



Guía I
Guía técnica para la detección
temprana de las alteraciones
del crecimiento y desarrollo
en el menor de 10 años

Juan Carlos Bustos
MD Pediatra, Profesor asociado
Revisor

Carlos Agudelo Calderón
Director del proyecto

Rodrigo Pardo
Coordinador

Hernando Gaitán
Coordinador

Pío Iván Gómez
Coordinador

Análida Elizabeth Pinilla
Coordinadora

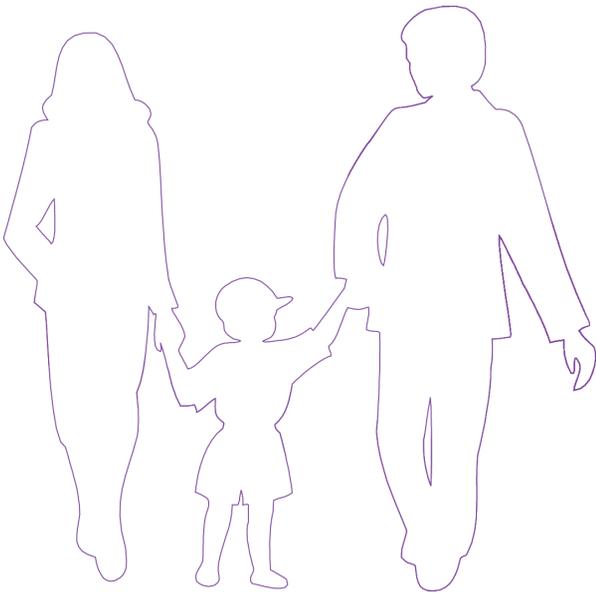
Juan Carlos Bustos
Coordinador

Claudia Liliana Sánchez
Asistente de investigación

Francy Pineda
Asistente de investigación

Participantes en la socialización

INSTITUCION	NOMBRE
Ministerio de la Protección Social	Sandra Tovar
Ministerio de la Protección Social	Flor Elsa Villafradez
Ministerio de la Protección Social	Adriana Cristina Pulido
Sociedad Colombiana Pediátrica	Olga Lucía Baquero
Universidad Nacional de Colombia	Magnolia Arango
Universidad Nacional de Colombia	Jesús Ardila Novoa
Universidad Nacional de Colombia	Adriana Useche
Universidad Nacional de Colombia	Germán Camacho Moreno
Universidad Nacional de Colombia	Miguel Barrios Acosta
Universidad Nacional de Colombia	Ernesto Durán
Universidad Nacional de Colombia	Nubia Patricia Farías
Universidad Nacional de Colombia	Doris Valencia Valencia
Universidad Nacional de Colombia	Juan Carlos Bustos
Universidad Nacional de Colombia	Hernando Gaitán
Universidad Nacional de Colombia	Carlos Andrés Portilla
Universidad de Antioquia	Humberto Ramírez Gómez
Universidad Javeriana	Juan Manuel Lozano
Universidad Javeriana	Juan Carlos Pérez
Universidad Javeriana	Elena María Trujillo
Colmédica	Janeth Bibiana Beltrán
Colmédica	María Luisa Latorre



Contenido

	Página
I. Introducción	25
2. Metodología	25
2.1. Niveles de evidencia.....	26
2.2. Grados de recomendación.....	26
3. Justificación	27
4. Epidemiología	28
5. Objetivos	29
5.1. Objetivo general	29
5.2. Objetivos específicos	29
6. Aspectos conceptuales	30
7. Factores determinantes del crecimiento y desarrollo	31
7.1. Factores protectores.....	31
7.2. Factores de riesgo	32
8. Población objeto	33
9. Características del servicio	33
9.1. Instrumentos	33
9.2. Insumos necesarios	34
10. Actividades	35
10.1. Primer año	35
10.1.1 Consulta prenatal.....	35
10.1.2 Inscripción.....	36

	Página
10.1.3 Valoración integral del recién nacido	36
10.1.4 Visita domiciliaria al recién nacido y su familia	36
10.1.5 Controles de niño sano	37
10.1.6 Actividades de educación en puericultura	39
10.1.7 Consejería en lactancia materna	40
10.1.8 Suplementación con hierro	41
10.1.9 Búsqueda activa	41
10.2. Niños de 1 a 5 años	42
10.2.1 Controles de niño sano	42
10.2.2 Actividades de educación en puericultura	42
10.2.3 Valoración visual	42
10.2.4 Actividades de prevención y promoción en salud oral	42
10.2.5 Valoración auditiva	43
10.2.6 Suplementación con hierro	43
10.2.7 Suministro de antiparasitarios	43
10.3 Niños de 6 a 10 años	43
10.3.1 Controles de niño sano	43
10.3.2 Actividades de educación en puericultura	44
10.3.3 Valoración visual	44
10.3.4 Actividades de prevención y promoción en salud oral	44
10.3.5 Suministro de antiparasitarios	44
II. Condiciones especiales	44
12. Cuadro nivel de evidencia	46
13. Flujograma	47
Anexos	48
Bibliografía	52
Tablas y gráficos	
Tabla I. Factores de riesgo	32
Tabla 3.I Guía escala de Goodnough-Harris	51

I. Introducción

Los conceptos sobre los cuales se proponen las modificaciones a la norma 412 para la atención integral del niño sano menor de 10 años, tienen un análisis juicioso, con carácter científico y criterio estrictamente universitario que reconoce el consenso de saberes de diferentes grupos y no posee ningún interés económico ni de gremio. Refleja la ambición sana de un equipo de salud que sueña y propende por un presente y futuro mejor para la niñez colombiana.

Estas recomendaciones son acciones terapéuticas y diagnósticas que se sabe y se cree ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes. Se sugiere revisar esta Guía en forma periódica como quiera que los avances en terapéutica pueden modificar las recomendaciones presentes y entonces tener una vigencia temporal de 3 a 5 años.

2. Metodología

Se realizó una búsqueda electrónica en la Biblioteca Cochrane donde se revisaron los resúmenes y textos completos de la bases de datos de revisiones sistemáticas, así como también el registro de experimentos clínicos controlados. Además, se realizó una búsqueda en la Biblioteca Nacional de los Estados Unidos (MEDLINE) desde 1996 hasta la fecha y LILACS desde su aparición hasta junio de 2005. Se seleccionaron artículos en inglés o español de revistas sometidas al proceso de revisión por pares. Se priorizaron meta-análisis experimentos clínicos controlados, y guías de práctica clínica relacionadas. También, se incluyeron estudios observacionales y referencias sugeridas por los expertos en aspectos en los que no se dispone evidencia ya que son aspectos considerados como estrategias de buena práctica clínica y son difíciles de evaluar por medio de experimentos clínicos controlados (ECC), ya que se expondrían los sujetos a un riesgo inadmisible o irían en contra de prácticas consideradas como buenas prácticas basadas en la práctica usual

de la medicina. Se realizó un análisis cualitativo de la información ponderado por la calidad metodológica, tanto de las fuentes primarias como del soporte bibliográfico de revisiones y consensos, para elaborar las conclusiones, en grados de mismo, la investigación se complementó con una búsqueda manual en artículos de revisión, en documentos de políticas, estrategias y programas nacionales e internacionales para la salud de la infancia como AIEPI y en los consensos de la fuerza de tarea canadiense para el cuidado preventivo de la salud. Para minimizar los sesgos de publicación, se adelantaron averiguaciones con autoridades académicas en busca de información no publicada. Se realizó un análisis cualitativo de la información ponderado por la calidad metodológica, tanto de las fuentes primarias como del soporte bibliográfico de revisiones y consensos, para elaborar las conclusiones, en grados de evidencia y niveles de recomendación que soportan la presente actualización.

Para esta guía se han utilizado los niveles de evidencia y grados de recomendación de la fuerza de tarea canadiense para cuidado preventivo de salud (I).

2.1 Niveles de evidencia

- I. Evidencia obtenida a partir de, al menos, un experimento clínico aleatorizado, bien diseñado.
- II-1. Evidencia a partir de experimento clínico sin asignación aleatoria, bien diseñado.
- II-2. Evidencia a partir de estudios analíticos de cohortes o casos y controles bien diseñados, preferiblemente realizados en más de un solo centro.
- II-3. Evidencia de comparaciones entre sitios y tiempos con o sin la intervención. Resultados dramáticos de experimentos no controlados podrían ser incluidos en este nivel.
- III. Opiniones de expertos basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.

2.2 Grados de recomendación

- A. Buena evidencia que soporta la recomendación de que la condición o maniobra debe ser específicamente considerada en un examen de salud periódico.

- B. Escasa evidencia que soporta la recomendación de que la condición o maniobra debe ser específicamente considerada en un examen de salud periódico.
- C. Pobre evidencia en relación con la inclusión o exclusión de la condición o maniobra en un examen de salud periódico pero la recomendación podría ser hecha en otros escenarios.
- D. Débil evidencia de que la recomendación de que la condición o maniobra debe ser específicamente excluida en un examen de salud periódico.
- E. Buena evidencia que soporta la recomendación de que la condición o maniobra debe ser específicamente excluida en un examen de salud periódico.

Los conceptos sobre los cuales se proponen las modificaciones a la norma 412 para la atención integral del niño sano menor de 10 años, tienen un análisis juicioso, con carácter científico y criterio estrictamente universitario que reconoce el consenso de saberes de diferentes grupos y no posee ningún interés económico ni de gremio.

A lo largo del documento se citará la evidencia enunciando primero el grado de recomendación y luego el nivel de evidencia, por ejemplo: grado de recomendación A, nivel de evidencia I: (AI).

3. Justificación

El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

Para que este proceso de crecimiento y desarrollo se dé adecuadamente requiere que sea integral, armónico y permita la vinculación del niño con los grupos sociales, sin olvidar que cada ser humano es único e irrepetible y con características que le son propias y que hay que respetar (2).

Es fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños. Los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en

la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud.

Los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) han establecido un compromiso mundial para mejorar la calidad de vida, que se ha consignado en los denominados objetivos del milenio. Garantizar a los niños un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo es una de las estrategias para lograr dicho objetivo(3). La salud de los niños es un compromiso que trasciende el sector de la salud. Una nación debe resolver los problemas de la infancia si quiere ser exitosa en su lucha por alcanzar el verdadero desarrollo. En los primeros diez años se deciden muchas cosas de manera definitiva para el ser humano. Las complicaciones en la gestación, el parto y enfermedades evitables o fácilmente curables como las debidas a la falta de higiene y un ambiente malsano, pueden cortar vidas o limitar para siempre las capacidades de una persona (4). Se requiere la participación del gobierno, la sociedad civil y del individuo mismo, para lograr estados de bienestar individuales y colectivos. El mundo moderno exige nuevas estrategias que articulen alianzas para lograr mayor eficiencia y eficacia en las metas trazadas. Soñamos con que nuestros niños sean individuos con alta autoestima, autónomos, felices, solidarios, saludables, creativos y resilientes.

La atención integral a todo niño sano menor de 10 años, que comprende la vigilancia y acompañamiento de su proceso de crecimiento y desarrollo y la detección temprana e intervención oportuna de problemas y factores de riesgo, se constituyen en una acción altamente costo eficiente, que contribuye a lograr una sociedad más justa y equitativa.

4. Epidemiología

Para el año 2005 la población proyectada del país es de 46.039.144, de los cuales 20,72% corresponde a menores de 9 años(5). Para 2004 la tasa de mortalidad infantil fue de 22,7(6). La desnutrición infantil representa un porcentaje importante con una prevalencia anual del 6,7% en el rango de moderada a severa, además se ha descrito que buen numero de niños presenta anemia por deficiencia de hierro (7). Sumado a esto se reporta que solamente 26% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva (8).

La incidencia de discapacidad definitiva en niños es del 8%, siendo el déficit sensorial, físico y el cognitivo los más frecuentes. El 12,5% de los discapacitados son menores de 5 años y sus principales causas son perinatales, congénitas o infecciosas (9). Para el desarrollo integral del niño es importante la detección precoz de alteraciones sensoriales, entre ellas la hipoacusia infantil en la que 80% de los casos se presentan en el momento del nacimiento, poniendo de manifiesto la importancia del diagnóstico precoz (10).

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Brindar pautas para la atención integral con calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, por parte de los administradores de planes de beneficio y los prestadores de servicios de salud.

5.2 Objetivos específicos

- Promover la salud, el crecimiento y el desarrollo armónico de todos los niños
- Fomentar condiciones y estilos de vida saludables, potenciando factores protectores y controlando factores de riesgo
- Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y los niños
- Evaluar las condiciones de salud, los riesgos para la misma y el proceso de crecimiento y desarrollo mediante el seguimiento periódico del proceso vital
- Fomentar una alimentación saludable, con aportes nutricionales adecuados para la edad, lactancia materna en los primeros años, complementaria balanceada y suplementación con micronutrientes
- Prevenir las enfermedades más frecuentes y los accidentes, promoviendo medidas de protección específica como la vacunación y las recomendadas en la estrategia AIEPI
- Impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva

- Fomentar la participación comunitaria y la articulación con el sector educativo como estrategias para fomentar la salud integral de los niños.

6. Aspectos conceptuales

Las metas del desarrollo infantil: autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad, salud y resiliencia, se pueden alcanzar a través de un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo dentro del ciclo vital del niño y son la máxima expresión del potencial individual que se reconstruye permanentemente apoyado en la crianza humanizada (C3) (II). *El crecimiento*: se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño. Es un proceso inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico.

El desarrollo: es un proceso dinámico que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (I2).

La concepción actual de la salud está ligada al concepto de bienestar y se ha considerado que la mejor estrategia para adquirir ese bienestar es la *promoción* de la salud. La carta de Ottawa señala que:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas (I3-I4).

Es necesario, además implementar medidas para el mantenimiento de la salud con actividades de tamizaje, consejería, inimumprofilaxis y quimioprofilaxis que aseguran la posibilidad de hacer detección temprana de las

alteraciones de la salud, el crecimiento y el desarrollo, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

7. Factores determinantes del crecimiento y desarrollo

El proceso de crecimiento y desarrollo está regulado por múltiples factores de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, sociales, culturales y políticos. Es necesario identificar, estimular y garantizar aquellos protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo que en un momento dado amenacen el logro de las metas del desarrollo.

7.1 Factores protectores

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado que existen prácticas esenciales que favorecen la salud infantil, las cuales son vitales para el crecimiento físico y desarrollo mental: promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los 2 años de edad (A2) (I5), garantizar adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes (I6) (AI).

Para la prevención de enfermedades: garantizar el esquema completo de inmunización (AI) (I7), promover el desecho seguro de las heces y el lavado de manos (A3); en zonas maláricas proteger a los niños con mosquiteros (B3) (I8).

Para el cuidado apropiado en el hogar: continuar alimentando y dar líquidos a los niños cuando estén enfermos, tomar medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes, evitar el maltrato y el descuido de los niños, asegurar la participación de los hombres en el cuidado de los hi-

Las metas del desarrollo infantil: autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad, salud y resiliencia, se pueden alcanzar a través de un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo dentro del ciclo vital del niño y son la máxima expresión del potencial individual que se reconstruye permanentemente apoyado en la crianza humanizada.

jos y su vinculación en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia (B3).

Para la búsqueda de atención: reconocer el momento en que los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llevarlos a tiempo a recibir la atención en salud, seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud en lo que se refiere a tratamiento y seguimiento de las enfermedades, asegurarse que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada (AI) (I9).

7.2 Factores de riesgo

Estos factores están representados por todo aquello que se convierte en amenaza del proceso integral y pueden a su vez agruparse para facilitar su detección y chequeo en aspectos genéticos, ambientales, comportamentales y sicosociales.

En la Tabla I se presentan los diferentes factores que pueden influir positiva o negativamente en el proceso de crecimiento y desarrollo.

Tabla 1
Factores de riesgo

FACTORES	ASPECTOS A CONSIDERAR
Genéticos(1) (II.2)	Herencia, genotipo, potencial genético, alteraciones genéticas
Características de los padres(2) (II.2)	Edad, nivel de estudio, oficio, empleo.
Composición y estabilidad familiar	Unidad familiar, tipo de familia, conflictos familiares
Valores de la familia	Solidaridad, respeto, tolerancia, diálogo, participación
Personas a cargo del niño	Tiempo con los padres o con otros cuidadores, saber de los padres y cuidadores
Culturales	Prácticas de crianza, prácticas de promoción y prevención en salud, expectativas de desarrollo, hábitos nutricionales
Sociales	Comunidad a que pertenece, recursos de la comunidad, redes de apoyo existentes, nivel de desarrollo tecnológico
Psicoemocionales	Amor-afecto en su medio, salud mental del niño y los integrantes de su familia
Económicos	Ingreso de los padres, situación económica del país y la región, disponibilidad de recursos
Servicios de apoyo	Salud, educación, protección, nutrición
Medio ambiente físico inmediato	Espacio, ventilación, iluminación, higiene, exposición a humo de cigarrillo
Nutricionales (3)	Aporte adecuado, carencias, excesos, absorción, asimilación, utilización
Demográficos	Tamaño de la familia, lugar entre los hermanos, población de la región
Geográficos	Clima, altura, topografía
Proceso salud-enfermedad	Salud de padres, niño y hermanos, enfermedades agudas, epidemias, enfermedades crónicas
Estimulación adecuada	Conocimiento de padres y cuidadores, disponibilidad de tiempo y recursos
Neuroendocrinos y metabólicos (4) (I)	Hormonas del crecimiento, tiroideas, andrógenos, estrógenos, glucagón, insulina, corticoesteroides

8. Población objeto

Los beneficiarios de esta Guía son todos los niños y niñas menores de 10 años, que viven en el territorio colombiano

9. Características del servicio

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por los administradores de planes de beneficio y prestadores de servicios de salud para los niños y niñas menores de 10 años, con el fin de brindar atención humanizada y de acuerdo con las exigencias del sistema de gestión de la calidad. Se trata así, de intervenciones oportunas, resolutivas, seguras, eficientes y pertinentes al alcance de todos los niños, realizadas de manera continua por profesionales del cuidado primario debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo (24) y con el compromiso de trabajar en equipo y con la aplicación de normas explícitamente enunciadas en manuales de funciones.

Además de los lianamientos administrativos y técnicos, estas Guías implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de 10 años.

Idealmente, la inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, pero puede realizarse a cualquier edad. Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo; brindar a los niños, a las niñas y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso.

9.1 Instrumentos

En las actividades de atención integral del niño sano se diligenciarán los siguientes instrumentos:

- Historia nacional unificada de control del niño sano
- Carné de salud infantil nacional unificado: es obligatoria su expedición e importante registrar toda la información resolución 001535 de 2002
- Curvas de crecimiento: en cada historia individual deben estar las curvas de crecimiento de peso/edad, talla/edad y perímetro cefálico/edad (para

los menores de 3 años). En las instituciones además estarán disponibles las curvas de peso para la talla e índice de masa corporal para la edad, que se utilizarán cuando se sospeche sobrepeso, obesidad o desnutrición aguda.

En el menor de 5 años se utilizarán hasta el 2006 las curvas de crecimiento NCHS recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (25), a partir de 2007 se utilizarán las curvas internacionales diseñadas por la OMS (26).

Los factores de riesgo están representados por todo aquello que se convierte en amenaza del proceso integral y pueden a su vez agruparse para facilitar su detección y chequeo en aspectos genéticos, ambientales, comportamentales y sicosociales.

En el mayor de 5 años, se utilizarán las curvas de crecimiento NCHS recomendadas por la OMS (25,5).

- Escala abreviada del desarrollo: se utiliza en el niño menor de 5 años. En cada historia individual deben estar las dos hojas de registro de la escala. En las instituciones estarán los elementos para su aplicación, los instructivos de la escala y las tablas de puntuación
- Prueba de desarrollo cognitivo para el niño mayor de 5 años (27)
- Instrumentos de registro unificados de cada una de las actividades realizadas

La elaboración y diligenciamiento es responsabilidad de los programas de promoción y prevención, es decir, EPS, ARS y organismos regionales y locales de salud.

9.2 Insumos necesarios

Para desarrollar las actividades de atención integral del niño sano, las instituciones donde se realice deben contar con:

- Consultorios con espacio y condiciones adecuadas
- Espacios acondicionados para actividades de educación grupales
- Materiales para el examen físico: estetoscopio, equipo de órganos, linterna y tensiómetro pediátrico

- Materiales para antropometría: metro, tallímetro horizontal y vertical, balanza pesa bebé y balanza de pie
- Materiales para la evaluación de desarrollo: mesas y sillas pequeñas y, por lo menos, cinco cajas que contengan cada una: lápices rojos y negros, una pelota de caucho tamaño mediano, un espejo mediano, una caja pequeña con diez cubos de madera de 2.5 cm de largo, de colores rojo, azul y amarillo, cuentas de madera de 1.5 cm de diámetro y un cordón para ensartarlas, unas tijeras pequeñas de punta roma, un juego de taza y plato de plástico: objetos para reconocimiento: carro, vaca, botón, moneda, muñeca, pelota, etc., cuentos o revistas con dibujos o fotografías, libretas de cien hojas, un tubo de cartón o PVC de 25 cm de largo y 5 cm de diámetro, una campana pequeña con asa, una bolsa de tela que contiene seis cuadrados, seis triángulos y seis círculos de madera o plástico, en colores amarillo, azul y rojo, de dos tamaños, de 8 y 5 cm de lado.
- Materiales para las actividades educativas: televisión, VHS, grabadora, papelógrafo o tablero, rota folios, afiches, plegables, elementos para demostraciones de puericultura y estimulación (frascos de suero fisiológico, extractores de leche materna, sobres de sales de hidratación, jeringas dosificadoras, colchonetas, juguetes adecuados, etcétera).

La responsabilidad del cumplimiento de la acción está en cabeza de los programas de promoción y prevención, es decir, EPS, ARS y organismos regionales y locales de salud.

10. Actividades

10.1 Primer año

10.1.1 Consulta prenatal

La consulta prenatal es realizada de acuerdo con los lineamientos de la guía específica por el médico general o la enfermera, se incluye la educación en promoción de salud y en prevención de las enfermedades más frecuentes del recién nacido. Es necesario cumplir con el esquema de vacunación establecido en la Guía de PAI y motivar a las madres para que den de lactar al recién nacido.

10.1.2 Inscripción

Debe hacerse tan pronto el niño nazca por parte del personal de salud que atiende al recién nacido o por parte del personal que hace el primer control. En el caso de los niños que nacen en instituciones no relacionadas con las aseguradoras la inscripción estará a cargo de los servicios locales de salud.

La identificación e inscripción de los niños debe hacerse antes de la salida del organismo de salud donde ocurra su nacimiento.

Si éste se produce por fuera de una institución de salud la inscripción se hará en el menor tiempo posible, al primer contacto del niño con las instituciones de salud.

Durante la inscripción se debe motivar la participación y apoyo del padre, la madre u otro cuidador interesado en las consultas de crecimiento y desarrollo del niño o joven, e informar a los participantes sobre cada uno de los procedimientos a realizar en un lenguaje sencillo y apropiado.

La inscripción de los niños es competencia de las entidades responsables de los programas de promoción y prevención, es decir, EPS, ARS y organismos locales de salud y se realiza sobre la identificación dada por el registro civil de nacimiento.

10.1.3 Valoración integral del recién nacido

La realiza el pediatra o médico general, según los niveles de atención. Debe hacerse en el momento del nacimiento o en los primeros días de vida, por el profesional que atienda el niño. Se diligencia la historia del servicio y la historia clínica perinatal simplificada, cuyo desprendible, con los datos del niño, se debe entregar a los padres o acudientes. Comprende un examen físico completo del recién nacido, sus datos antropométricos, su edad en semanas, el apgar, revisión de hemoclasificación del niño, pruebas serológicas de la madre y registro de datos patológicos de la madre que sean relevantes para la salud del niño. Debe hacerse el seguimiento y registro del esquema de vacunación del RN y orientar sobre lactancia materna a la madre.

10.1.4 Visita domiciliaria al recién nacido y su familia

Se hace en la primera semana de vida, por el auxiliar de enfermería o en su defecto el promotor de salud, miembro de un equipo con profesional

calificado (enfermera, médico general, médico de familia o pediatra) que asesora, guía y soporta las acciones (I2). Se educa y orienta a la familia, se resuelve en inquietudes sobre los cuidados de la madre y el niño, se capta al niño para la consulta de niño sano y a la madre para las actividades postnatales. Se confirma la información sobre el núcleo familiar y condiciones de la vivienda, se orienta sobre el registro civil y la afiliación al sistema de seguridad social en salud. Se consigna en el registro de actividades del funcionario que hace la visita y en la historia del niño.

La garantía de la ejecución de esta visita es responsabilidad de los programas de promoción y prevención de las EPS, ARS y los organismos regionales y locales de salud.

10.1.5 Controles de niño sano

- Durante el primer mes, pediatra o médico general
- A los dos meses, enfermera profesional
- A los cuatro meses, pediatra o médico general
- A los seis meses, enfermera profesional
- A los nueve meses, enfermera profesional
- A los doce meses, pediatra o médico general.

Esta actividad debe ser desarrollada desde el primer nivel de atención, puede ser de primera vez o de control, según se presenta a continuación.

10.1.5.1 Consulta de primera vez por pediatría o medicina general

Es el conjunto de actividades mediante las cuales el pediatra o médico general, debidamente capacitado en crecimiento y desarrollo, evalúa el estado de salud y los factores de riesgo biológico, psicológico y social, para detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su crecimiento y desarrollo.

Se realizan dentro de la consulta las siguientes acciones:

- **Elaboración de historia clínica**

La historia clínica comprende: datos completos de identificación; composición y funcionalidad familiar; personas encargadas del cuidado del niño;

condiciones de vivienda; patologías familiares; condiciones de embarazo y parto, datos del recién nacido; alimentación (lactancia materna, complementaria, alimentación actual); revisión del estado de vacunación de acuerdo con el esquema vigente; revisión de resultados de exámenes paraclínicos (tamizaje para hipotiroidismo, hemoclasificación, serologías de la madre, el niño y otros); valoración de crecimiento (toma de peso, talla y perímetro cefálico hasta los tres años de edad); valoración de desarrollo sicomotor (escala abreviada del desarrollo hasta los cinco años y prueba del desarrollo cognitivo en mayores); examen físico completo; diagnóstico de riesgos genéticos, ambientales y sicosociales, y diagnóstico de condición de salud y estado nutricional.

- **Diligenciamiento del carné de salud infantil**

Diligenciamiento del carné de control de salud Infantil, explicación del mismo y entrega a padres o acudientes.

- **Asignación del próximo control**

Se hará en todos los casos, incluso cuando el niño sea remitido a otro nivel de atención. Se exceptúan las situaciones especiales (Numeral II), en que el niño va a seguir siendo atendido en otra institución.

- **Asignación de cita para actividad de educación en puericultura**

Se informa a los padres o acudientes de la importancia de esta actividad y se les asigna la cita para la misma.

- **Remisiones**

En caso de necesidad, se diligencian las remisiones correspondientes.

- **Registro de la actividad**

Diligenciamiento de los formularios de registro correspondientes.

10.1.5.2 Consulta de control por pediatría, medicina general o enfermería

Se pueden incluir procesos de preconsulta y postconsulta individuales o colectivos, en los cuales se adelanten parte de las acciones a desarrollar por uno de los integrantes del equipo de salud. Incluye las siguientes acciones:

- **Diligenciamiento de la historia clínica**

Se revisa el carné de vacunación, se interroga sobre enfermedades, alimentación, estimulación, cuidados del niño, cumplimiento de recomendaciones dadas en controles anteriores, se revisan exámenes paraclínicos, se hace examen físico completo, valoración de crecimiento físico (toma de peso, talla y perímetro cefálico hasta los 3 años de edad y registro de los mismos en las curvas de crecimiento), valoración del desarrollo sicomotor (aplicación de escala abreviada del desarrollo o de la prueba de desarrollo cognitivo en el mayor de 5 años), diagnóstico de condición de salud y estado nutricional, diagnóstico de riesgos encontrados, recomendaciones y remisiones

- **Diligenciamiento del carné de salud infantil**

Se diligencian en el carné los datos correspondientes a esa consulta.

- **Asignación del próximo control**

Se asigna fecha y hora del próximo control de niño sano a todo niño, así se haya remitido a valoración especializada.

- **Asignación de cita para actividad de educación en puericultura**

Se informa a los padres o acudientes de la importancia de esta actividad y se les asigna la cita.

- **Remisiones**

En caso de necesidad se diligencian las remisiones correspondientes. Si la enfermera encuentra alguna alteración en el examen físico del niño, éste debe ser valorado por pediatría o medicina general.

- **Registro de la actividad**

Diligenciamiento de los formularios de registro correspondientes.

10.1.6 Actividades de educación en puericultura

A pesar de que no se ha demostrado el costo efectividad de estas acciones se hallan fuertemente recomendadas (nivel de evidencia 2 grado de recomendación A) (28). Las hacen los integrantes del equipo de salud, según disponibilidad y temáticas a tratar. Se desarrolla desde el primer nivel de atención, con grupos de padres o cuidadores de niños de la misma edad. Su frecuencia es:

- Padres y cuidadores de niños de 0 – 3 meses
- Padres y cuidadores de niños de 3 a 6 meses
- Padres y cuidadores de niños de 6 a 9 meses
- Padres y cuidadores de niños de 9 a 12 meses.

Sus características son las siguientes:

- *Agente de salud responsable:* esta actividad puede ser realizada por cualquier agente de salud integrante de los equipos de promoción y prevención, previo entrenamiento en la misma. La responsabilidad del cumplimiento de la acción está en cabeza de los programas de promoción y prevención, es decir, EPS, ARS y organismos regionales y locales de salud
- *Numero de participantes:* participan un máximo de veinte padres o acudientes.
- *Tiempo de duración:* una hora.
- *Contenidos:* los contenidos se deben ajustar a las necesidades y características culturales de cada comunidad. Se deben abordar varios de los siguientes temas: características del grupo etéreo, alimentación adecuada, estimulación oportuna, buen trato, crianza humanizada, prevención y manejo de las enfermedades y problemas más frecuentes de la edad
- *Metodología:* se usa una metodología participativa. Se recomienda la metodología de taller, siguiendo las guías presentadas en los anexos I y 2 para los talleres de promoción de la salud y crianza, respectivamente
- *Registro:* se registra en la historia de cada niño asistente y en el carné de salud infantil y se diligencia el registro de actividades correspondiente. La responsabilidad del cumplimiento de la acción está en cabeza de los programas de promoción y prevención, es decir, EPS, ARS y organismos regionales y locales de salud.

10.1.7 Consejería en lactancia materna

La realizan los integrantes del equipo de salud que hayan recibido la capacitación respectiva. Se hace por demanda o por remisión. Puede ser una actividad individual o colectiva (29).

- *Actividad colectiva:* se ofrece a toda la comunidad. Se realiza en grupos de máximo veinte madres con una duración de una hora. Se hace educación

en lactancia materna, se resuelven las inquietudes de los asistentes. Se registra en la historia de cada niño y en el carné de salud infantil. Se diligencia el registro de actividades correspondiente

- *Consulta individual:* se hace por demanda o por remisión de cualquiera de los consultantes del niño. Se atiende como consulta prioritaria. Se registra en la historia de cada niño y en el carné de salud infantil. Se diligencia el registro de actividades correspondiente.

La responsabilidad del cumplimiento de la acción está en cabeza de los programas de promoción y prevención, es decir, EPS, ARS y organismos regionales y locales de salud.

10.1.8 Suplementación con hierro

La prescribe el profesional que realice el control del niño.

Se dará suplementación con hierro a todos los niños a una dosis de 2 mg/kg/día de hierro elemental durante treinta días cada seis meses, a partir de los seis meses de edad hasta los 5 años de edad (BI) (30, 31, 32, 33, 34).

10.1.9 Búsqueda activa

Se realiza cuando un recién nacido niño inscrito no asiste al primer control, cuando un niño menor de un año no asiste al control asignado o cuando la comunidad detecta un niño menor de un año que no está asistiendo a controles. Se puede hacer telefónicamente y, en caso de no respuesta o de no existir teléfono, se debe hacer una visita domiciliaria. La actividad debe quedar consignada en la historia del niño y, en el caso de la visita domiciliaria, en el carné de salud infantil. En caso de que el niño no sea llevado a los controles de salud, a pesar de la visita domiciliaria, se reporta la situación al sistema de protección (Sistema nacional de bienestar familiar).

Esta búsqueda está en cabeza de los programas de promoción y prevención es decir EPS, ARS y organismos regionales y locales de salud. La realiza el auxiliar de enfermería o el promotor de salud.

La valoración integral del recién nacido la realiza el pediatra o médico general, según los niveles de atención. Debe hacerse en el momento del nacimiento o en los primeros días de vida, por el profesional que atienda el niño.

10.2 Niños de 1 a 5 años

10.2.1 Controles de niño sano

Estas actividades deben ser realizadas desde el primer nivel de atención.

- 15 meses: enfermera profesional
- 18 meses: pediatra o médico general
- 24 meses: pediatra o médico general
- 30 meses: enfermera profesional
- 36 meses: pediatra o médico general
- 42 meses: enfermera profesional
- 48 meses: pediatra o médico general
- 54 meses: enfermera profesional
- 60 meses: pediatra o médico general.

10.2.2 Actividades de educación en puericultura

Las hacen los integrantes del equipo de salud, según disponibilidad y temáticas a tratar. Se desarrollan con grupos de padres y cuidadores. Su frecuencia es de cada seis meses para los grupos que se describe a continuación.

- Padres y cuidadores de niños de 1 a 2 años
- Padres y cuidadores de niños de 2 a 3 años
- Padres y cuidadores de niños de 3 a 5 años.

10.2.3 Valoración visual

Según los lineamientos de la guía específica (Guía 5 de salud visual.)

10.2.4 Actividades de prevención y promoción en salud oral

Debe ser contemplado en todos los controles estimulando acciones preventivas que incluyen un método adecuado para el cepillado y la garantía de hábitos alimentarios sanos que aseguren la calidad de los dientes y eviten la formación de caries. Vigilancia estricta y envío a odontología de acuerdo con la guía específica.

10.2.5 Valoración auditiva

A todo niño con factores de riesgo de hipoacusia se le debe realizar potenciales evocados auditivos de tallo, en el período neonatal o en los primeros meses de vida. Los factores de riesgo son: ventilación mecánica por más de cinco días, peso en el momento del nacimiento inferior a 1.500 g, hiperbilirrubinemia grave neonatal, malformaciones craneofaciales, meningitis bacteriana a cualquier edad, accidente hipóxico isquémico a cualquier edad, traumatismo craneoencefálico severo, empleo de medicamentos ototóxicos en ciclos sucesivos, presencia de otitis media aguda recidivante o crónica persistente durante más de tres meses y otras infecciones que se asocien con hipoacusia, antecedentes familiares de sordera neurosensorial (B2) (35, 36, 37, 38, 39, 40).

10.2.6 Suplementación con hierro

La prescribe el profesional que realice el control del niño.

Se dará suplementación con hierro a todos los niños con una dosis de 2 mg/kg/día de hierro elemental durante treinta días cada seis meses.

10.2.7 Suministro de antiparasitarios

Lo prescribe el profesional que realice el control del niño. Se ha encontrado una pequeña mejoría en el peso de los niños que viven en áreas endémicas de helmintos con el tratamiento con antiparasitarios; sin embargo, la evidencia es débil.

Se suministrará albendazol en dosis única de 400 mg cada seis meses a partir de los 2 años de edad a todos los niños (BI) (30, 41)

10.3 Niños de 6 a 10 años

10.3.1 Controles de niño sano

- 6 años: pediatra o médico general
- 7 años: médico general o enfermera profesional
- 8 años: pediatra o médico general
- 9 años: médico general o enfermera profesional
- 10 años: pediatra o médico general.

10.3.2 Actividades de educación en puericultura

Las realizan los integrantes del equipo de salud, según disponibilidad y temáticas a tratar. Se desarrollan con grupos de padres o cuidadores de niños de la misma edad. Su frecuencia es anual para padres y cuidadores de niños de 6 a 10 años.

10.3.3 Valoración visual

Según los lineamientos de la guía específica.

10.3.4 Actividades de prevención y promoción en salud oral

Según los lineamientos de guía específica.

10.3.5 Suministro de antiparasitarios

Lo prescribe el profesional que realice el control del niño.

Se suministrará albendazol en dosis única de 400 mg cada seis meses a todos los niños (nB I) (30-42).

11. Condiciones especiales

Los niños que nazcan con una de las siguientes condiciones especiales: peso al nacer menor de 2500 g y otros factores de riesgo pre, peri o postnatales, así como discapacidad o enfermedad congénita, o los que sufran enfermedad grave en su primer mes de vida, deben ser controlados en su crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años por el pediatra (A3) (43). En las localidades donde no hay servicio de pediatría serán controlados por el médico general. La periodicidad de los controles será mensual en el primer año de vida y bimensual en el segundo año.

En caso de necesidad se diligencian las remisiones correspondientes. Si la enfermera encuentra alguna alteración en el examen físico del niño, éste debe ser valorado por pediatría o medicina general.

Los niños que tengan algún grado de discapacidad o una enfermedad crónica con repercusión importante para su salud, deben ser controlados en su crecimiento y desarrollo por el pediatra y el fisiatra hasta los 10 años de edad. En las localidades donde no haya servicio de

pediatría serán controlados por el médico general. La periodicidad de los controles a partir de los 2 años de edad será semestral o más frecuente, si así lo considera y justifica el pediatra o médico general tratante.

Las otras actividades de atención integral de salud serán las mismas que para el resto de la población, a no ser que los profesionales de salud tratantes así lo consideren y justifiquen.

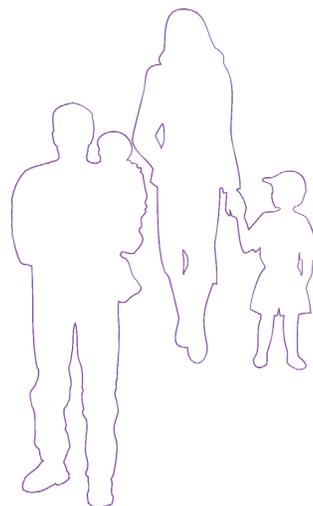
Los niños con limitación o discapacidad asistirán, además, a actividades individuales y colectivas orientadas en un servicio de habilitación infantil para la realización de programas de estimulación adecuada capacitando a padres y cuidadores en los cuidados especiales que ellos necesiten.

Los niños con problemas en su proceso de crecimiento deben ser remitidos a la consulta de pediatría y a la consulta de nutrición.

Los niños con problemas en su desarrollo motor y del lenguaje deben ser remitidos a la consulta de pediatría y fisioterapia para un manejo integral en un servicio de habilitación-rehabilitación infantil en el programa de estimulación adecuada según el caso.

La responsabilidad del cumplimiento de la acción está en cabeza de los programas de promoción y prevención, es decir, EPS, ARS y organismos regionales y locales de salud.

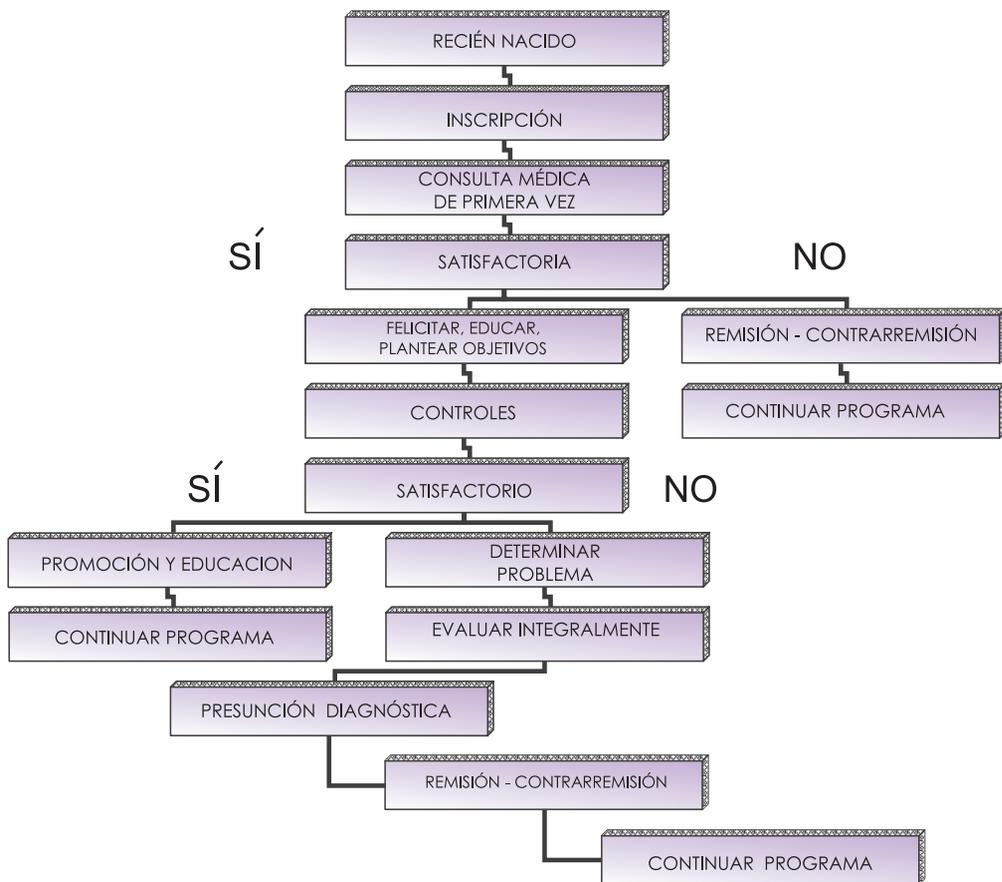
Las modificaciones propuestas en esta guía tienen una vigencia de 5 años.



12. Cuadro nivel de evidencia

Actividades	Nivel de evidencia
Primer año de vida	
Consulta prenatal Valoración integral del recién nacido. Visita domiciliaria al recién nacido y su familia Controles de niño sano. Actividades de educación en puericultura	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 5
Consejería en lactancia materna	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 2
Suplementación con hierro	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1
1 a 5 años de edad	
Controles de niño sano Actividades de educación en puericultura Valoración visual Actividades de prevención y promoción en salud oral	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 5
Valoración auditiva	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 3
Suplementación con hierro	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1
Suministro de antiparasitarios	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 2
6 a 10 años de edad	
Controles de niño sano Actividades de educación en puericultura Valoración visual Actividades de prevención y promoción en salud oral Suministro de antiparasitarios	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 5

13. Flujograma



Anexos

Anexo 1. Guía para la realización de talleres de promoción de la salud para padres y cuidadores

El desarrollo del taller tiene un diseño de cuatro pasos:

1. Introducción: explicación de la importancia de la realización del taller y el trabajo en puericultura como herramienta para generar cambios culturales en torno al bienestar de los niños. Se busca propiciar un clima de empatía y tranquilidad para la participación y libre expresión de creencias e intercambio de experiencias. Sugerencia: antes del inicio del taller, cada participante se debe identificar en forma visible con una escarapela que tenga su nombre, para facilitar la comunicación personalizada.
2. Recolección de conceptos, experiencias e imaginarios de los y las participantes en torno a los temas a revisar: se sugiere subdividir el grupo en tres o cuatro subgrupos (cinco a siete personas). A ellas se les invita a conversar en torno a unas preguntas específicas (tres a cuatro) de los temas a desarrollarse. Debe nombrarse un relator por cada subgrupo que expondrá para el grupo completo, en la siguiente fase del taller, las conclusiones de las discusiones realizadas.
3. Discusión y articulación de los conceptos de los participantes con las recomendaciones nacionales e internacionales: es una discusión entre todos los participantes donde se buscan los encuentros y desencuentros de las creencias y las prácticas de los participantes con las recomendaciones de salud. Debe generar acuerdos.
4. Conclusiones y recomendaciones: deben ser claras, completas, consensuadas y congruentes con la discusión dada.

Anexo 2. Guía general para la realización de los talleres de crianza

Taller de puericultura para familiares y cuidadores.

Guía del facilitador:

Agente de salud responsable: esta actividad puede ser facilitada por cualquier agente de salud integrante de los equipos de promoción y prevención. Se

incluyen aquí, pediatras, médicos generales, enfermera jefe, auxiliar de enfermería o promotor de salud.

Numero de participantes: máximo veinte personas.

Tiempo de duración: una hora.

Metodología: se usa una metodología participativa para la producción conjunta de conocimiento.

Desarrollo: diseño de cinco pasos.

1. Introducción, que incluye la presentación de los objetivos.
2. Recolección de conceptos, experiencias e imaginarios de los y las participantes en torno al tema de revisión.
3. Lectura de la guía de crianza.
4. Discusión y articulación de los preconceptos con las recomendaciones de la guía.
5. Conclusiones y recomendaciones.

Recomendaciones para el facilitador

1. Introducción: explique la importancia de la realización del taller y el trabajo en puericultura como herramienta para generar cambios culturales en torno al bienestar de los niños y niñas colombianos. Este taller pretende, esencialmente, generar un espacio de reflexión en torno a las prácticas de crianza y socializar algunas recomendaciones dadas por expertos en puericultura que han demostrado facilitar el desarrollo armónico de niños y niñas.

Propicie un clima de empatía y tranquilidad para la participación y libre expresión de creencias e intercambio de experiencias. Cada participante debe identificarse en forma visible con una escarapela que tenga su nombre, para facilitar la comunicación personalizada.

Garantice la participación equitativa de todos los participantes, evitando que algunas personas se apropien de la palabra. El facilitador puede incentivar directamente la palabra de alguno o algunos participantes.

Fije explícitamente los objetivos (de dos a cuatro) propuestos para la actividad.

2. Recolección de conceptos, experiencias e imaginarios de los participantes en torno al tema de revisión. Se sugiere subdividir el grupo en tres o cuatro subgrupos (entre cinco y siete personas). Se les invita a conversar en torno a unas preguntas específicas (tres a cuatro) de cada tema a desarrollarse. Debe nombrarse un relator por cada subgrupo que expondrá para el grupo completo, en la siguiente fase del taller, las conclusiones de las discusiones realizadas.

Acérquese a cada uno de los subgrupos, durante la fase de discusión, para verificar la participación, resolver dudas, etc., pero deberá evitar participar activamente ya que aquí se pretende socializar y recoger los conocimientos y prácticas que el grupo participante valida o realiza en su vida.

Recolecte y ordene los resúmenes por subgrupos y extraiga las conclusiones de las creencias y prácticas de los participantes.

3. Lectura de la guía de crianza compartida con disposición de fotocopias de la guía de tal modo que todos los participantes tengan la oportunidad de acompañar la actividad y se permita el cambio de lectores. Para aquellas poblaciones con bajo nivel de lectura o analfabetismo el facilitador o facilitadores pueden leer toda la guía. La lectura debe hacerse flexible, es decir, se puede interrumpir para pedir aclaración de conceptos o incluso discusión de sus contenidos, pero el facilitador debe garantizar completa comprensión del texto.
4. Discusión y articulación de los preconceptos con las recomendaciones de la guía. Esta es una discusión conjunta por todos los participantes donde se buscan los encuentros y desencuentros de las creencias y las prácticas de los participantes con las recomendaciones de la guía. Debe generar acuerdos que son el insumo del siguiente paso.
5. Conclusiones y recomendaciones: deben ser claras, completas, consensuadas y congruentes con la discusión dada.
6. Posterior al taller, el facilitador deberá hacer un informe escrito del desarrollo del mismo, donde queden condensados cada uno de los puntos descritos, incluyendo indicadores de eficiencia y eficacia de la actividad.

Bibliografía

- 1 Woolf SH, Battista RN, Anderson GM, Logan AG, Wang E. Assessing the clinical effectiveness of preventive maneuvers: analytic principles and systematic methods in reviewing evidence and developing clinical practice recommendations. A report by the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 891-905.
- 2 Universidad de Antioquia. *Salud integral para la infancia*, SIPI. Medellín, Colombia, 2001.
- 3 En: Objetivos del milenio de desarrollo de la ONU. Tomado el 28 -11-05 de: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.
- 4 La salud en las Américas, edición de 2002, Pan American Health Organization (PAHO). I: 173-224 (52).
- 5 Proyecciones anuales de población 1985-2015 DANE tomado el 25 /10/05 de: http://www.dane.gov.co/inf_est/poblacion/proyecciones/proyec5.xls:
- 6 UNICEF. Estado mundial de la infancia 2003. Nueva York: UNICEF; 2003. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc03>
- 7 ICBF, Profamilia. Encuesta nacional de nutrición. En: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/IIlactancia/0Iiniciacion.htm>
- 8 UNICEF. Estado mundial de la infancia 2004. Nueva York: UNICEF, 2004. Tomado el 24/210/05 en: http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04_I8I0I.html
- 9 Ministerio de la Protección Social. Revisión de los estudios sobre situación de discapacidad en Colombia 1994 – 2001. Tomado el 25/10/05 de: <http://www.discapacidadcolombia.com/Documentos/estadistica.doc>
- 10 Moro M, Almenar A. Early detection and intervention of hypoacusia in childhood. Is it a time to change? *An Esp Pediatr*. 1999 Oct. 51(4): 329-32.
- 11 Bastidas M, Posada A, Ramírez H. Conceptos generales de crecimiento y desarrollo. (pp26-27), En: Posada A, Ramírez J, Ramírez H. *El niño sano*, (Cuidad de publicación) Medellín, (Casa editora) Universidad de Antioquia pp (paginas) Tercera edición 2005.
- 12 Castro C, Durán E. Crecimiento y desarrollo. *Pediatría, diagnóstico y tratamiento* pp. 37- 39. Segunda edición, 2003.
- 13 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Tomado el 25/10/05 de: <http://www.inta.cl/promosalud/conferencias/ottawa.pdf>

- 14 Restrepo E, Málaga H. promoción de la salud: Cómo construir vida saludable (Cuidad de publicación) pp (paginas). Editorial Médica Panamericana, 2001.
- 15 Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 16 Rivera JA, Gonzalez-Cossio T, Flores M, Romero M, Rivera M, Téllez-Rojo MM, *et al*. Multiple micronutrient supplementation increases the growth of Mexican infants. *Am J Clin Nutr*. 2001; 74: 657-63.
- 17 Peny JM, Gleizes O, Covillard JP. Financial requirements of immunization programmes in developing countries: a 2004-2014 perspective. *Vaccine*. 2005; 23: 4610-8.
- 18 Alexander N, Rodríguez M, Pérez L, Caicedo JC, Cruz J, Prieto G, *et al* Case-control study of mosquito nets against malaria in the Amazon region of Colombia. *Am J Trop Med Hyg*. 2005; 73: 140-8.
- 19 Jowett M. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*. 2000; 53: 201-28.
- 20 Meyre D, Boutin P, Tounian A, Deweirder M, Aout M, Jouret B, Heude B, Weill J, Tauber M, Tounian P, Froguel P. Is glutamate decarboxylase 2 (GAD2) a genetic link between low birth weight and subsequent development of obesity in children? *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90: 2384-90.
- 21 Amigo H, Bustos P, Leone C, Radrigan ME. Growth deficits in Chilean school children. *J Nutr*. 2001;131:251-4.
- 22 Zadik Z, Sinai T, Zung A, Reifen R. Effect of nutrition on growth in short stature before and during growth-hormone therapy. *Pediatrics*. 2005 ; 116: 68-72.
- 23 Simm PJ, Werther GA. Child and adolescent growth disorders—an overview. *Aust Fam Physician*. 2005; 34: 731-7.
- 24 De acuerdo a la legislación. Decreto 23 del 09 2002.
- 25 NCHS/WHO International reference data for the weight and height of children. World Health Organization. Tomado el 22/5/2005 en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/reference/en/>
- 26 Promoción de los nuevos estándares de la OMS para el crecimiento del niño. Organización Panamericana de la Salud tomado el 25/10/05 en: http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/FCH/NU/MEX04_Reunion.htm

- 27 Glascoe FP, Martin ED, Humphrey S. A comparative review of developmental screening tests. *Pediatrics*. 1990 Oct; 86: 547-54
- 28 Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2000; 321: 593-8.
- 29 Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2005; 115: e31-7.
- 30 Stoltzfus RJ, Kvalsvig JD, Chwaya HM, Montresor A, Albonico M, Tielsch JM, *et al.* E. Effects of iron supplementation and anthelmintic treatment on motor and language development of preschool children in Zanzibar: double blind, placebo controlled study. *BMJ*. 2001; 323: 1389-93.
- 31 Nokes C, Van den Bosch C, Bundy D. The effects of iron Deficiency and anemia on mental in motor performance, Educational Achievement and Behavior in Children An Annotated Bibliography tomado el 25/10/05 En: <http://inacg.ilsa.org/file/ACFI7D.pdf>
- 33 Martins S, Logan S, Gilbert R Tratamiento con hierro para mejorar el desarrollo psicomotor y la función cognitiva en niños menores de tres años con anemia ferropénica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 34 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI. Curso clínico para profesionales de la salud. Ministerio de la Protección Social OPS 2005. 358-59.
- 35 Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics*. 1998 102: 1161-71.
- 36 Cunningham M, Cox EO; Committee on Practice and Ambulatory Medicine and the Section on Otolaryngology and Bronchoesophagology. Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics*. 2003; 111: 436-40.
- 37 Thompson DC, McPhillips H, Davis RL, Lieu TL, Homer CJ, Helfand M. Universal newborn hearing screening: summary of evidence. *JAMA*. 2001 Oct 24-31; 286(16): 2000-10.
- 38 González de Dios J, Mollar Maseres J, Rebagliato Russo M. Evaluation of a universal screening program for hypacusia in neonates. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63: 230-7

- 39 Joint Committee on Infant Hearing; American Academy of Audiology; American Academy of Pediatrics; American Speech-Language-Hearing Association; Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Joint Committee on Infant Hearing, American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, and Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. *Pediatrics*. 2000; 106: 798-817.
- 40 Alzina de Aguilar V. Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63: 193-8.
- 41 Dickson R, Awasthi S, Demellweek C, Williamson P Anthelmintic drugs for treating worms in children: effects on growth and cognitive performance. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000371.
- 42 Dickson R, Awasthi S, Demellweek C, Williamson P Anthelmintic drugs for treating worms in children: effects on growth and cognitive performance. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000371.
- 43 Health supervision for children with Down syndrome. American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. *Pediatrics*. 1994; 93: 855-9 Tomado el 25/10/05 de: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/107/2/442>.

