

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 implementación.

- 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.
- 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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 reevalúa 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 psicosociales 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 vulnerabilidad 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 refractarios 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

¹Guía Técnica para la detección y corrección oportuna de problemas visuales en la niña y el niño menor de cinco años”, aprobada con Resolución Ministerial N° 228-2017/MINSA.

- 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.

²R.M. N° 506-2005/MINSA, Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia

- 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 curvo 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.

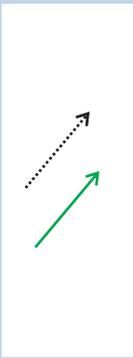
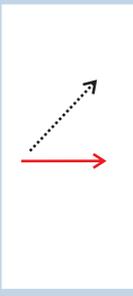
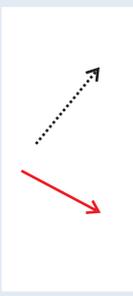
5.2 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: DIAGNÓSTICO

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		<p>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.</p> <p>La tendencia es paralela al patrón de referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DS)</p>	Felicitar a los padres o adultos responsables del cuidado del niño, estimular las prácticas adecuadas en el cuidado de la niña o niño y citar para el control siguiente de acuerdo a esquema vigente
CRECIMIENTO INADECUADO (Señal de alerta)		<p>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).</p>	<p>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. 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.</p>
		<p>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)</p>	
		<p>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)</p>	
		<p>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.</p>	

- 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

- 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).

- 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.
- 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 el diagnóstico 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:

- Desarrollo normal: si el perfil de desarrollo psicomotor obtenido no muestra desviación.
- Adelanto del desarrollo psicomotor: si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual.
- Trastorno del desarrollo: si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.
- 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:

- Establecer un diálogo respetuoso y conducido.
 - 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, señoito, 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:
- a. 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.
 - b. 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.
 - c. 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.

^{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

- 5.4.2** 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.
- 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 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 consideran 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.
 - 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 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

ANEXOS



ANEXO N° 1

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO.

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD											
N° de Historia Clínica		ción SIS u otro Seguro :			CUI/DNI						
Apellidos					F. de Nac.						
Nombres					Sexo:		M	F			
Problemas y Necesidades											
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL			CODIGO HIS	GRUPOS DE EDADES							
				0 - 28d		1m - 11m		1 año	2 años	3 años	4 años
N°	PRESTACION DE SALUD	DESCRIPCIÓN		FECHA		FECHA		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	ATENCION INTEGRAL DE SALUD	Valoración 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 AUDITIVO NEONATAL	Descarte de sordera en etapa neonatal									
5	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	A partir del 1º mes	Z001 Dx=D, Lab=1,2,....								
4	INMUNIZACIONES	A partir del nacimiento									
5	TAMIZAJE DE ANEMIA (Examen de Laboratorio)	A partir de los 4 meses	Z017, Dx =P								
6	DESCARTE DE PARASITOSIS	A partir del año	Z 119, Dx = P								
7	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	Detectar Riesgo de Violencia intrafamiliar y/o maltrato Infantil.	U140, Dx = D , Lab: VIF								
8	ORIENTACION INTEGRAL	Lactancia Materna, Signos de Alarma y Cuidados del Recién Nacido.	99401 Dx = R, Lab: 1								
9	CONSEJERIA NUTRICIONAL	Según norma técnica y de acuerdo a la necesidad.	99403 Dx=D, Lab=1,2,....								
7	TRATAMIENTO	Anemia.	Z298								
7	TRATAMIENTO	Parasitosis.	Z292								
9	ATENCIÓN TEMPRANA	Potenciar habilidades en el niño y niña.	99411								
9	SESIONES DEMOSTRATIVAS	Actividad educativa en la que los participantes aprenden a combinar los alimentos en forma adecuada.	C0010								
10	ADMINISTRACION DE HIERRO (SULFATO FERROSO / MICRONUTRIENTES)	Hierro	Z 298, Dx = D, Lab: SF1, SF2, SF3, SF4, SF5								
		Vitamina A									
		Multimicronutrientes									
11	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.									
12	EVALUACION PSICOSOCIAL	Evaluación de las habilidades sociales y cognitivas, identifica problemas de aprendizaje y de conducta riesgo.	U140, Dx = D, Lab: OM								
13	EVALUACION AGUDEZA VISUAL	Se realiza la evaluación a partir de los 03 años	Z010, Dx = D								
13	VISITA FAMILIAR INTEGRAL - SEGUIMIENTO	Actividad extramural que se realiza el seguimiento y control del daño.	99344, Dx = D								

CONSULTA									
Fecha:			Hora:			Edad:			
Descarte de signos de peligro : (marcar los hallazgos)									
MENOR DE 2 MESES:			DE 2 MESES A 4 AÑOS:			PARA TODAS LAS EDADES:			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO
No quiere mamar, ni succiona			No puede beber o tomar el pecho			Emaciación visible grave			Quién cuida al niño?
Convulsiones			Convulsiones			Piel vuelve muy lentamente			Participa el padre en el cuidado del niño?
Fontanela abombada			Letárgico o comatoso			Traumatismo/Quemaduras			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel			Vomita todo			Palidez palmar intensa			El niño recibe muestras de afecto?
Fiebre o temperatura baja			Estridor en reposo/tiraje subcostal			No presenta signos			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rigidez de la nuca									Especifique:
Pústulas muchas y extensas									
Letárgico o comatoso									
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:									
Examen físico									
Signos vitales Tº PA FC FR Peso Talla PC									
Diagnóstico									
A. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico					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	
					P/E T/E P/T			Observaciones:	
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo									
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)									
MENOR DE 2 MESES:			DE 2 MESES A 4 AÑOS:			PARA TODAS LAS EDADES:			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO
No quiere mamar, ni succiona			No puede beber o tomar el pecho			Emaciación visible grave			Quién cuida al niño?
Convulsiones			Convulsiones			Piel vuelve muy lentamente			Participa el padre en el cuidado del niño?
Fontanela abombada			Letárgico o comatoso			Traumatismo/Quemaduras			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel			Vomita todo			Palidez palmar intensa			El niño recibe muestras de afecto?
Fiebre o temperatura baja			Estridor en reposo/tiraje subcostal			No presenta signos			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rigidez de la nuca									Especifique:
Pústulas muchas y extensas									
Letárgico o comatoso									
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:									
Examen físico									
Signos vitales Tº PA FC FR Peso Talla PC									
Diagnóstico									
A. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico					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	
					P/E T/E P/T			Observaciones:	
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo									
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					N° DE HISTORIA CLINICA				

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 logar 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.

● Segunda parte

- Evaluación de la alimentación complementaria de la niña y el niño menor de 36 meses.
- Los cuadros deben ser completados a través de la entrevista a la madre, padre o cuidador. Leer las instrucciones debajo de cada cuadro antes de registrar la respuesta.
- Evaluación de la alimentación complementaria de la niña y el niño de 9 a 11 meses.
- Los cuadros deben ser completados a través de la entrevista a la madre, padre o cuidador. Leer las instrucciones debajo de cada cuadro antes de registrar la respuesta.
- Evaluación de la alimentación complementaria de la niña y el niño a partir del 1er año.
- Los cuadros deben ser completados a través de la entrevista a la madre, padre o cuidador. Leer las instrucciones debajo de cada cuadro antes de registrar la respuesta.

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.

ANTECEDENTES PERINATALES

Gestación: NORMAL RIESGO

N° CPNs: Inicio CPNs: Semanas

Edad Gestacional: Semanas Talla al Nacer:

Parto: Institucional Domiciliario Normal Complicado

Peso al Nacer: gr. Peso de Alta: grs.

Perímetro Cefálico: cm. APGAR 1' 5'

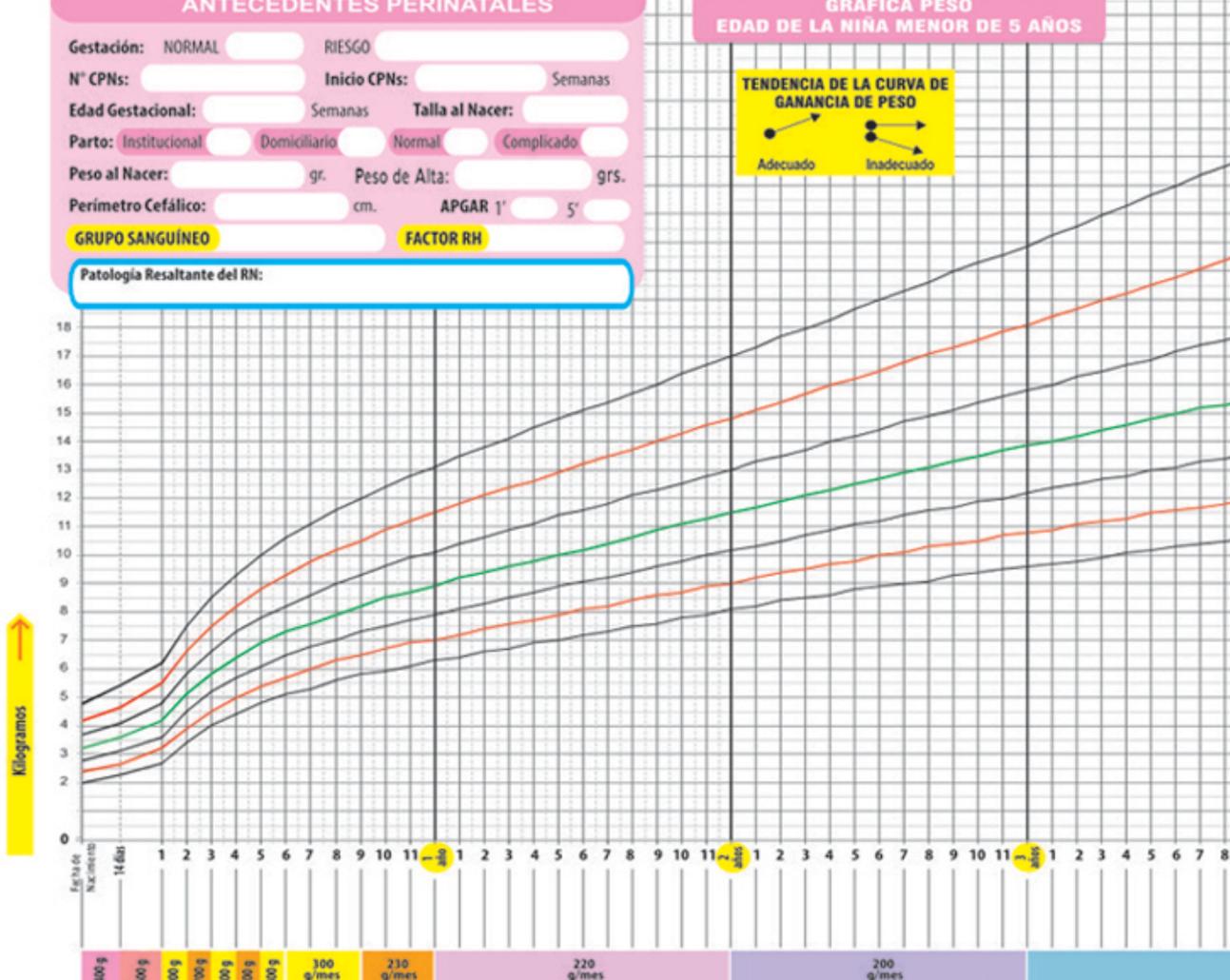
GRUPO SANGUÍNEO FACTOR RH

Patología Resaltante del RN:

GRÁFICA PESO EDAD DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

TENDENCIA DE LA CURVA DE GANANCIA DE PESO







RECUERDA

Lava siempre tus manos con agua y jabón:

- Antes y después de cambiar pañales.
- Antes y después de preparar alimentos.
- Antes y después de comer.
- Antes y después de ir al baño.

¡Lava las manos de tu niña en todo momento!



Acaricia y juega con tu niña en todo momento

5 AL MENOR DE 6 MESES: ÓLO leche materna de día y de noche

Continúa dándole leche materna y comidas hasta los dos años



ANTECEDENTES PERINATALES

Gestación: NORMAL RIESGO

N° CPNs: Inicio CPNs: Semanas

Edad Gestacional: Semanas Talla al Nacer:

Parto: Institucional Domiciliario Normal Complicado

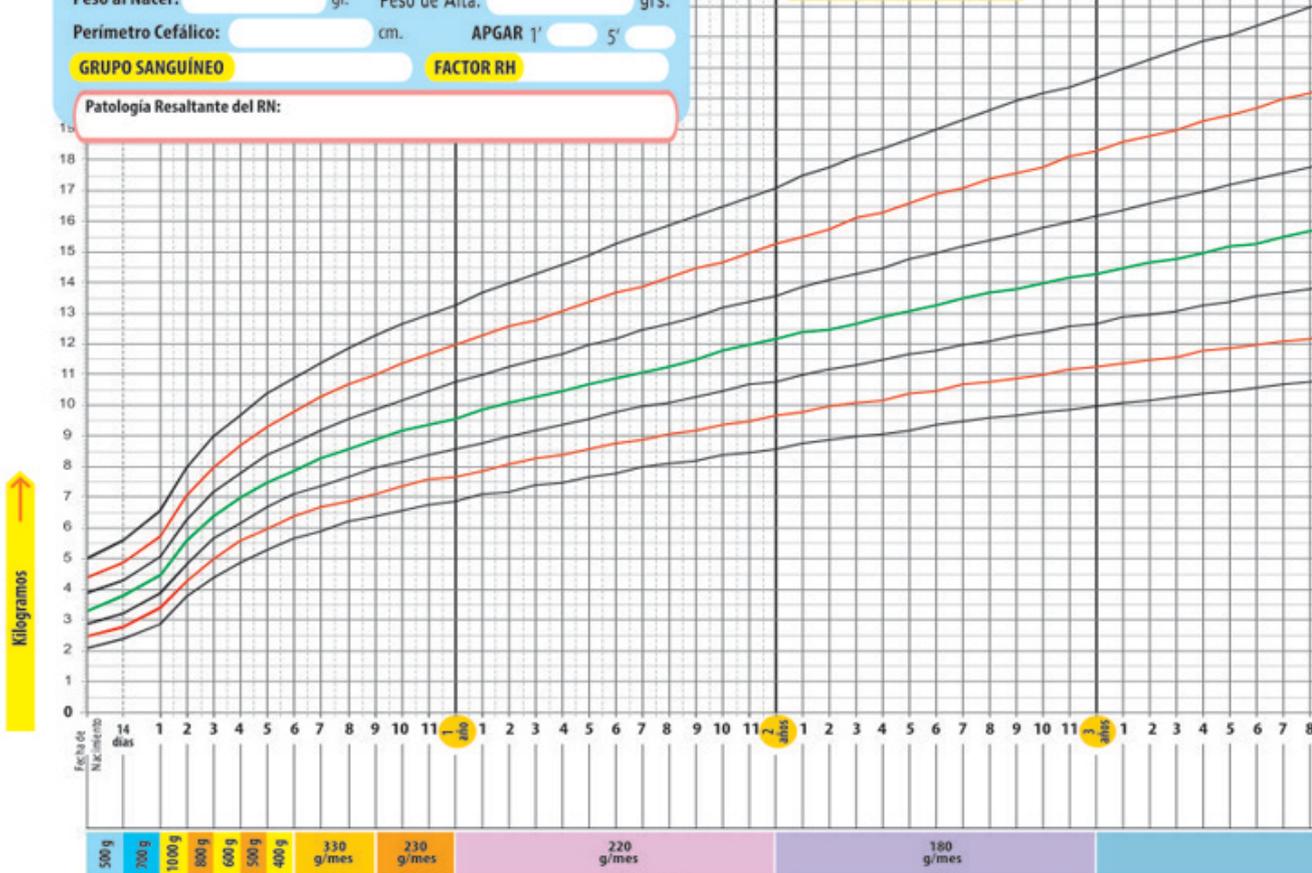
Peso al Nacer: gr. Peso de Alta: grs.

Perímetro Cefálico: cm. APGAR 1' 5'

GRUPO SANGUÍNEO **FACTOR RH**

Patología Resaltante del RN:

GRÁFICA PESO EDAD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS



RECUERDA

- Lava siempre tus manos con agua y jabón:
- Antes y después de cambiar pañales.
 - Antes y después de preparar alimentos.
 - Antes y después de comer.
 - Antes y después de ir al baño.

¡Lava las manos de tu niño en todo momento!



Acaricia y juega con tu niño en todo momento

AL MENOR DE 6 MESES: ÓLO leche materna de día y de noche
Continúa dándole leche materna y comidas hasta los dos años



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 lllore, anime a la madre, padre o cuidador que le acompaña, 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										INMUNIZACIONES																		
	HCL		Elab		Ejcc		BCG	HVB	PV	APO	PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO	ROTAVIRUS	INFLUENZA	SPR	AMA	DPT	APO	OTROS										
CUIDINI	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°									
COD.AFILSIS	CONTROL DECRECIMIENTO Y DESARROLLO																												
NOMBRE Y APELLIDOS	RECIENTE NACIDO										02 AÑOS																		
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°				
FNAC	MENOR DE 01 AÑO																												
MADRE	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO										ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO																		
	03 AÑOS					04 AÑOS					5 AÑOS					MENOR DE 01 AÑO					2 AÑOS					3 AÑOS			
PADRE	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°				
DIRECCION Y REFERENCIA	SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES										ATENCIÓN POR MORBILIDAD IRA, EDA, ANEMIA, PARASITOS, EMERGENCIA Y OTROS																		
	GOTAS										MICRONUTRIENTES																		
TIPO DE RIESGO	DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES										ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES Y DE SEGUIMIENTO																		
	Tmizaje Neonatal										Parasitos																		
PROGRAMA SOCIAL	TSH										Examen Seriado de Heces																		
	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC				
FOLIO	PLAN AIS										INMUNIZACIONES																		
	HCL		Elab		Ejcc		BCG	HVB	PV	APO	PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO	ROTAVIRUS	INFLUENZA	SPR	AMA	DPT	APO	OTROS										
CUIDINI	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°				
COD.AFILSIS	CONTROL DECRECIMIENTO Y DESARROLLO																												
NOMBRE Y APELLIDOS	RECIENTE NACIDO										02 AÑOS																		
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°				
FNAC	MENOR DE 01 AÑO																												
MADRE	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO										ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO																		
	03 AÑOS					04 AÑOS					5 AÑOS					MENOR DE 01 AÑO					2 AÑOS					3 AÑOS			
PADRE	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°				
DIRECCION Y REFERENCIA	SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES										ATENCIÓN POR MORBILIDAD IRA, EDA, ANEMIA, PARASITOS, EMERGENCIA Y OTROS																		
	GOTAS										MICRONUTRIENTES																		
TIPO DE RIESGO	DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES										ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES Y DE SEGUIMIENTO																		
	Tmizaje Neonatal										Parasitos																		
PROGRAMA SOCIAL	TSH										Examen Seriado de Heces																		
	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC				

**ANEXO N° 5
 EVALUACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO.**

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> - 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)	<ul style="list-style-type: none"> - Observar en la piel el color, turgencia (elasticidad), hidratación, temperatura (cianosis, ictericia, palidez), valorar y describir la presencia de lesiones o anomalías 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>FACIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar la forma, simetría de movimientos (descartar parálisis facial), edema. <p>OREJA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p style="text-align: center;">CARA</p>	<p>OJOS: Inspeccionar la zona ocular externo (Anexo N° 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (leucocoria) puede ser catarata congénita o retinoblastoma, entre otras causas. - Reflejo rojo binocular debe estar presente. - Globos oculares: observar si estos son pequeños (microftalmos o nanofthalmos) 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. <p>NARIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>BOCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p style="text-align: center;">CUELLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 cardiacos (soplos) y/o respiratorios (sibilantes, roncros, estertores). - Observar asimetrías, deformaciones (tórax en quilla, <i>pectumexcavatum</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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 grasoso, mancha rojiza, zona de pelos largos anormales u orificio cutáneo en cualquier zona desde el cuello a la región sacrocoxígea (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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	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.	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 oclusor 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	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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <p>Ante la sospecha derivar al especialista.</p>
PÉRDIDA AUDITIVA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parece oír algunos sonidos pero no todos los sonidos. ✓ Dificultad para comprender un discurso susurrante.
DEFICIENCIA AUDITIVA MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.

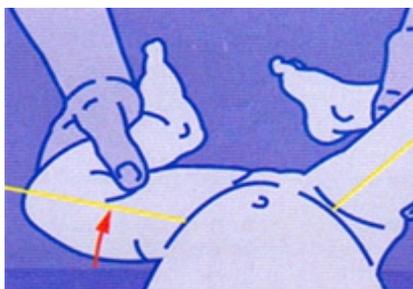
ANEXO N° 8 EVALUACIÓN ORTOPÉDICA

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 (oligohidroamnios).

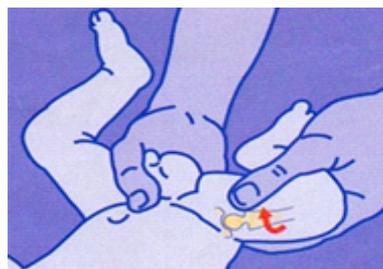
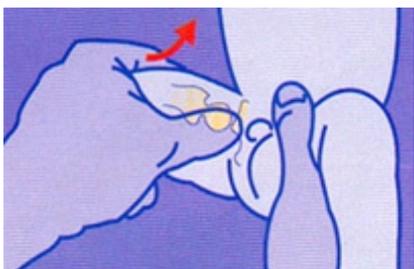
En el examen físico del lactante deben descartarse los siguientes signos:

- **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.

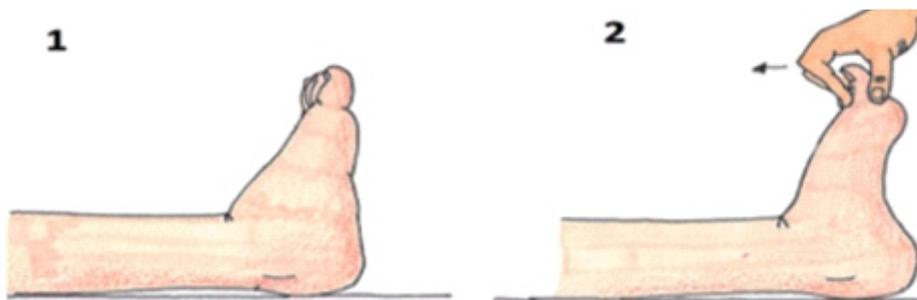


Evaluación que debe realizarse principalmente a partir de los 6 meses de edad. Se observa trendelenburg positivo, acortamiento, rotación externa de la pierna y posición de puntillas; disimetría y asimetría de pliegues en la unilateral y aumento de espacio perineal con hiperlordosis en la bilateral. Siempre 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.



- 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 traumatológica 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: <ul style="list-style-type: none"> ● 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 referenciainmediata. 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	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 cuerpo.	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.