

Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



1. 1. Justificación

El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona dinámica y rápidamente 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 a 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.¹

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 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 objetivo²

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 ambiente malsano, pueden cortar vidas o limitar para siempre las capacidades de una persona³. Se requiere la participación del gobierno, la sociedad civil, las familias 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.

Para el año 2005 la población proyectada del país es de 46'039144, de los cuales el 20.72% corresponde a menores de 9 años⁴. Para el 2004 la tasa de mortalidad infantil fue de 22.7⁵. 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 hierro⁶. Sumado a esto se reporta que solamente 26% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva⁷.

La incidencia de discapacidad definitiva en niños es del 8%, siendo el déficit sensorial, físico y el cognitivos los más frecuentes. El 12.5% de los discapacitados son menores de 5 años y sus principales causas son perinatales, congénitas o infecciosas⁸. Para el

desarrollo integral del niño es importante la detección precoz de alteraciones sensoriales entre ellas la hipoacusia infantil en la que el 80% de los casos se presentan en el momento del nacimiento, poniendo de manifiesto la importancia del diagnóstico precoz 9.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Brindar pautas para la atención integral con calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, a fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables.

2.2. Objetivos Específicos

- Promover la salud, el crecimiento y desarrollo armónicos 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 micro nutrientes.
- Prevenir las enfermedades más frecuentes y los accidentes, promoviendo medidas de protección específica como la vacunación y las recomendadas en la estrategia AIEPI.
- Identificar oportunamente los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años
- 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.

3. Población beneficiaria

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

4. Enfoque de riesgo

4.1. 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.

4.2. Factores protectores

La Organización Panamericana de la Salud ha considerado que existen prácticas esenciales que favorecen la salud infantil, las cuales 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 (A 2)¹⁰, garantizar adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, proporcionar cantidades suficientes de micro nutrientes¹¹ (A1).

- Para la prevención de enfermedades: Garantizar el esquema completo de inmunización (A1)¹², promover el desecho seguro de las heces y el lavado de manos (A 3), en zonas maláricas proteger a los niños con mosquiteros (B 3)¹³.
- 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 hijos 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 atención en salud, seguir recomendaciones dadas por el personal de salud en lo que se refiere a tratamiento y seguimiento de las enfermedades, asegurar que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuado (A1)¹⁴

4.3. 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 la detección y chequeo en genéticos, ambientales, comportamentales y sicosociales.

En el siguiente cuadro se presentan los diferentes factores que pueden influir positiva o negativamente en le proceso de crecimiento y desarrollo.

Tabla 1. Factores de Riesgo

FACTORES	ASPECTOS A CONSIDERAR
Genéticos ¹⁵ (II.2)	Herencia, genotipo, potencial genético, alteraciones genéticas
Características de los padres ¹⁶ (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

FACTORES	ASPECTOS A CONSIDERAR
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 ¹⁷	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 (I) ¹⁸	Hormonas del crecimiento, tiroideas, andrógenos, estrógenos, glucagón, insulina, corticoesteroides

5. Aspectos Conceptuales

Las metas del desarrollo infantil son: 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) ¹⁹.

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 ²⁰.

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”^{21 22}.

Es necesario además implementar medidas para el mantenimiento de la salud con actividades de tamizaje, consejería, inmumoprofilaxis 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.

6. Características de la atención

Se entiende la atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte

Se trata así, de intervenciones oportunas, resolutivas, seguras, eficientes y pertinentes al alcance de todos los niños y niñas, realizadas de manera continua por profesionales de la salud debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo²³ y con el compromiso de trabajar en equipo.

Además de la obligatoriedad administrativa y técnica, estas normas 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 diez años.

Idealmente la inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, sin embargo, si esto no se logra, se debe realizar en el menor tiempo posible a cualquier edad y siguiendo el esquema definido en esta norma. 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.

ESQUEMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO MENORES DE 10 AÑOS		
ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	CONCENTRACIÓN
Identificación e inscripción temprana	Al nacimiento o primer mes de vida	1
Consulta médica 1^a vez	Desde el primer mes de vida	1
Consulta seguimiento enfermera	< de 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 10-12m.	4 al año
	De 1 año: 13-16m; 17-20; 21-24m.	3 al año

	De 2 a 4 años: 25-30m; 31-36m; 37-48m; 49-60m.	4 veces
	De 5 a 7 años: 61-66m; 67-72m; 73-78m; 79-84m.	4 veces
	De 8 a 9 años: Cada año	3 veces

6.1 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 estarán además disponibles las curvas de peso para la talla e índice de masa corporal para la edad, que se utilizarán cuando se sospeche sobre peso, obesidad o desnutrición aguda.

En el menor de 5 años se utilizarán las curvas internacionales diseñadas por la Organización Mundial de la Salud ²⁴. En el mayor de 5 años se utilizarán las curvas de crecimiento NCHS recomendadas por la Organización Mundial de la Salud ^{¡Error! Marcador no definido.₅}.

- Escala abreviada del desarrollo: Se utiliza en el niño menor de 5 años. En cada historia individual deben estar las 2 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 ²⁵
- 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.

6.2 Condiciones de atención

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 5 cajas que contengan cada una: lápices rojos y negros, una pelota de caucho tamaño mediano, un espejo mediano, una caja pequeña con 10 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 100 hojas, un tubo de cartón o pvc de 25 cm. de largo y 5 cm. de diámetro, una campaña pequeña con asa, una bolsa de tela que contiene 6 cuadrados, 6 triángulos y 6 círculos de madera o plástico, en colores amarillo, azul y rojo, de 2 tamaños: 8 cm. de lado 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 dosificadores, colchonetas, juguetes adecuados, etc.).

6.3 Actividades

6.3.1. Primer año

Se reconoce en la atención de los niños y niñas que esta se relaciona estrechamente con el control prenatal realizado de acuerdo con los lineamientos de la norma específica, por el médico general o la enfermera, se incluyen 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 Norma de PAI. y motivar a las madres para que den de lactar al recién nacido.

6.3.1.1 Inscripción temprana

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

Si este 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, e informar a los participantes sobre cada uno de los procedimientos a realizar en un lenguaje sencillo y apropiado.

6.3.1.2 Valoración integral del recién nacido.

Esta norma técnica se vincula estrechamente con la norma técnica del recién nacido a través de esta actividad. La valoración integral del recién nacido es realizada por el pediatra o médico general, según 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.

6.3.1.3 Visita domiciliaria al recién nacido y su familia:

En caso de que el recién nacido no asista a la consulta de control de I recién nacido durante los primeros 7 días de nacido, se debe realizar por parte de su IPS primaria, una visita domiciliaria que garantice el seguimiento del recién nacido y su inscripción temprana a crecimiento y desarrollo.

Esta visita será realizada por el auxiliar de enfermería o en su defecto el promotor de salud, miembro de un equipo de salud calificado que asesora, guía y soporta las acciones. (12). Se educa y orienta a la familia, se resuelve 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 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 responsable de la visita y en la historia del niño.

6.3.1.4 Consulta de primera vez por medicina general

Es el conjunto de actividades mediante las cuales el 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 y el niño y otros); valoración de crecimiento (toma de peso, talla y perímetrocefálico hasta los 3 años de edad); valoración de desarrollo psicomotor (Escala Abreviada del Desarrollo hasta los 5 años y prueba de desarrollo cognitivo en mayores); examen físico completo (especial atención a la visión y audición); 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 de próximas actividades**

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

Adicionalmente, se informa a los padres o acudientes sobre la actividad de educación en puericultura, su importancia se les asigna la cita para la misma. En caso de necesidad se diligencian las remisiones correspondientes.

6.3.1.5. Consulta de control por 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 psicomotor (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.

Si la enfermera encuentra alguna alteración en el examen físico del niño, éste debe ser valorado inmediatamente por el médico.

▪ **Diligenciamiento del carné de salud Infantil**

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

▪ **Asignación de próximas actividades**

Se asigna fecha y hora del próximo control de niño sano a todo niño, así se haya remitido a valoración especializada. Adicionalmente, se informa a los padres o acudientes sobre la actividad de educación en puericultura, su importancia se les asigna la cita para la misma. En caso de necesidad se diligencian las remisiones correspondientes.

6.3.1.6 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)²⁶. 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.
- **Número de participantes.** Participan un máximo de 20 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 etáreo, 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 anexo 1 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.

6.3.1.7 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 colectiva²⁷.

- **Actividad colectiva.** Se ofrece a toda la comunidad. se realiza en grupos de máximo 20 madres con una duración de 1 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.

6.3.1.8 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 30 días cada 6 meses, a partir de los 6 meses de edad hasta los 5 años de edad (B1) ^{28 29 30 31 32}

6.3.1.9 Búsqueda activa.

Se realiza cuando un recién nacido niño inscrito no asiste al primer control, cuando un niño menor de 1 año no asiste al control asignado, o cuando la comunidad detecta un niño menor de 1 año que no está asistiendo a controles. Se puede realizar 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. Esta búsqueda la realiza el auxiliar de enfermería o el promotor de salud.

6.3.2. 1 a 5 años

6.3.2.1 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.

Sus contenidos son similares a los descritos en la sección anterior.

6.3.2.2. 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.

Sus contenidos son similares a los descritos en la sección anterior

6.3.2.3. Valoración visual.

Según los lineamientos de la norma específica. Ver norma de Salud visual

6.3.2.4. 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 a Norma específica.

6.3.2.5. 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 1500 gramos, 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 a hipoacusia, antecedentes familiares de sordera neurosensorial (B 2)^{33 34 35 36 37}
³⁸.

6.3.2.6. 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 30 días cada 6 meses.

6.3.2.7 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 6 meses a partir de los 2 años de edad a todos los niños (B1)^{28 39}

6.3.3. 6 a 10 años:

6.3.3.1 Controles de niño sano

- 6 años: Pediatra o Médico General.
- 7 años: Medico General o Enfermera Profesional.
- 8 años: Pediatra o Médico General.
- 9 años: Medico General o Enfermera profesional.
- 10 años: Pediatra o Médico General.

Sus contenidos se explican en la sección anterior.

6.3.3.2 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.

6.3.3.3 Valoración visual: Según los lineamientos de la norma específica.

6.3.3.4 Actividades de prevención y promoción en salud oral: Según los lineamientos de norma específica

6.3.3.5 Suministro de Antiparasitarios. La prescribe el profesional que realice el control del niño. Se suministrará albendazol en dosis única de 400 mg cada 6 meses a todos los niños. (nB 1)^{28 40}

6.4 Condiciones especiales

Los niños que nazcan con una de las siguientes condiciones especiales: Peso al nacer menor de 2500 gramos y otros factores de riesgo pre, peri o postnatales, así como discapacidad o enfermedad congénita, 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) ⁴¹. 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.

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 fisiatría 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.

7. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y RESPONSABILIDAD DE ACTORES

La ejecución de esta norma técnica es responsabilidad de todos los actores (aseguradores, prestadores, entidades territoriales) en relación con la población a su cargo.

Se debe promover la inscripción más temprana posible a crecimiento y desarrollo ligado a la atención del recién nacido. Los responsables de los niños y niñas menores de 10 años deben desarrollar actividades de búsqueda activa de la población beneficiaria de esta norma mejorando acceso temprano y adherencia a las acciones definidas.

8. RESULTADOS ESPERADOS Y METAS

Con la aplicación de esta norma se espera impactar la mortalidad infantil, la morbilidad prevalente y sus consecuencias..

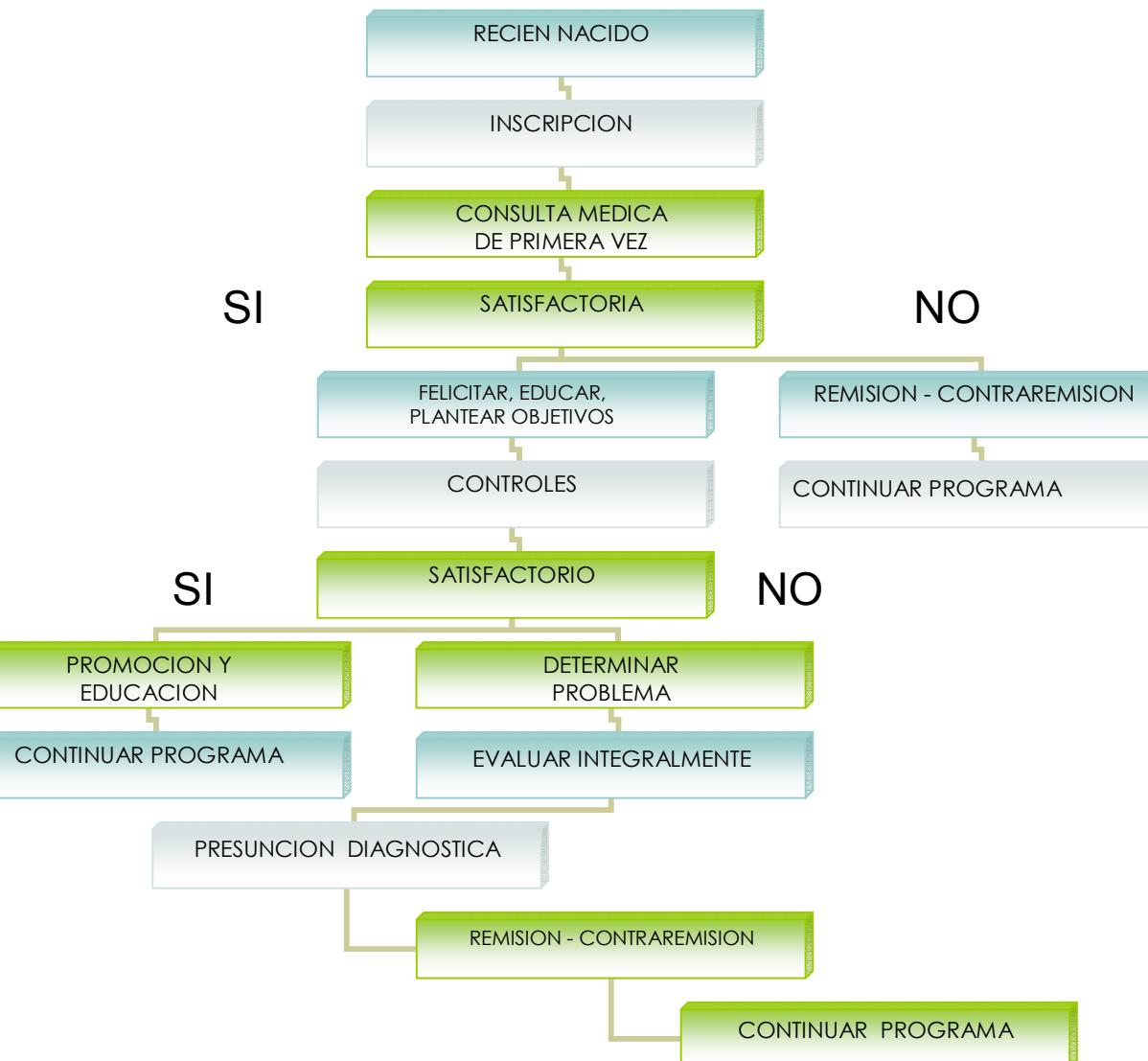
La meta definida para la consulta de primera vez es igual o superior al 80% en todos los regímenes de afiliación y en la población pobre no asegurada. Cada año se debe incrementar esta cobertura hasta superar el 95%.

9. INDICADORES DE MEDICION Y GESTION

Los indicadores definidos para el monitoreo de esta norma técnica son:

- ✓ Cumplimiento en la consulta de primera vez por medicina general para crecimiento y desarrollo
- ✓ Cumplimiento en la realización de consulta de control de crecimiento y desarrollo por enfermera
- ✓ Concentración de consultas según edad del niño o niña
- ✓ Casos de hospitalización por EDA en menores de 5 años
- ✓ Casos de hospitalización por neumonía en menores de 5 años
- ✓ Duración promedio de la lactancia exclusiva en meses
- ✓ Duración total promedio de la lactancia
- ✓ Tasa de desnutrición aguda en menores de 5 años
- ✓ Casos de otitis media supurativa en menores de 5 años
- ✓ Casos de muerte por EDA
- ✓ Casos de muerte por neumonía

13. Flujograma



Anexo No. 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 identifique 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 (5 a 7 personas). A ellas se les invita a conversar en torno a unas preguntas específicas (3 a 4) 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. No. 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 de 20 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 claramente 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 5 a 7

personas). Se les invita a conversar en torno a unas preguntas específicas (3 a 4) 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.

Recolete 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. 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 puntos descritos incluyendo indicadores de eficiencia y eficacia de la actividad

Anexo No. 3
Prueba de desarrollo cognitivo Para el niño mayor de 5 años
LA VALORACION DEL DESARROLLO EN EL NIÑO MAYOR DE CINCO AÑOS

En la valoración del desarrollo del niño mayor de cinco años es importante evaluar los dispositivos básicos de aprendizaje (atención, motivación y memoria) y la capacidad cognitiva que necesita como ser humano para desempeñarse dentro de las actividades de la vida diaria.

Teniendo en cuenta esta premisa el instrumento debe evaluar, la ejecución de diferentes actividades que tienen que ver con el desarrollo sensorio motor, la ubicación espacial, la coordinación vasomotora, la ejecución de actividades motoras finas, habilidades lingüísticas y de comunicación; la interacción social.

Se aplicará anualmente la prueba de Goodenough-Harris de figura humana.

GUIA ESCALA DE GOODENOUGH-HARRIS (HARVARD UNIV. 1961)
CAPACIDAD VISUAL – MOTORA

DIBUJA UNA PERSONA (GOODENOUGH – HARRIS)

EDAD (AÑOS)	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
PUNTOS	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42

1	CABEZA	27	MANO DIFERENTE DE BRAZO
2	PIERNAS (2)	28	ARTICULACIÓN DE CODA Y HOMBRO O AMBOS
3	BRAZOS (2)	29	RODILLA, CADERA O AMBOS
4	TRONCO PRESENTE	30	CABEZA 1/10 A 1½ AREA TRONCO
5	MAYOR LONGITUD QUE ANCHO	31	BRAZOS IGUAL A TRONCO
6	HOMBROS	32	PIERNAS UNA O DOS VECES TRONCO
7	MMSS UNIDOS A TRONCO	33	PIE 1/10 A 1/3 LONGITUD DE LA PIerna
8	MMSS EN SU LUGAR	34	BRAZOS Y PIERNAS DE 2 DIMENSIONES
9	CUELLO PRESENTE	35	TALON
10	CUELLO EN SU LUGAR	36	LINEAS FIRMES Y CONECTADAS
11	OJOS	37	UNIONES CORRECTAS
12	NARIZ	38	PERFIL DE CABEZA
13	BOCA	39	PERFIL DE TRONCO
14	12 Y 13 DOS DIMENSIONES	40	PERFIL BRAZOS Y PIERNAS
15	ORIFICIOS NASALES	41	RASGOS
16	PELO PRESENTE	42	OIDO PRESENTE
17	PELO MEJOR DEFINIDO	43	POSICIÓN Y PROPORCIÓN CORRECTAS DE OIDOS

18	ROPA PRESENTE	44	CEJAS O PESTAÑAS
19	DOS PRENDAS	45	PUPILAS
20	DIBUJO NO TRANSPARENTE	46	CEJAS O PESTAÑAS PROPORCIONADAS
21	CUATRO PRENDAS	47	VISION DIRECTAMENTE DIRIGIDA
22	COMPLETA	48	BARBILLA PRESENTE
23	DEDOS PRESENTES	49	PROYECCION DE BARBILLA
24	TODOS LOS DEDOS	50	PERFIL NO MAS DE UN ERROR
25	DEDOS DOS DIMENSIONES	51	PERFIL CORRECTO
26	PULGAR EN POSICIÓN		

7. Bibliografía

- 1 Universidad De Antioquia. SALUD INTEGRAL PARA LA INFANCIA, SIPI. Medellín Colombia 2001
- 2 En: Objetivos del milenio de desarrollo de la ONU. tomado el 28 -11-05 de:
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- 3 La salud en las Americas, edición de 2002, Pan American Health Organization (PAHO).Vol I:173-224(52)
- 4 Proyecciones anuales de población 1985-2015 DANE tomado el 25 /10/05 de :
http://www.dane.gov.co/inf_est/poblacion/proyecciones/proyecc5.xls:
- 5 UNICEF. Estado mundial de la infancia 2003. Nueva York: UNICEF; 2003. Disponible en
<http://www.unicef.org/spanish/sowc03>
- 6 ICBF, Profamilia. Encuesta Nacional de Nutrición –
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/11lactancia/01iniciacion.htm>
- 7 UNICEF. Estado mundial de la infancia 2004. Nueva York: UNICEF; 2004 tomado el 24/210/05 en: http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04_18101.html
- 8 Ministerio de protección social. Revisión de los Estudios sobre Situación de Discapacidad en Colombia 1994 – 2001 . Tomado el 25/10/05 en:
<http://www.discapacidadcolombia.com/Documentos/estadistica.doc>
- ⁹ 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
- ¹⁰ 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.).
- ¹¹ Rivera JA, Gonzalez-Cossio T, Flores M, Romero M, Rivera M, Tellez-Rojo MM, et al. Multiple micronutrient supplementation increases the growth of Mexican infants. Am J Clin Nutr. 2001;74:657-63.
- 12 Peny JM, Gleizes O, Covillard JP. Financial requirements of immunization programmes in developing countries: a 2004-2014 perspective. Vaccine. 2005 ;23:4610-8.
- ¹³ Alexander N, Rodriguez M, Perez 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.
- ¹⁴ Jowett M. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. Health Policy. 2000;53:201-28.

-
- ¹⁵ Meyre D, Boutin P, Tounian A, Deweerder 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.
- ¹⁶ Amigo H, Bustos P, Leone C, Radrigan ME. Growth deficits in Chilean school children. *J Nutr.* 2001;131:251-4.
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ Simm PJ, Werther GA. Child and adolescent growth disorders--an overview. *Aust Fam Physician.* 2005;34:731-7.
- 19 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) U de Antioquia pp (paginas) Tercera edición 2005. (Verificar)
- 20 Castro C, Durán E. Crecimiento y desarrollo. Pediatría diagnostico y tratamiento pp. 37- 39. Segunda edición 2003.
- ²¹ Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Tomado el 25/10/05 en :
<http://www.inta.cl/promosalud/conferencias/ottawa.pdf>
- ²² Restrepo E, Málaga H. Promoción de la salud: Como construir vida saludable (Cuidad de publicación) pp (paginas) . Editorial Médica Panamericana. 2001
- ²³ De acuerdo a la legislación. Decreto 23 del 09 2002
- ²⁴ 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
- ²⁵ Glascoe FP, Martin ED, Humphrey S. A comparative review of developmental screening tests. *Pediatrics.* 1990 Oct;86:547-54
- ²⁶ 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.
- ²⁷ 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.
- ²⁸ 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.
- ²⁹ 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.ilsi.org/file/ACF17D.pdf>

³¹ 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.)..

³² 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.

³³ Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics*. 1998;102:1161-71.

³⁴ 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.

³⁵ 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.

³⁶ Gonzalez 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

³⁷ 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.

³⁸ Alzina de Aguilar V. Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido.. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:193-8.

³⁹ 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

⁴⁰ 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

⁴¹ 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>