



Resolución Ministerial

Lima, 10 de Julio del 2017

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

CONSIDERANDO:

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



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



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



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



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



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

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

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

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

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

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 137 -MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

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

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

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

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PATRICIA F. GARCIA FUNEGRA
Ministro de Salud



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.

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

- 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



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

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 período prenatal, perinatal y post natal (bajo peso, prematurez 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 período 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.



NTS N° 437 - MINSA /2017/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR
DE CINCO AÑOS

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 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 la que haga sus veces 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.



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

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

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: VALORACIÓN

5.1.1 Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales.

- Durante el control del crecimiento y desarrollo se identificarán los diferentes factores de riesgo que pudieran influir o afectar el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.
- La primera evaluación psicosocial se realiza en el primer control (recién nacido), integrando y reevaluando los factores identificados durante el control prenatal; en los controles siguientes se 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.



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

- Alteración de la salud mental en la niña o niño: abuso sexual, maltrato físico, psicológico y emocional
- Niña o niño sin acceso a educación por ruralidad extrema y/o sin vacante.
- Niña o niño fuera del sistema escolar formal.
- El abordaje de los factores de riesgo sicosociales y familiares requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado.
- Para el manejo de casos de niñas y niños con riesgo psicosocial, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo deberá:
 - Identificarse y se mantendrá 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.



NTS N° 137 - MINSAL/2017/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR
DE CINCO AÑOS

- 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 Marfan, 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 vigente¹.

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.

¹"Guía 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.

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

- 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 período 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 sensorioneural.
 - 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



NTS N° 137 - MINSAL/2017/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR
DE CINCO AÑOS

- Otitis media aguda a repetición
- En el menor de 24 meses, sospechar de hipoacusia si están ausentes los siguientes antecedentes conductuales:
 - **Desde el nacimiento hasta los 3 meses:** se sobresalta con ruidos fuertes, se despierta con algunos ruidos, parpadea o abre los ojos en respuesta a los ruidos.
 - **De 3 a 6 meses:** se tranquiliza con la voz de la madre, detiene sus juegos cuando escucha sonidos nuevos y busca la fuente de sonidos nuevos fuera de su alcance.
 - **De 6 a 9 meses:** disfruta con juguetes nuevos, gorjea con inflexión, dice disílabos (8-9 meses) o ma-má.
 - **De 12 a 15 meses:** responde a su nombre y al "no", sigue órdenes simples, utiliza vocabulario de 3 a 5 palabras e imita algunos sonidos.
 - **De 18 a 24 meses:** conoce algunas partes de su cuerpo, aumenta su vocabulario, cerca de los 24 meses genera frases de 2 palabras.
- Entre preescolares y escolares, se sospecha de hipoacusia si presentan los siguientes antecedentes conductuales:
 - Necesita que le repitan palabras.
 - Usa gestos para comunicarse.
 - No sigue las instrucciones en la sala de clases, según lo referido por los profesores.
 - Fija la atención en los labios cuando se le habla.
 - Alteración en lenguaje detectado en TEPSI de 36 meses.
 - Ante la presencia de factores de riesgo descritos anteriormente o sospecha de hipoacusia, se derivará a la niña o niño al especialista.
 - La detección de los problemas de la audición se realizará según Anexo N°7.

5.1.5 Evaluación para descartar enfermedades prevalentes

- En cada control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud explorará la presencia de alguna enfermedad, así como identificará la ocurrencia de enfermedad entre el último control y el actual.
- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas se realiza siguiendo la metodología AIEPI2.
- 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 puérperas".
- El descarte de parasitosis en niñas y niños se realiza a partir del primer año de edad, una vez al año.
- Cuando un establecimiento de salud no cuente con uno de los métodos para el tamizaje o dosaje antes mencionados, se referirá a un establecimiento de mayor complejidad.



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

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

5.1.7 Evaluación del crecimiento y estado nutricional

Valoración antropométrica: peso, longitud / talla y perímetro cefálico

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

5.1.8 Evaluación del Desarrollo

- Para evaluar el desarrollo de la niña y el niño se usará las siguientes escalas:
 - **La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)** mide el rendimiento de la niña y el niño de 0 a 2 años frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Evalúa las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.
 - **El Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI)** mide el rendimiento de la niña y niño de 2 a 5 años en 3 áreas en la coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de su conducta frente a situaciones propuestas por el examinador.
 - **El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED)**, es una simplificación de la EEDP y TEPSI para 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.



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

- 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, Defensoría 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 de cadera se evaluará a través del signo de Ortolani, signo de Barlow y limitación de la abducción.

b. Marcha

Se evalúa a partir de los 15 meses. Para hacer un buen examen de la marcha, hay que dejar a la niña o niño con pocas prendas, mirarlo por adelante, atrás y lateralmente,



primero en reposo y luego caminando. En reposo, solo con ropa interior, y de pie, observando la simetría del cuerpo de frente y de espalda, las articulaciones, los huesos (pelvis, escápula) y los pliegues. Lateralmente, deben evaluarse las curvas de la columna, buscando una patología frecuente como dorso curso o hiperlordosis lumbar. Luego pedirle a la niña o niño que camine, idealmente varios metros, para observar la simetría o claudicación y estabilidad de la marcha.

c. Pie plano

Después de los 2 años es posible empezar el descarte del pie plano, ya que en los menores existe una almohadilla de grasa palmar que aumenta el área del pie con el suelo. En caso de existir pie plano en niños y niñas mayores de 2 años, es necesario identificar si es flexible o rígido.

5.2 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: DIAGNÓSTICO

5.2.1 Crecimiento

- El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia y velocidad del proceso se clasifica en:

a. Crecimiento adecuado

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE alrededor de la mediana). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b. Crecimiento inadecuado

Condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE). (Gráfico N° 1)

El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo deberá hacer uso del kit del Buen Crecimiento Infantil para todas las niñas y niños menores de 12 meses, en el marco de la consejería CRED y atención infantil³ (Anexo N° 13).



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

GRÁFICO N° 1
 INTERPRETACIÓN DE LA VELOCIDAD Y TENDENCIA DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

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

• Clasificación del estado nutricional

a. Recién Nacidos:

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

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

< 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:

<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:

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.

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

- **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

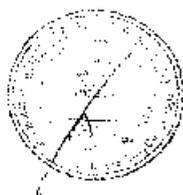
>+ 3	Obesidad	Muy alto
>+ 2	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Bajo peso	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Talla baja severa

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

- Observaciones con relación a la valoración nutricional:
 - a. **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.
 - b. **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:



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

$$\frac{\text{Talla actual menos la talla anterior} = \text{cm/día}}{\text{Fecha actual menos la fecha anterior}}$$

Índice Nutricional de la Ganancia de peso y talla

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

Basado en Patrón de referencia OMS 2006

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 niveles inferiores se debe considerar una ganancia inadecuada.

5.2.2 Desarrollo

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

Para esta escala de evaluación del desarrollo psicomotor, se obtiene los 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.

NTS N° 137 - MINSAL/2017/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

- Demostrar empatía, es decir, tener capacidad de ponerse en el lugar del otro, imaginar cómo se está sintiendo y entenderlo, de tal manera que la otra persona se sienta cómoda y comprendida.
- Evitar utilizar diminutivos (mamita, hijita, señito, entre otros), aludiéndolos por sus nombres a las madres, padres o cuidadores de la niña o niño.

5.3.4 Crear un ambiente de confianza y ofrecer apoyo:

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

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

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 micronutrientes

Toda entrega de suplementos de hierro en gotas, jarabe o micronutrientes⁴ debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos⁵.

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

⁴ NTS N°134 "Norma Técnica para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas", pag.12

⁵ NTS N°134 "Norma Técnica para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas", pag.19



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 vigente⁶.
- 5.3.8 El personal de la salud que efectúa el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de derivar a la niña y niño al médico para el manejo y tratamiento de la parasitosis y anemia, la misma que se realizará según norma técnica y guías de práctica clínica vigente.

5.4 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: SEGUIMIENTO

- 5.4.1 El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento, es el responsable del seguimiento y deberá desarrollar estrategias que aseguren la atención de las niñas y niños.
- 5.4.2 Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas, las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño.
- 5.4.3 Las citas se establecerán considerando los intervalos mínimos establecidos en el esquema de periodicidad para el control del crecimiento y desarrollo.
- 5.4.4 La frecuencia de citas se incrementará cuando se identifiquen riesgos o problemas en la niña o niño.
- 5.4.5 Para niñas y niños con problemas de crecimiento y nutricionales se programarán las citas con intervalos de 7 días, de acuerdo a la necesidad, hasta lograr la recuperación.
- 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.



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.



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

- 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.

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



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

- Para las niñas y niños prematuros y/o bajo peso se considerarán 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.

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 según la OMS 2006.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (VIF).
- Camé 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, TAP 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.

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

- 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 resolutive 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:



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

- 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.



IX. ANEXO

- Anexo N° 1** Instructivo para el llenado de historia clínica de la Niña y el Niño.
- Anexo N° 1a** Formato de historia clínica de la niña y niño (incluye):
- o Plan de atención.
 - o Datos de filiación y antecedentes.
 - o Evaluación de la alimentación.
 - o Formato de consulta.
 - o Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil.
 - o Curvas de evaluación del crecimiento (niñas, niños).
 - o Curvas de perímetro cefálico (niñas, niños)
- Anexo N° 2** Carné de Atención Integral de Salud de la niña y niño menor de 5 años.
- Anexo N° 3** Aspectos prácticos a considerar en el control del CRED de la niña y el niño menor de 5 años.
- Anexo N° 4** Registro de seguimiento de la atención integral.
- Anexo N° 5** Evaluación del examen físico.
- Anexo N° 6** Pruebas para la detección de alteraciones visuales
- Anexo N° 7** Detección de problemas de la audición.
- Anexo N° 8** Evaluación Ortopédica.
- Anexo N° 9** Evaluación de los pares craneales.
- Anexo N° 10** Evaluación de los reflejos primarios en el recién nacido.
- Anexo N° 11** Recomendaciones sobre salud bucal a ser aplicadas por todo personal de la salud durante los controles de la niña y el niño.
- Anexo N° 12** Procedimiento de medición de las variables antropométricas.
- Anexo N° 13** Instructivo kit del buen crecimiento infantil, en el marco de la consejería CRED y atención infantil.
- Anexo N° 14** Pautas para la atención temprana del desarrollo.
- Anexo N° 15** Lista de equipo y mobiliario para la atención temprano del desarrollo.
- Anexo N° 16** Pautas para realizar el control del crecimiento y desarrollo con adecuación cultural.
- Anexo N° 17** Descripción de los instrumentos para evaluar el desarrollo.
- Anexo N° 18** Pautas de crianza y cuidado de niñas y niños menores de 5 años.
- Anexo N° 19** Ambientes y equipamiento mínimo para realizar el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años
- Anexo N° 20** Criterios de programación.
- Anexo N° 21** Reporte mensual de actividades atención integral de salud de la niña y el niño.
- Anexo N° 22** Flujoograma de manejo de problemas del crecimiento y desarrollo.



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

X. BIBLIOGRAFÍA

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



- 19) Barker, D.J., *The developmental origins of well-being*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 2004. **359**(1449): p. 1359-66.
- 20) *The Child Abuse Prevention and Treatment Act. Including Adoption Opportunities & The Abandoned Infants Assistance*. 2010; Available from:
<http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2010.pdf>.
- 21) Selph, S.S., et al., *Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive services task force recommendation*. Ann Intern Med, 2013. **158**(3): p. 179-90.
- 22) Daelmans, B., et al., *Effective interventions and strategies for improving early child development*. BMJ, 2015. **351**: p. h4029.
- 23) MINSA, *Gula de práctica clínica para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de errores refractivos en niñas y niños mayores de 3 años y adolescentes*. 2014: Perú.
- 24) AAO. *Pediátrica y Estrabismo. Patrones de Prácticas Preferentes Lineamientos. Evaluación Ocular Pediátrica*. 2007; Available from: <http://www.aaopt.org/ppp>.
- 25) Fescina, R., et al., *Manual de Autoinstrucción: Vigilancia del Crecimiento Fetal*. Publicación Científica CLAP ed. 2011, Montevideo, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- 26) OMS. *Patrones de crecimiento infantil*. 2006; Available from:
<http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>.
- 27) MINSA, *Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses*. 2014.
- 28) MINSA, *NORMA TÉCNICA DE SALUD Nº 113-MINSA/DGIEM-V.01. Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención*. 2015, Dirección general de infraestructura, equipamiento y mantenimiento.
- 29) Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP). Folletos Educativos. Disponible en URL: <http://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/> [Accedido 1 de Febrero 2017]
- 30) Santos AP, Nadanovsky P, Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries
- 31) in the primary dentition of preschool children. Community Dent Oral Epidemiol 2013;41(1):1-12 .
- 32) Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2010, Issue 1.
- 33) American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on perinatal and infant oral health care. Pediatr Dent Reference Manual 2016-17;38(6):150-54.
- 34) Clark MB, Slayton RL; Section on Oral Health. Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. Pediatrics 2014; 134(3): 626-33.

