad de control de cabeza y tronco hasta la actividad de inteligencia y aprendizaje, usando un lápiz o lapicero de color diferente en cada fecha evaluada

(alternando los colores rojo y azul), para comparar los avances en relación al mes anterior y diferenciarlos.

- ✓ La línea continua así obtenida será el perfil del desarrollo del niño evaluado; las desviaciones hacia la izquierda se consideran retrasos y las desviaciones hacia la derecha se consideran adelantos en el desarrollo.
- ✓ Los espacios en blanco del esquema significan que el hito inmediato anterior todavía está desarrollándose durante este tiempo y pueden ser marcados como correctos en el mes cronológico en el que se está evaluando a la niña o el niño, naturalmente si la ejecución del mencionado hito es exitosa.
- ✓ El esquema así construido puede ser usado posteriormente con fines de seguimiento de desarrollo del niño y también debe ser incluido en su Historia Clínica y registrado en el carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años.

Datos consignados en el test

En la parte anterior del test

- ✓ **Edad en meses:** se encuentra en la parte superior del esquema (en horizontal).
- ✓ **Actividad:** ocupa una columna en sentido vertical, al lado izquierdo del esquema. Son las actividades a evaluarse en el niño, se divide en áreas del desarrollo: Motora, Visomotora, Lenguaje y Social, además de una fila que evalúa la inteligencia y el aprendizaje.

En la parte posterior del test:

1. Coloque nombre completo del niño(a).
2. Coloque edad y fecha de nacimiento.
3. Nombre del familiar / acompañante.
4. Procedencia.
5. Nombre del evaluador.

i. Interpretación

Riesgo para trastorno del desarrollo: existe antecedente al menos de un factor de riesgo,

sin embargo no hay desviación de la línea de desarrollo a la izquierda de la edad cronológica actual.

Desarrollo normal: línea de desarrollo vertical.

Trastorno del desarrollo (retraso): puede o no tener factores de riesgo, pero la línea de desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual según el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño.

J. Batería de prueba o materiales requeridos para administración TPED

Estas son:

- ✓ 01 Pelota de plástico de 10 cm de diámetro.
- ✓ 07 Cubos de madera de 2.5 x 2.5 cm. un solo color sin inscripciones.
- ✓ 01 Tela blanca de 30 x 40 cm. o algo similar.
- ✓ 01 Campanilla.
- ✓ 06 Frejoles o similar.
- ✓ 01 Caja de cartón pequeña con tapa.
- ✓ 01 Carrito de plástico chico (juguete de 2 cms. aproximadamente).
- ✓ 01 Frasco con tapa rosca.
- ✓ 01 Juego de vástago y aros para encajar (6 aros) tamaño grande de plástico.
- ✓ 01 Libro con figuras conocidas por el niño (a) y apropiados para su edad.
- ✓ 01 Linterna.
- ✓ 01 Espejo de 40 x 40 cm.
- ✓ 01 Hoja de papel A4.
- ✓ 02 Plumones punta fina de diferente color.
- ✓ 01 Carreta o carrito sencillo de madera o plástico (juguete).
- ✓ 01 Sonaja simple.

k. Manual de aplicación

En el manual de administración aparecen descritas con exactitud la forma de aplicación y conductas a observar para otorgarle la aprobación.

L. Protocolo de registro (gráfico)

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD

FECHA	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
A Control de cabeza y tronco sentado	Movimientos de brazos y piernas	La cabeza sigue al movimiento del tronco y la cabeza se inclina hacia adelante	Algo inestable sobre antebrazos		Dorso recto, apoyo con los brazos	Gira sobre su eje fácilmente	Sentado sin apoyo							Sentado en el piso para salir			
B Control de cabeza y tronco rotaciones	Levanta la cabeza por momentos																
C Control de cabeza y tronco de marcha	Puesto de pie, las piernas	Pronto se sostiene con el cuerpo			Comienza a gatear									Gatea (sin caminar rápido)			
D Uso del brazo y mano	Rechaza con la palma de la mano cualquier objeto que se le acerque																
E Visión	Rechaza con la palma de la mano cualquier objeto que se le acerque																
F Audición	Reacciona al sonido de la campana																
G Lenguaje comprensivo	Reacciona al sonido de la campana																
H Lenguaje expresivo	Reacciona al sonido de la campana																
I Comportamiento Social	Reacciona al sonido de la campana																
J Alimentación, vestido e higiene	Reacciona al sonido de la campana																
K Juego	Reacciona al sonido de la campana																
L Inteligencia y aprendizaje	Reacciona al sonido de la campana																

A partir de los 3 años se aplica el TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TEPSI)

RECUERDA

ANEXO N° 18

PAUTAS DE CRIANZA Y CUIDADO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

CONSIDERACIONES GENERALES

- La crianza es el medio por el que los padres socializan a sus hijos y fortalecen su personalidad. Por lo tanto, este proceso estará influenciado por las creencias, conductas, temores y expectativas de los padres, madres o cuidadores responsables del cuidado de la niña y niño.
- La crianza tiene dos facetas: las prácticas de manejo de la disciplina positiva y la calidad de afecto y cuidado que los padres o madres promueven en la relación con su niña y niño: aceptación rechazo, control psicológico-autonomía psicológica y control indulgente-control firme.
- La coherencia de los mensajes entre quienes cuidan al niño o niña es parte de las prácticas de cuidado que requieren para dar seguridad y aprender a conocer un mundo con límites claros y con sentido para el niño o niña, pero sobre todo con respeto a otros y al entorno.
- La seguridad en los padres, madres o cuidadores, al acercar al bebé al mundo, es indispensable en las prácticas de crianza, pues son quienes representan el referente positivo para aprender, conocer los límites y entender cómo funciona su entorno.

CONTENIDOS SUGERIDOS

- Importancia de la estabilidad familiar y los riesgos del cambio de prácticas de crianza (que pueden estar afectados por periodos de crisis familiar, divorcio, pareja nueva, cambios de domicilio, eventos o fenómenos naturales, etc.).
- Importancia de la participación del padre en el cuidado de la niña o niño evitando roles estereotipados de género.
- Riesgos y beneficios de la transmisión intergeneracional de pautas o patrones de crianza.
- Técnicas para el manejo y control de situaciones de estrés, reflexionando con el padre, madre o cuidador sobre la necesidad de aprender a autorregular las emociones frente a situaciones de conflicto o estrés en el cuidado y control de límites, y evitando en todo momento la violencia, el abandono o maltrato hacia el niño o niña.

- Importancia de la calidad del tiempo dedicado al cuidado de niñas y niños. Manejo y el empleo de la madre, padre o cuidador. Importancia de la oportunidad de identificación de situaciones que requieren ayuda profesional.

Las interacciones positivas durante los momentos de cuidado

- Adecuar las orientaciones a la realidad de las familias, considerando las condiciones de espacio, acceso al agua, clima y prácticas culturales en las actividades de higiene.
- Durante los momentos de cuidado, tomar contacto visual con el bebé y mantener la comunicación explicándole o anticipando los movimientos que realizaremos y pedir su participación. Recordar que el bebé, desde recién nacido, entiende y se da cuenta cuando quien lo cuida es capaz de responder a sus necesidades. En estos momentos de cuidado se fortalece el vínculo de apego seguro.
- Asegurarse de contar con todos los implementos de limpieza antes de iniciar el cuidado de la higiene y durante el baño tener en cuenta que la temperatura del agua sea adecuada (36C), evitando en todo momento corrientes de aire.
- Al realizar los cuidados de higiene, permitir la autonomía y libertad de movimiento del bebé durante toda actividad. Recuerde que es el adulto quien debe adecuarse a los movimientos del bebé y no el bebé a las comodidades del adulto.
- El baño debe ser una experiencia placentera para el bebé, ello requiere de una adecuada posición que le permita disfrutar del agua y del sostén del adulto que brinde seguridad física y afectiva. El bebé se sentirá más seguro si está bien sostenido.
- Promover que las primeras experiencias con el baño sean positivas, primero mostrar al bebé los implementos y el espacio, dejarlo tocar y explorar el agua con sus manos o pies, introducirlo lentamente, sostenerlo con seguridad durante el baño y esperar la respuesta corporal o gestual del bebé frente a situaciones nuevas, escucharlo y estar atento a sus necesidades.
- Realizar las actividades de cuidado sin prisa, respetando los tiempos y ritmos del niño o niña, evitando que se convierta en una actividad mecánica, orientada por

procedimientos o técnicas, por el contrario, que representen momentos para fortalecer las interacciones positivas y el vínculo de apego seguro.

- Recomendar el uso de ropa cómoda, evitar prendas de material sintético, promover el uso de ropa con materiales naturales y del contexto, que le permitan movimiento y exploración en los momentos de juego, así como el descanso adecuado.
- En los momentos de cuidado, promover la autonomía progresiva, de acuerdo a su edad y posibilidades, animarlo a participar practicando su propio autocuidado, como lavarse las manos o cara, coger los alimentos o la cuchara para alimentarse, sacarse algunas prendas por sí solo, etc.

HIGIENE

CONSIDERACIONES GENERALES

- El tema de higiene debe ser tratado desde el primer contacto y de manera permanente con las madres, padres o cuidadores de la niña o niño.
- El contenido educativo de las sesiones de consejería y/o demostración debe estar orientado a fortalecer las prácticas adecuadas y reflexionar sobre las inadecuadas y tienen que guardar coherencia con el nivel educativo, contexto socio cultural (temor, creencias, supersticiones) de los padres, las posibilidades que le brinda el entorno (acceso a agua, clima, insumos de aseo local), tanto si el abordaje es individual o grupal.

CONTENIDOS SUGERIDOS

- Frecuencia y tiempo de baño (intervalos, duración, temperatura del agua, procedimiento, horario, etc.)
- Limpieza del recién nacido y cuidados del ombligo.
- Utensilios de higiene y baño (tipo de jabón, champú, recipientes y otros).
- Baño durante la enfermedad.
- Limpieza de cara, ojos, oídos, boca, cabeza, manos y uñas (material e instrumentos utilizados, frecuencia, etc.).
- Higiene de genitales.
- Higiene de boca y dientes.
- Sueño.
- Control de esfínteres.
- Vestimenta del niño de acuerdo a la edad, contexto, clima, posibilidades y que brinde posibilidades de movimiento para el juego y la exploración.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

CONSIDERACIONES GENERALES

- Los accidentes son un problema importante en salud pública y en su mayoría prevenibles. No son eventos fortuitos y están asociados a factores predecibles basados en la edad, el sexo, la hora del día, la estación del año, las condiciones del espacio, los objetos que ponemos a su disposición, la vestimenta, entre otros.
- Las lesiones por accidentes en su mayoría son causadas por caídas, intoxicaciones, alergias e irritaciones, quemaduras, incendios, explosiones, electrocución, asfixia respiratoria, golpes y heridas.
- La niña o niño aprende por experiencias basadas en ensayo y error, repetición, imitación, causa-efecto.
- La niña o niño disfruta de las actividades físicas.
- La niña o niño sobreestima sus habilidades, por tanto puede realizar acciones inseguras más allá de sus posibilidades.
- La niña o niño vive en ambientes diseñados para adultos.

CONTENIDOS SUGERIDOS

- Riesgo de dejar a los niños o niñas solos o con personas que no están en condiciones de realizar el cuidado (hermanos menores, abuelitos, personas con discapacidad, etc.).
- Temperatura del agua para el baño, temperatura de los alimentos.
- Riesgo del uso de aditamentos en la ropa de la niña o niño (imperdibles, lazos, botones, broches, corchetes, etc.).
- Importancia del uso de aditamentos de seguridad en muebles y espacios (barrotes de cunas, sillas, escaleras, ventanas con mallas o barrotes de seguridad).
- Riesgos por el uso de andadores, coches, corralito etc.
- Riesgo del acceso a objetos pequeños (bolitas, botones, canicas, semillas, etc.).
- Acceso y protección de agujeros pequeños, ranuras, tomacorrientes, etc.
- Riesgos del acceso a bolsas de plástico, papel, etc.
- Riesgos del acceso a cables eléctricos, cuerdas, aparatos eléctricos, muebles inestables, objetos punzo cortantes (cuchillos, hojas de afeitar, navajas, cortaúñas, etc.), objetos hechos con materiales tóxicos (juguetes que tengan registro sanitario), sustancias tóxicas (cosméticos, lejía, detergentes, combustible, fósforos, etc.).
- Acceso y protección de fuentes de calor (calefactores, cocina, chimenea, braseros, fogones, planchas, etc.), utensilios de cocina (olla, sartenes con contenidos calientes, etc.).

- Acceso y protección de depósitos de agua (piscinas, cilindros, baldes, etc.).
- Acceso a lugares peligrosos en el hogar, escuela, parques y otros espacios: escaleras, ventanas balcones, toboganes, desniveles, acceso, lugares con animales, etc.
- Riesgo de juguetes peligrosos por el tamaño, cubierta de pintura, material, estado, etc.
- Uso de cinturones y sillas de seguridad y otras medidas de seguridad en vehículos o traslado de acuerdo a cada contexto.

ANEXO Nº 19

AMBIENTE Y EQUIPAMIENTO MÍNIMO PARA REALIZAR EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

SALA DE ESPERA.

Espacio que se utiliza para toda consulta externa, el mismo que cuenta con dimensiones, muebles y equipo de acuerdo a la categoría del establecimiento de salud.

En las salas de espera se deben colocar equipos de ayuda audiovisual a fin de difundir información útil para los padres, así mismo se recomienda publicar información relacionada con el cuidado integral del niño en paneles debidamente ordenados y contar con material escrito puesto al acceso del público en general.

CONSULTORIO EXTERNO DE CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Dispondrá de un espacio físico que cumpla condiciones de amplitud, iluminación, ventilación y equipamiento (colchonetas, sillas o bancas, baterías, equipo de ayuda audiovisual, entre otros) para el desarrollo del trabajo.

El espacio físico que se utiliza para la atención de la niña y niño debe estar localizado preferentemente en la planta baja y de fácil acceso al público, teniendo como mínimo un área de 17 m². También debe estar libre de muebles, objetos u otro material innecesario que podría interferir con la atención y contar con instalaciones sanitarias (lavadero) e instalaciones eléctricas.

CONSULTORIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO

Tendrá un ancho mínimo de 4 m libres de muros y un área mínima de 24 m², evitará el uso de alfombras, de pisos lustrados o porosos, de desniveles y empleará tomacorrientes con protección especial para impedir contacto directo. Asimismo, estará provisto de un ½ baño con aparatos de dimensión para un infante y cuya puerta debe abrir hacia afuera. Además, el baño debe considerar interiormente un área para el

aseo del niño cuya amplitud permita comodidad para cambiarlos, lavarlos y asearlos, atendiendo a la antropometría de la niña y el niño. Este ambiente considerará que los muebles lleven protección cuando presenten puntas o aristas que puedan ocasionar accidentes, así como que las puertas tengan protección para evitar accidentes con los dedos.

EQUIPO PARA EL CONSULTORIO DE CRED

- Armario metálico de 2 puertas
- Balanza digital con tallímetro adulto
- Balanza digital con tallímetro neonatal
- Balanza digital portátil
- Cinta métrica para medidas antropométricas.
- Computadora personal
- Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa a pedal
- Equipo de sonido
- Escritorio estándar
- Estetoscopio pediátrico
- Infantómetro
- Maletín de atención médica
- Mesa de madera para niños
- Mesa de uso múltiple de acero inoxidable de 90x45 cm
- Mesa metálica para exámenes y cambiar pañales
- Papelera metálica de piso
- Percha metálica de pared con 4 ganchos
- Pizarra acrílica de 150 x 100 cm para adosar en la pared
- Reloj de una esfera de pared
- Reproductor blue ray
- Set de riñoneras de acero quirúrgico
- Set de tambores de acero quirúrgico
- Silla de madera para niños
- Silla metálica apilable
- Silla metálica giratoria rodable
- Tallímetro pediátrico
- Teléfono IP de mesa uso general
- Televisor led smart tv de 42" aprox. Inc. Rack
- Tensiómetro aneroide rodable pediátrico-

neonatal

- Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del niño (TPED)
- Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)
- Test de Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP)
- Vitrina metálica para anuncios con puertas corredizas de vidrio

EQUIPO PARA EL CONSULTORIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO

- Armario metálico de 2 puertas
- Balanza digital con tallímetro neonatal
- Bandeja acrílica doble para escritorio
- Colchoneta 2.0x0.80 m
- Computadora personal
- Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa a pedal
- Equipo de sonido
- Escritorio estándar
- Estantes con juguetes y material didáctico diverso para niños de 1 a 3 años
- Estetoscopio neonatal
- Estetoscopio adulto pediátrico
- Juego para estimulación sensorial
- Juego para estimulación temprana
- Mesa de madera para niños
- Mesa de uso múltiple de acero inoxidable de 90x45 cm
- Mesa metálica para exámenes y cambiar pañales
- Módulo de psicomotricidad para niñas y niños de 1 a 3 años
- Módulo de psicomotricidad para niñas y niños de 3 años a más
- Módulo de psicomotricidad para niñas y niños menores de 12 meses
- Papelera metálica de piso
- Percha metálica de pared con 4 ganchos
- Piso microporoso
- Reloj de una esfera de pared
- Reproductor blue ray
- Silla de madera para niños
- Silla metálica apilable
- Silla metálica giratoria rodable
- Teléfono IP de mesa uso general
- Televisor led smart tv de 42" aprox. Inc.Rack
- Tensiómetro aneroide rodable pediátrico-neonatal

INSUMOS:

- Dispensador de jabón
- Dispensador de papel toalla
- Escalinata de 2 peldaños
- Formatos de registro, carné de AIS del niño, historias clínicas
- Guías y documentos técnico normativos

- Hisopos de algodón
- Jabón líquido.
- Lámpara cuello de ganso
- Linterna para examen médico tipo lapicero
- Martillo de percusión
- Material de escritorio (lapiceros, lápiz, borrador, plumones de colores, entre otros)
- Material educativo impreso (rotafolios, trípticos, entre otros)
- Papel toalla
- Soluciones antisépticas
- Termómetro clínico
- Sábanas y campos de tela y material plastificado

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE EQUIPOS ANTROPOMÉTRICOS

1. BALANZA MECÁNICA DE MESA USO PEDIÁTRICO

- El equipo debe permitir la medición segura y adecuada del peso de niños recién nacidos y lactantes
- Debe estar fabricada en material metálico y tener protección antioxidante o equivalente.
- El equipo debe estar diseñado para trabajo frecuente.
- Debe ser de accionamiento mecánico.
- La base del equipo debe ser sólida y estable y contar con mecanismo de ajuste de nivel
- Debe tener rango de pesaje de 0 a 20 kg o más.
- La fuente para pesar a la niña o niño (platillo) debe ser de una sola pieza.
- Debe contar con mecanismo y dispositivos mecánicos para el pesaje de niños.
- El equipo deberá estar diseñado y fabricado para tener precisión de pesaje de 5 y/o 10 gramos, con una escala graduada en kilos y gramos.
- Su sistema de calibración debe ser manual y de precisión adecuada.
- El equipo debe asegurar que durante el uso y entre pesaje y pesaje, no se descalibre.
- El equipo debe contar con seguro de la barra de pesaje para lecturas a prueba de errores después de haber retirado el peso.
- El equipo deberá asegurar sensibilidad en el peso tomado.
- El equipo contará con una superficie de pesaje, construido de material resistente, fácilmente
- El equipo debe ser lavable y esterilizable.
- El equipo debe contar con dispositivos en su diseño que no permitan que la niña o niño se caiga o resbale.

2. BALANZA MECÁNICA DE PIE USO PEDIÁTRICO

- El equipo deberá permitir la medición y

lectura, del peso de niños mayores de 2 años.

- Debe estar fabricada en material metálico con protección antioxidante o equivalente
- El equipo debe estar diseñado para trabajo frecuente.
- El equipo debe ser de accionamiento mecánico.
- Base del equipo debe ser sólida y estable con ajuste de nivel.
- Debe tener rango de pesaje de 0 kg. A 150 kg. O más.
- Debe contar con una escala de peso, graduada en kilos y gramos, con precisión de 100 gramos o menos.
- Debe contar con mecanismo para desplazamiento (rodante) que no afecte el funcionamiento del equipo y su nivelación.
- La lectura en la escala graduada deberá ser por ambos lados de la escala.
- El equipo debe contar con una plataforma, con una superficie antideslizante, para que la niña o niño se pare adecuada y cómodamente.
- El equipo debe ser de fácil limpieza y desinfección.
- El equipo deberá estar diseñado y contar con dispositivos que garanticen la adecuada calibración y sensibilidad del equipo entre cada toma y lectura del peso.
- El equipo debe permitir la repetición de los valores del peso.

3. BALANZA MODELO RELOJ COLGANTE USO PEDIÁTRICO

(recomendado para oferta móvil)

- Capacidad no menor de 25 kilos x 50 ó 100 gramos.
- Margen de error + - 50 gramos.
- Sistema de peso mecánico con resorte.
- Visor de peso de una sola cara.
- Dirección de las agujas de peso en sentido al reloj horario.
- Perilla de regulación en la parte superior de la balanza.
- Fabricación en estructuras de plancha metálica y plástico vinil acrílico.
- Acabado en pintura al horno.
- 01 calzoneta en lona o nylon reforzado (parte exterior), forrado - acolchado suave (parte interior).
- Soporte ajustable para suspensión del bebe, resistente, preferentemente acolchado.
- 01 cunetas en lona o nylon reforzado (parte exterior), forrado - acolchado suave (parte interior).
- Alternativa calzoneta - cuneta (aditamento funcional para el soporte del bebe, acolchado suave, reforzado, ajustable).

4. INFANTÓMETROS Y TALLÍMETROS

- **Infantómetro para niñas y niños recién nacidos.** Instrumento que se emplea para medir la longitud de niñas y niños recién nacidos, de uso exclusivo en salas de parto, tiene tres partes: base, tablero y tope móvil.

Material:

Debe ser elaborado de triplay de 9 mm de grosor x 25 cm de ancho y 65 cm de longitud, los bastidores y travesaños de refuerzo deben ser de cedro y la pieza de refuerzo de la parte inferior del tablero debe ser elaborada en triplay de 15 mm.

- **Infantómetro para niñas y niños menores de 2 años.** Instrumento que se emplea para medir la longitud de niñas y niños menores de dos años. Puede ser “fijo” cuando su diseño es para uso en un establecimiento de salud y “móvil” cuando su diseño permite transportarlo a campo. Tiene tres partes: base, tablero y tope móvil.

Material:

Debe ser elaborado en triplay de 9 mm de grosor x 30 cm de ancho y 110 cm de largo. Los bastidores y travesaños deben ser elaborados de cedro, la pieza de refuerzo de la parte inferior del tablero debe ser elaborada en triplay de 15 mm.

- **Infantómetro para niñas y niños de 2 a 4 años** Instrumento portátil, constituido por tres piezas plegables, que se emplea en trabajo de campo para medir la longitud de niñas y niños menores de dos años o la estatura de niñas y niños de dos a cuatro años. Tiene tres partes: base, tablero y tope móvil.

Material:

Debe ser elaborado en triplay de 9 mm de grosor x 30 cm de ancho y 132 cm de alto, los bastidores y travesaños deben ser de cedro, las correderas deben ser elaboradas de caoba, la pieza de refuerzo de la parte inferior del tablero debe ser elaborada en triplay de 15 mm.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LAS PIEZAS:

A. Tablero (tablero donde se encuentra la cinta métrica)

- Mide entre 25 y 30 cm de ancho.
- Los tornillos o clavos están firmes, no flojos (si es que tiene).
- Es una pieza íntegra y firme, no tiene partes quebradas o flojas (si es de un material flexible).
- La unión de los cuerpos de los tallímetros portátiles luego del armado, debe ser fija, derecha y no permite “trasluz”.
- El tablero debe estar derecho (no arqueado).
- La parte posterior del tablero debe estar

debidamente nivelada (todas sus secciones al mismo nivel).

- Las bordes del tablero son suaves (no ásperas).

B. Cinta métrica

- Debe estar ubicada al lado derecho del tallímetro (no en el centro).
- Debe estar plana sobre el tallímetro y no torcida o con arrugas o bultos. Para cerciorarse pasar el dedo a lo largo de la cinta métrica.
- La escala métrica coincide con escala de una güincha o cinta métrica de referencia.
- Los números o todas las líneas de la cinta o escala de medición deben ser nítidos y claros (no rayados, ni borrosos).
- Posee numeración continua en la unión de los cuerpos del tallímetro (si es móvil).
- Los números deben estar ubicados en la línea exacta donde se alcanza el centímetro correspondiente.
- La escala métrica es en milímetros.
- El primer milímetro (mm) o el cero debe estar ubicado correctamente en la base del tallímetro
- La escala de medición solo debe estar graduada en centímetros y milímetros.
- Debe tener numeración continua, es decir, 100, 101, 102, y no 100, 1, 2, 3.

C. Tope móvil

- Tiene dos correderas laterales que lo fijan al tablero.
- Tiene tres asideros triangulares (dos a cada lado y uno central que permita sujetarlo).
- Los tableros topes de infantómetros de recién nacidos, infantómetros y tallímetros deben medir como mínimo 18 cm de largo x 14 cm de ancho y 19 cm de largo x 16 cm de ancho, respectivamente.
- Se balancea o rota hacia los lados del tablero no más de 2 milímetros a lo largo del tablero.

- Debe mantenerse recto y seguro cuando se le coloca en el tallímetro.
- La base del tope móvil debe estar al mismo nivel que la zona donde se hace la lectura de la talla. La zona donde se hace la lectura de la talla está nivelada (verificable con escuadra metálica).
- La base del tope móvil se debe encontrar en ángulo recto con la zona de apoyo del tope móvil (zona donde el tope móvil se desliza).
- El tope móvil se debe deslizarse suavemente a lo largo de todo el tallímetro.
- Las correderas que ajustan al tope móvil (en caso de que los tenga), deben estar alineados (paralelos).

D. Base fija

- Debe estar nivelada, derecha, no torcida (verificable con escuadra metálica).
- Forma ángulo recto con el tablero del tallímetro (verificable con escuadra metálica).
- Los tornillos y clavos deben encontrarse firmes
- Es suficientemente gruesa y fuerte para que el tallímetro móvil se mantenga recto cuando se coloque en forma vertical sobre el piso.

E. Precisión

- Menor o igual a 2 milímetros entre la longitud obtenida y la de referencia.

F. Peso total

- El peso de los infantómetros y tallímetros portátiles debe ser menor a 8,0 kilogramos (peso recomendable no mayor al 15% del peso corporal promedio entre el peso ideal de la mujer y varón adultos peruanos).

G. Identificación

- El tope móvil y el cuerpo (cuerpos) de cada infantómetro y tallímetro tienen un mismo código de identificación.

ANEXO N°20
CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRITERIO DE PROGRAMACIÓN
Control del recién nacido	RN Controlado	4	Registro de recién nacidos – egresos Registro Diario de atención. Historia Clínica	100% de recién nacidos esperados. Programar de acuerdo a la responsabilidad de cada sub sector (MINSA/Región, EsSalud, Sanidad y otros) La meta debe ser coherente con el número de partos esperados (institucionales y los partos domiciliarios atendidos por personal de salud). Considerar el padrón nominal de gestantes como base para el cálculo de la meta por cada sub sector.
Control del crecimiento y desarrollo la niña o niño de 29 días hasta los 11 meses 29 días	Niño menor de 01 año controlado	11	Registro Diario de atención. Historia Clínica	100% de niñas y niños de 29 días hasta 59 meses 29 días. Programar por cada grupo de edad, de acuerdo a la responsabilidad de cada sub sector (MINSA/Región, EsSalud, Sanidad y otros). Considerar el padrón nominal como base para el cálculo de la meta por cada grupo de edad y sub sector.
Control del crecimiento y desarrollo la niña o niño de 12 meses hasta los 23 meses 29 días	Niño de 1 año controlado	6		
Control del crecimiento y desarrollo de la niña o niño de 24 meses hasta los 35 meses 29 días	Niño de 2 años controlado	4		
Control del crecimiento y desarrollo la niña o niño de 36 meses hasta los 47 meses 29 días	Niño de 3 años controlado	4		
Control del crecimiento y desarrollo la niña o niño de 48 meses hasta los 59 meses 29 días	Niño de 4 años controlado	4		

ANEXO N° 21
REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA Y EL NIÑO

DIRESA / RED / MR / EESS :Periodo

I. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

A) Atención Inmediata

ACTIVIDADES	Nº
Atención Inmediata	
Tamizaje Neonatal (Enfermed. Metabólicas)	
Tamizaje Visual y Auditivo	
Contacto Piel a Piel con la madre	
Alojamiento Conjunto	
Lactancia Materna en la 1ª Hora	

B) Resultados del Tamizaje Neonatal

DIAGNÓSTICOS	Nº
Hipotiroidismo Congénito	
Fenilcetonuria	
Galactosemia	
Hiperplasia Suprarrenal Congénita	
Fibrosis Quística	
Catarata Congénita	
Hipoacusia (todas las clasificaciones)	

D) Morbilidad Neonatal

CAUSAS DE MORBILIDAD	Nº
Síndrome de Distres Respiratorio	
Síndromes de Aspiración Neonatal	
Asfixia Neonatal	
Sepsis Neonatal	
Ictericia	
Hipoglucemia	
Sífilis Congénita	
VIH Expuesto	
Retinopatía de la Prematuridad	

C) Condición al Nacimiento

CONDICIÓN	Lugar de Nacimiento		
	EESS	Domicilio	Total
RN Normal			0
RN Deprimido			0
Prematuro			0

E) Mortalidad Neonatal

PESO AL NACER	Nº	Causas Defunción	Nº
< 1,000 gr.		Asfixia	
1,000 a 1,499 gr.		SDR	
1,500 a 2,499 gr.		Sepsis	
2,500 a 4,000 gr.		Malformaciones Congénitas	
> 4,000 y más gr.		Otras	
No especificado			

TIEMPO DE VIDA	Nº
Óbito fetal	
< 24 horas	
01 a 07 días	
08 a 28 días	

Fuentes Externas

☐	Libro de Atenciones y Reporte de Egresos
☐	Certificado de Defunción

La información del presente reporte debe ser complementada con fuentes externas (Libro de Atenciones, Reporte de Egresos, Certificado de Defunción, etc.)

II. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Grupo de Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	
De 1d a 7d												0
De 8d a 14d												0
De 15d a 21d												0
De 22d a +d												0
Total Recién Nacido	0	0	0	0								0
29 días - 11 meses												0
01 año												0
02 años												0
03 años												0
04 años												0
05 a 11 años												0

Evaluación del Estado Nutricional Antropométricas (Por personal técnico)

Grupo de Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	
De 1d a 7d												0
De 8d a 14d												0
De 15d a 21d												0
De 22d a +d												0
Total Recién Nacido	0	0	0	0								0
29 días - 11 meses												0
01 año												0
02 años												0
03 años												0
04 años												0
05 a 11 años												0

III. TAMIZAJE

III. TAMIZAJE		1	2	3	4	5	6	7	
ACTIVIDADES		<01 a	01 a	02 a	03 a	04 a	05 -11 a	Total	
1. Detección de Anemia	Solicitud de Dosaje de Hb								0
	Resultados Evaluados								0
2. Descarte de Parasitosis	Solicitud de Examen								0
	Resultados Evaluados								0

* Prematuros y Bajo Peso al Nacer.

IV. ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIPARASITARIA

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	01 año	02 años	03 años	04 años	05 - 11 años					
Administración de Profilaxis Antiparasitaria										

V. ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES

A) Sulfato Ferroso y Multimicronutriente (en polvo)

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	TA
< 06 meses (BPN y Prematuros (SF)													
De 4 a 5 meses (Sulfato Ferroso)													
De 6 a 11 meses (MMN)													
De 1 año (MMN)													
De 2 años (MMN)													
De 3 años (MMN)													
De 4 años (MMN)													

Los Suplementados son los que CONSUMEN 360 sobres de MMN (a partir de los 18 meses, no antes) para indicar que se ha consumido el último sobre de MMN se registra TA

B) Vitamina "A"	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	06 meses	01 año	02 años	03 años	04 años					
Dosis	1º Dosis	2º Dosis	1º Dosis	2º Dosis	1º Dosis	2º Dosis	1º Dosis	2º Dosis	1º Dosis	2º Dosis
Suplementados										

CONDICIÓN	Nº
Niños con LME a los 06 meses	

Solo se evalúa el registro a los 06 meses

VII. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

CONDICIÓN	Nº
Niños con Inicio de Alimentación Complementaria antes de los 06 meses	
Niños con Inicio de Alimentación Complementaria después de los 06 meses	
Niños con Inicio de Alimentación Complementaria Adecuada	
Niños con Inicio de Alimentación Complementaria Inadecuada	

VIII. EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

A) En el Recién Nacido de 01 día a 28 días	1
--	---

Clasificación: Peso al Nacer	Nº
Extremadamente bajo	
Muy bajo peso al nacer	
Bajo peso al nacer	
Normal	
Macrosómico	

	1	2
Clasificación: Ganancia de Peso / Talla	Dx.	Recup.
Ganancia Inadecuada de Peso		
Ganancia Inadecuada de Talla		

Dx: Diagnosticado **Recup:** Recuperado

B) En los Niños y Niñas de 29 días a < 05 años

GRUPO DE EDAD		Ganancia Inadecuada de Peso o Talla				Normal
		Peso		Talla		
		Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	
< 1 año						
1 año						
2 años						
3 años						
4 años						

RN Bajo Peso Recuperados

[illegible]

Dx: Diagnosticado **Recup:** Recuperado

C) En los Niños y Niñas de 05 a 11 años

[illegible][illegible][illegible]

Dx: Diagnosticado **Recup:** Recuperado

X. PLAN DE ATENCION INTEGRAL

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Edades	RN	<1 año	01 año	02 años	03 años	04 años	05 años	06 años	07 años	08 años	09 años	10 años	11 años
Elaborado													
Ejecutado													

XI. CONSEJERÍA

XI. CONSEJERÍA		1	2	3	4	5	6	7	
Tipos / Edades		Total	RN	<1 año	01 año	02 años	03 años	04 años	05 - 11 a
Nutricional por Suplementación									
Nutricional por Eval. PE, TP, TE, IMC									
Integral por Eval. del Desarrollo									
Integral por Aliment. Complement.									

XII. VISITA DOMICILIARIA

XII. VISITA DOMICILIARIA		1	2	3	4	5	6	7
TIPOS DE VISITA / EDADES	Total	RN	<1 año	01 año	02 años	03 años	04 años	05 - 11 a
Seguimiento al Control CRED								
Seguimiento a Problemas Nutricionales								
Seguimiento a Problemas del Desarrollo								
Entrega de Suplementación								
Verificación de Consumo de Micronutrientes								
Seguimiento de IRA								
Seguimiento de EDA								
Seguimiento de Anemia								

XIII. ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO

	1	2	3	4	5	6
EDADES / SESIONES	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Recién Nacido						
< 01 año						
01 año						
02 años						
03 años						

XIV. ACTIVIDADES EXTRAMURALES, MASIVAS Y DE GESTIÓN

	1	2	3	4	5	6	7
Unidad Medida	Actividad Extramural	Actividades de Gestión					
	Sesiones Demostrativas	Sesiones Educativas	Evaluación	Supervisión	Asistencia Técnica	Rev. Téc. Personal de Salud	Rev. Téc. Agente Com. de Salud
Actividades							
Participantes							

XV. ATENCION DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

A. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

ANEXO 1. FORMULARIO DE REGISTRO DE PREVALENCIAS DE ENFERMEDADES						
A. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA		1	2	3	4	5
DIAGNÓSTICOS	Grupo de Edad					
	< 29 Días	29 d a 59 Días	02 - 11 Meses	01 - 04 Años	05 - 11 Años	Total
1. Total de Casos de IRA (1 + 2)	0	0	0	0	0	0
1.1. Nº casos de IRA complicada (a + b + c)	0	0	0	0	0	0
a. Neumonía complicada						0
b. Neumonía no complicada						0
c. SOBA o ASMA						0
1.2. Nº casos de IRA no complicada (a + b + c)	0	0	0	0	0	0
a. Faringo amigdalitis purulenta aguda						0
b. Otitis media aguda						0
c. Resfrió, faringitis viral, bronquitis,etc						0
2. Total de casos IRA complicadas hospitalizadas						0
3. Nº de casos de IRA complicada referidos						0
4. Control de seguimiento de neumonia a las 48 horas						

Fuentes Externas Reporte de Egresos

B. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

B. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	1	2	3	
	Grupo de Edad			
	< 01 Año	01 - 04 Años	05 - 11 Años	Total
1. EDA Sin Complicación (a + b + c + d)	0	0	0	0
a. Acuosa Aguda s/deshidratación				0
b. Sospechoso de cólera s/deshidratación				0
c. Disenteria s/deshidratación				0
d. Diarrea persistente				0
2. EDA Complicada (a + b + c + d + e + f)	0	0	0	0
a. Acuosa Aguda c/deshidratación				0
b. Sospechoso de cólera c/deshidratación				0
c. Disenteria c/deshidratación				0
d. Acuosa Aguda c/deshidratación c/shock				0
e. Sospechoso de cólera c/deshidratación c/shock				0
f. Disenteria c/deshidratación c/shock				0
3. Hospitalizados por EDA (Egresos)				0

C. ANEMIA Y PARASITOSIS

C. ANEMIA Y PARASITOSIS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
CAUSAS DE MORBILIDAD	Diagnóstico															
	Total		RN		< 01 año		01 año		02 años		03 años		04 años		05 - 11 años	
	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.
Anemia por Deficiencia de Hierro																
Parasitosis Intestinal																

XVI. DEFUNCIONES

GRUPOS DE EDAD	Intrahospitalario			Extrahospitalario			TOTAL
	IRA	EDA	Todas las Causas	IRA	EDA	Todas las Causas	
< 29 días							0
29 días a 59 días							0
02 meses a 11 meses							0
01 año							0
02 años a 04 años							0
05 años a 11 años							0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0

Fuentes Externas

Certificado de Defunción

Reporte de Egresos

XVII. VIGILANCIA DEL CONSUMO DE SAL YODADA

1. CONTROL CUALITATIVO DE SAL YODADA

CALIDAD DE LA SAL	Total		Vivienda		Mercado		Planta Procesadora	
	Nº Activ.	Muestras	Nº Activ.	Muestras	Nº Activ.	Muestras	Nº Activ.	Muestras
Suficiente								
Poco								
Negativo								
Total	0	0	0	0	0	0	0	0

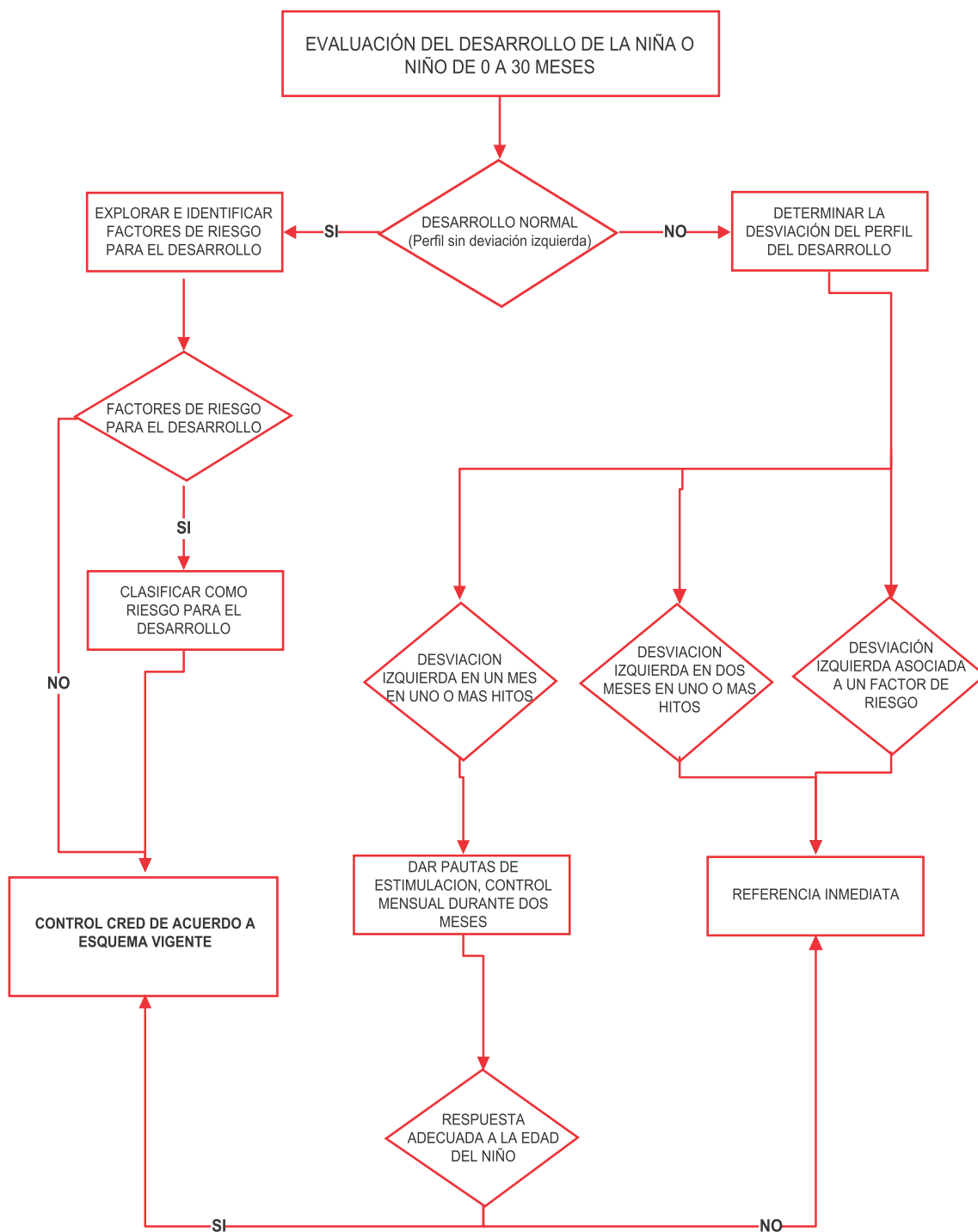
OBSERVACIONES:

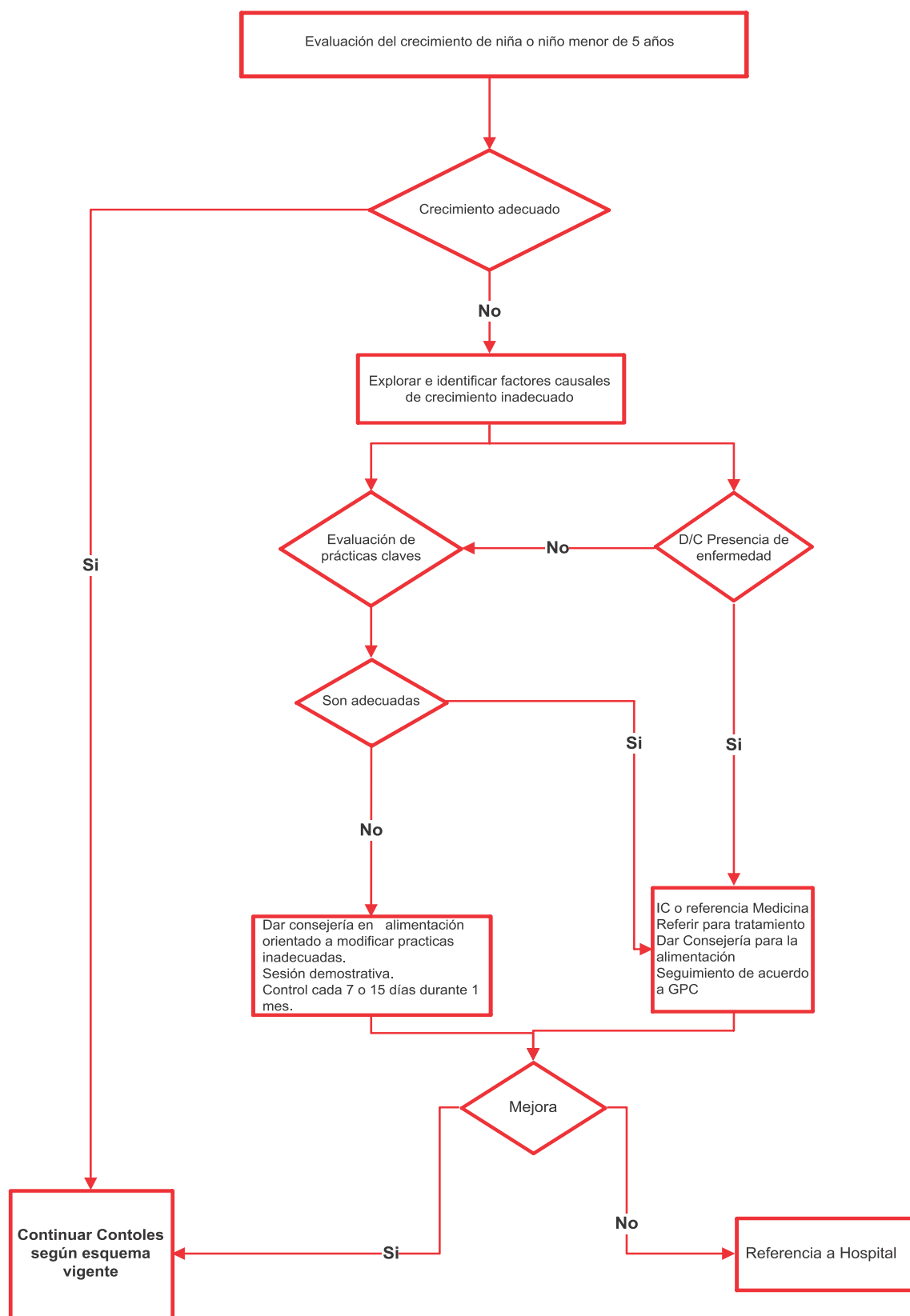
2. CONTROL CUANTITATIVO DE SAL YODADA POR RESULTADO

RESULTADOS DE MUESTRAS	Total		Mercado		Planta Procesadora	
	Nº Activ.	Muestras	Nº Activ.	Muestras	Nº Activ.	Muestras
Muestra de Sal <= 15 Ppm de Yodo						
Muestra de Sal > 15 Ppm de Yodo						
de muestras tomadas	0	0	0	0	0	0

ANEXO N° 22

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE PROBLEMAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO





X. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Raineri, F., et al., *Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el periodo del embarazo hasta los 5 años*, ed. UNICEF. 2015, Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- 2) Walker, S.P., et al., *Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development*. Lancet, 2011. **378**(9799): p. 1325-38.
- 3) Grantham-McGregor, S., et al., *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. Lancet, 2007. **369**(9555): p. 60-70.
- 4) WHO, *Meeting report: nurturing human capital along the life course: investing in early child development*, WHO, Editor. 2013, WHO: Geneva, Switzerland.
- 5) Irwin, L., A. Siddiqi, and C. Hertzman, *Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador*. 2007.
- 6) Olds, D.L., L. Sadler, and H. Kitzman, *Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials*. J Child Psychol Psychiatry, 2007. **48**(3-4): p. 355-91.
- 7) INEI. *Encuesta demográfica y de salud familiar, 2009* 2009; Available from: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2009/resultados/>
- 8) INEI. *Encuesta demográfica y de salud familiar, 2015 - 1*. 2015; Available from: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=85&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=14/10/2015
- 9) Engle, P.L., et al., *Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries*. Lancet, 2011. **378**(9799): p. 1339-53.
- 10) Cusminsky, M., et al., *Manual del crecimiento y desarrollo del niño*, ed. PALTEX. Vol. 33. 1994, Washington, D.C. 20037, E.U.A.: Organización Panamericana De La Salud.
- 11) MINSA, Esquema del Desarrollo del Niño, Instituto Nacional de Rehabilitación. 1996, Lima, Perú
- 12) Figueiras, A., et al., *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*. 2006, Washington, D.C: EEUU: OPS.
- 13) WHO. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 2009; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- 14) Sierra, L., *Promoción del crecimiento y desarrollo en la primera infancia. Buenas prácticas y lecciones aprendidas del programa buen inicio*, ed. UNICEF. 2011, Lima, Perú.
- 15) Cunha, H., et al., *Interpreting the evidence on life cycle skill formation. Handbook of the Economics of Education*. Handbook of the Economics of Education, ed. E. B.V. Vol. 1. 2006.
- 16) Needlman, R., et al., *Effectiveness of a primary care intervention to support reading aloud: a multicenter evaluation*. Ambul Pediatr, 2005. **5**(4): p. 209-15.
- 17) UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil*. 2008; Available from: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Estado_mundial_de_la_infancia_2008.pdf
- 18) Oliver, M., *Diagnóstico Precoz en Salud Mental Pediátrica*. Vol. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, presentado al Doctor Horacio Lajarraga por sus colegas y discípulos. 2011, Buenos Aires.
- 19) Barker, D.J., *The developmental origins of well-being*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 2004. **359**(1449): p. 1359-66.
- 20) The Child Abuse Prevention and Treatment Act. Including Adoption Opportunities & The Abandoned Infants Assistance. 2010; Available from: <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2010.pdf>
- 21) Selph, S.S., et al., *Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive services task force recommendation*. Ann Intern Med, 2013. **158**(3): p. 179-90.

- 22) Daelmans, B., et al., *Effective interventions and strategies for improving early child development*. BMJ, 2015. **351**: p. h4029.
- 23) MINSA, *Guía de práctica clínica para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de errores refractivos en niñas y niños mayores de 3 años y adolescentes*. 2014: Perú.
- 24) AAO. *Pediatría y Estrabismo. Patrones de Prácticas Preferentes Lineamientos. Evaluación Ocular Pediátrica*. 2007; Available from: <http://www.aao.org/ppp>
- 25) Fescina, R., et al., *Manual de Autoinstrucción: Vigilancia del Crecimiento Fetal*. Publicación Científica CLAP ed. 2011, Montevideo, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- 26) OMS. *Patrones de crecimiento infantil*. 2006; Available from:
<http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>.
- 27) MINSA, *Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses*. 2014.
- 28) MINSA, *NORMA TECNICA DE SALUD Nº 113-MINSA/DGIEM-V.01. Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención*. 2015, Dirección general de infraestructura, equipamiento y mantenimiento.
- 29) Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP). Folletos Educativos. Disponible en URL: <http://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/> [Accedido 1 de Febrero 2017]
- 30) Santos AP, Nadanovsky P, Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries
- 31) in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41(1):1-12 .
- 32) Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1.
- 33) American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on perinatal and infant oral health care. *Pediatr Dent Reference Manual* 2016-17;38(6):150-54.
- 34) Clark MB, Slayton RL; Section on Oral Health. Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. *Pediatrics* 2014; 134(3): 626-33.