



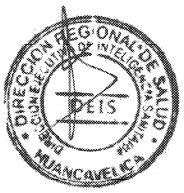
GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA



Directiva Administrativa Regional N° 004 – 2012-GRHVCA/GRDS/DIRESA/DESP-DSPP



DIRECTIVA REGIONAL QUE ORIENTA EL FLUJO Y PROCEDIMIENTO DE CRED COMPLETO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



Aprobado mediante Resolución Directoral Regional N° -2012
/GOB.REG.-HVCA/DIRESA



Huancavelica – Febrero 2012



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA REGIONAL N° 004-2012

NIÑOS CON CRED COMPLETO DE ACUERDO A SU EDAD EN LA REGIÓN HUANCAMELICA



FINALIDAD:

La presente Directiva tiene por finalidad contribuir al desarrollo Integral de las niñas y niños menores de cinco años de la Región Huancavelica, mejorando su salud y nutrición.



I. OBJETIVOS:

General:

Contribuir a la reducción de la Desnutrición crónica en la Región Huancavelica, regulando los procesos de Atención y seguimiento del niño menor de cinco años a través del control de crecimiento y Desarrollo.

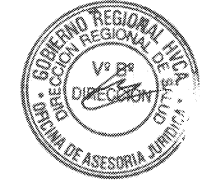


Específicos:

- ✓ Establecer los estándares de procedimientos para la Evaluación del crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de 5 años.
- ✓ Promover el crecimiento y desarrollo temprano de la niña y el niño menor de 5 años con enfoque de derechos, interculturalidad y equidad.
- ✓ Fortalecer las prácticas saludables: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los dos años, alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses, lavado de manos.
- ✓ Promover el desarrollo de competencias físicas, cognitivas, emocionales y sociales de niñas y niños a través de la estimulación temprana.
- ✓ Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y las niñas y niños.
- ✓ Detectar precozmente, atender y referir de manera oportuna los riesgos, alteraciones y trastornos de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años, Incentivando la participación activa de la familia o cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal.
- ✓ Mejorar las coberturas del control de CRED del niño menor de cinco años a un 70%



III. AMBITO DE APLICACION:



La presente Directiva es de estricto cumplimiento y aplicación a nivel del pliego sede Central y Unidades Ejecutoras del Gobierno Regional Huancavelica – Gerencia sub Regionales y Gobiernos locales, por las entidades públicas del sector Salud: DIRESA Huancavelica, ESSALUD, Fuerzas Armadas, y sector privado: clínicas, y otros del sub sector privado, según corresponda.



IV. BASE LEGAL:

- ✓ Ley No 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud
- ✓ Ley No 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

- ✓ Decreto Supremo No 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas.
- ✓ D.S. No 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil.
- ✓ D.S. No 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
- ✓ D.S. No 003-2008-SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.
- ✓ Resolución Ministerial No 455-2001/SA/DM, que aprobó el documento normativo “Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil” .
- ✓ Resolución Ministerial No 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento “La Salud Integral: Compromiso de Todos. El Modelo de Atención Integral de Salud” .
- ✓ Resolución Ministerial No 751-2004-SA/DM que aprobó la NTS No 018-MINSA/DGSP-V1 “ Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial No 292-2006/MINSA. que aprobó la NTS No 040-MINSA/DGSP-V.1 “ Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño” .
- ✓ Resolución Ministerial No 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal”
- ✓ Resolución Ministerial No 862-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 074-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”
- ✓ Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA, que aprobó la Norma técnica 087-MINSA/DGSP.V01 “Norma Técnica de salud para el Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de cinco años”
- ✓ Convenio de apoyo presupuestario a los programas presupuestarios estratégicos entre el MEF, a través de la Dirección General del Presupuesto Público, y el Gobierno Regional del Departamento de Huancavelica
- ✓ Resolución Directoral N° 006-2010-EF/76.01, Aprueba la Directiva N° 002-2010-EF/76.01 “Directiva para la Formulación, Suscripción, Ejecución y Seguimiento de Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos”

V. MECANICA OPERATIVA

La generación de roles, responsabilidades, procedimientos y flujos para la entrega del producto de niño con CRED completo para su Edad; está a cargo del Equipo Técnico de AIS niño, basado en la NTS N° 087 –2010 -MINSA/DGSP V.01, Norma técnica de salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y niño menor de cinco años” la cual contempla el Paquete de Atención Integral del niño menor de cinco años.

La Aplicación de la presente Directiva que corresponde al flujo de información, es de responsabilidad del personal de los Establecimientos de Salud, quienes prestaran el servicio de CRED de acuerdo a la Norma Vigente, que es de carácter nacional.

La población Infantil que recibe la atención integral del niño menor de cinco años estará registrada mensualmente, siendo verificable a través del sistema de información en la que estará ingresado en cada uno de los puntos de digitación, realizando la alimentación y envío de la información hacia los C.S. estos a las Micro Redes, ellos a las Redes de Salud y estos a la DIRESA Para su constante actualización y análisis de dicha información.

VI. DISPOSICIONES GENERALES:

Control de Crecimiento y Desarrollo

La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la DIRESA Huancavelica, a través de la Coordinación de la etapa de vida Niño, es responsable de la implementación y aplicación de la presente Directiva Regional a nivel de todo el Pliego y Gerencias Sub Regionales, siendo de carácter obligatorio para todo el ámbito de la jurisdicción del Gobierno Regional, por todas las entidades públicas y privadas del sector de Salud.

El Gobierno Regional-DIRESA, Gerencias Sub Regionales- UORS, a través de las coordinadoras de la etapa de vida niño son responsables de la Planificación, Organización, Ejecución, monitoreo y Evaluación de las actividades del paquete de atención integral del niño según corresponda a sus funciones y competencias.

El paquete de Atención Integral del niño comprende los siguientes servicios:

Control del RN; SIS; Control CRED menor de cinco años, Estimulación temprana, Inmunizaciones, Descarte de Anemia; Descarte de parasitosis; Suplementación con multimicronutrientes; Suplementación con Vitamina A; Consejería nutricional; Atención de Enfermedades Prevalentes; Atención odontológica preventiva Básica, pruebas para la detección de la agudeza visual y Tamizaje de violencia y maltrato infantil

VII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS:

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos.

Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover practicas adecuadas de cuidado de la niña y niño. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

7.1 Periodicidad del Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Menor de Cinco Años:

Tabla N° 1
Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años,

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

7.2. Instrumentos a ser utilizados en el Control de Crecimiento y Desarrollo:

- Historia Clínica estandarizada, forma parte de una carpeta familiar e incluye:
 - Plan de atención.
 - Datos de filiación y antecedentes.
 - Evaluación de la alimentación.
 - Formato de consulta.
- Carne de atención integral del menor de 5 años.

- Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño
- Curvas de crecimiento P/E, T/E /PT y PC.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo:
En el menor de 30 meses: Test Peruano de Desarrollo Psicomotor
De 3 a 4 años: Pauta breve.
- Ficha de Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

7.3. Actividades e Intervenciones del Control de Crecimiento y Desarrollo

7.3.1. Examen Físico

Consideraciones generales:

Cumplir con las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de instrumentos, equipo médico y mobiliario) y se asegurara de tener las manos tibias.

El ambiente de examen debe brindar comodidad y privacidad.

Antes de iniciar el examen, observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorar a través de preguntas sencillas al adulto responsable de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con la integridad física y emocional de la niña o niño; si el niño o niña ya habla es necesario incentivar su participación en la entrevista.

Explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración, así como el de los niños; luego proceder al examen:

- Observar como la niña o niño se relaciona con los padres o adulto acompañante, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo o la postura que adopta cuando se realiza el examen físico, durante del cual el niño o niña debe estar con poca ropa o desnudo. Iniciar el examen sin instrumentos, estos se usaran progresivamente según sea necesario.
- Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño y de la madre (aprender y recordar el nombre de la niña, niño y padres, usar voz suave y dulce para tratarlos).
- Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.
- Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, explicando a los padres o acompañante los resultados obtenidos.

7.3.2. Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con el servicio de salud, a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica.

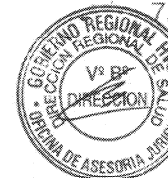
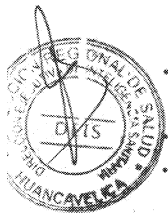
7.3.2.1. Detección de Enfermedades Prevalentes

- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI.
- La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio.

En todos los establecimientos de salud, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis a todo niño y niña menor de 5 años, de acuerdo al siguiente esquema:

- Dosaje de hemoglobina o hematocrito, para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, una vez por año.
- Examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.

- Los exámenes se realizaran en los establecimientos de salud que cuenten con el equipamiento necesario, de lo contrario los niños y niñas serán referidos al establecimiento con la capacidad resolutive correspondiente, siguiendo los procedimientos establecidos para la referencia y contra referencia.
- El tratamiento y seguimiento de los casos es de responsabilidad del personal de salud de acuerdo a la categoría del establecimiento. El procedimiento se realiza en cada caso de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes.



- En las áreas priorizadas por criterio epidemiológico, a fin de prevenir el desarrollo de parasitosis intestinal debido a geohelminths, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de la prescripción de la profilaxis antiparasitaria de acuerdo al siguiente esquema:
 - Mebendazol (500mg/VO) o Albendazol (400 mg.) en dosis única cada 6 meses a partir de los dos años de edad.



7.2.2 Detección de problemas visuales:

La detección de problemas visuales se realizara a través de la evaluación de la visión. La evaluación de la visión en todo niño o niña menor de 5 años será realizada por el profesional de enfermería, el médico pediatra o medico general responsable del control de crecimiento y desarrollo.

- En el 100% de recién nacidos prematuros se verificara el cumplimiento de la prevención secundaria de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP), según lo precisado en la NTS No 084-2010-MINSA/DGSP.V.01



7.3.2.3 Detección de problemas de la Audición:

Durante el control de crecimiento y desarrollo el profesional de enfermería, médico pediatra o medico general responsable de la atención considerara como signos indirectos de déficit auditivo lo siguiente:

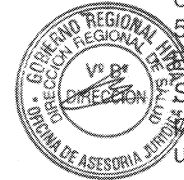
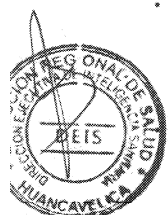
- No reacciona ante sonidos inesperados.
- No gira la cabeza en dirección al sonido de la voz.
- No comprende las órdenes.
- Pobre desarrollo del lenguaje. Si un niño no balbucea a los 11 meses debe remitirse inmediatamente para su estudio audiológico.
- Habla fuerte o no usa el lenguaje apropiado para su edad.
- En edades preescolares trastornos del aprendizaje de distinto grado.
- Observación e impresiones familiares.



Todas las niñas y niños con indicadores de riesgo deben ser referidos al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por médico especialista a fin de realizar otoemisiones acústicas o potenciales evocados auditivos de tallo en el periodo neonatal o en los primeros meses de vida.

Considerar indicadores de riesgo auditivo neonatal: Historia familiar de hipoacusia neurosensorial congénita instaurada en la primera infancia; infecciones intrauterinas (TORCH), malformaciones craneo faciales, peso al nacimiento inferior de 1.500g, hiperbilirrubinemia grave, uso de fármacos ototóxicos, meningitis bacteriana, hipoxia-isquemia perinatal, ventilación mecánica durante más de 5 días o estancia mayor de 48 horas en Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.

En las niñas y niños mayores de 28 días considerar Indicadores de Riesgo: Sospecha de hipoacusia o de retraso del lenguaje, meningitis bacteriana u otras infecciones que puedan cursar con hipoacusia, traumatismo craneal con pérdida de conciencia o fractura craneal, uso de fármacos ototóxico y otitis media secretora recurrente o persistente.



7.3.2.4. Detección de problemas de salud bucal:

Durante el control de crecimiento y desarrollo el profesional de enfermería, médico pediatra o medico general responsable de la atención realizara el examen de la cavidad bucal.

Todas las niñas y niños que presenten riesgos, alteraciones o malformaciones congénitas en la cavidad bucal serán referidos al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el especialista.

- En cada control se debe orientar a la madre o cuidador sobre hábitos de higiene oral para la prevención de caries dental.
- A partir de los dos años de edad las niñas y niños deberán ser evaluados por profesional odontólogo.



7.3.2.5. Detección de violencia familiar y maltrato infantil:

a. La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se deberá aplicar la "Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar."

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

c. Durante la atención es necesario intervenir con amabilidad y empatía cuando se observe prácticas de castigo corporal (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso físico y otros), orientando a la madre sobre derechos del niño, impacto de la violencia en la autoestima y desarrollo posterior del niño. Explorar y reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso contra la mujer como una manera efectiva de prevenir maltrato infantil, en estos casos hacer la referencia inmediata de acuerdo a la normatividad vigente e informar sobre otras oportunidades e instancias de apoyo local (Defensorías, DEMUNA, etc.).

d. Durante la consejería individual o grupal se abordará, de acuerdo a la edad de la niña o niño, sus requerimientos y los problemas relacionados a cada etapa del desarrollo. Se expondrá a los padres o cuidadores métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta, estableciendo objetivos y acuerdos para mejorar el diálogo entre padres e hijos, reforzando su autoestima. Identificar a nivel comunitario los recursos de ayuda psicológica, laboral, social o económica a fin de establecer un sistema de referencia.

e. El manejo de casos de violencia y maltrato infantil y el seguimiento correspondiente se realizará de acuerdo a la Norma Técnica vigente.

7.3.3. Suplementación con micronutrientes.

7.3.3.1. Suplementación con hierro.

- Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad

- El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.

En niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realizará durante 6 meses en forma continua por año.

La administración preventiva de suplemento de hierro debe ser suspendida cuando las niñas y niños están recibiendo antibióticos.

- En niñas y niños menores de 36 meses que residen en zonas endémicas de malaria se debe descartar la presencia de la enfermedad (identificación del parásito) y dar tratamiento antes del inicio de la suplementación

- El suplemento de hierro no constituye la totalidad del requerimiento de la niña o niño, por lo tanto paralelamente a este debe promoverse el aumento de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro y de alta biodisponibilidad; mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de las comidas; mejorar el consumo de alimentos ricos en vitamina C; el consumo de alimentos fortificados con hierro (harina de trigo u otros destinados a poblaciones de riesgo) y evitar sustancias que inhiben la absorción de hierro, como bebidas gasificadas, infusiones, café, etc.

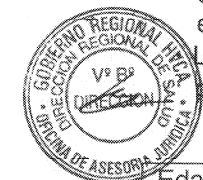
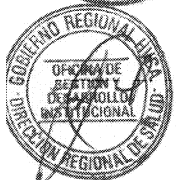
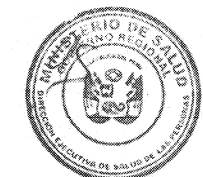
- El personal de salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento es el responsable del seguimiento y de desarrollar estrategias que aseguren la adherencia al proceso de suplementación (visita domiciliaria, consejería, etc.).

- La visita domiciliaria se realizará en un número no menor de 3 durante el período que dure el proceso de suplementación.

- El personal de salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud garantizará el dosaje de hemoglobina a todas las niñas y niños a partir de los seis meses de edad una vez por año, para descartar anemia.

Esquema de suplemento con hierro:

- ... En niñas y niños de 6 meses a 35 meses, a término, con adecuado peso al nacer, administrar de 35 a 40 mg. de hierro elemental por semana, desde los 6 meses de edad y durante 6 meses al año.
- ... En prematuros se prescribe 2 mg. de hierro elemental/kg de peso/día desde el segundo mes y durante 12 meses.



7.3.3.2. Suplementación Multimicronutrientes.

Multimicronutriente: Es un complemento vitamínico y mineral, en polvo constituida por fumarato ferroso micro encapsulado, cada gramo de multimicronutriente contiene 12,5 mg de hierro elemental, el cual satisface las recomendaciones de 1 mg de hierro elemental por Kg de peso por día. Además contiene Zinc (5 mg), Acido Fólico (160 ug), Vitamina "A" (300 ug), Vitamina "C" (30 mg) y malto dextrina como vehículo, que ayuda al organismo a una mejor asimilación del hierro y a prevenir otras enfermedades. Este suplemento está indicado para las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad.

Esquema de Suplementación con Multimicronutrientes:

El esquema de suplementación dirigida a los niños de 6 a 35 meses será el siguiente:

Primera entrega: Niños desde 6 hasta 35 meses.

Duración: 6 meses

Frecuencia de Consumo: Diario

Número de Sobres: 180 sobres (Dosis por sobre 12,5 mg. de hierro elemental).

Segunda entrega: Niños que hayan concluido la primera entrega.

Condición: Después de 6 meses de haber culminado la Primera entrega.

Duración: 6 meses

Frecuencia de Consumo: Diario

Número de Sobres: 180 sobres (Dosis por sobre 12,5 mg. de hierro elemental).

7.3.3.3. Suplementación con Vitamina A

La suplementación con Vit. "A" se realiza en las niñas y niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza.

La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño en los establecimientos de salud priorizados.

Esquema de Suplementación con Vitamina "A" *

Edad	Dosis	Frecuencia
Niños: 6 - 11 meses	100,000 UI	Una vez cada 6 meses
Niños: 12 - 59 meses	200,000 UI	Una vez cada 6 meses

8.4. Evaluación del crecimiento y estado nutricional

8.3.4.1. Valoración antropométrica: peso, longitud / talla y perímetro cefálico.

- Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos.
- El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.
- Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.

Evaluación y monitoreo del crecimiento

- A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.
- El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño.

El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

a. Crecimiento adecuado:

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

b. Crecimiento inadecuado:

Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE)

7.3.4.2. Clasificación del estado nutricional.

- Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud.
- Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores:

Indicador	Grupo de edad a utilizar
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Peso para la edad (P/E)	\geq a 29 días a $<$ 5 años
Peso para la talla (P/T)	\geq a 29 días a $<$ 5 años
Talla para la edad (T/E)	\geq a 29 días a $<$ 5 años

7.3.4.3. Manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales.

Cuando se evidencia crecimiento inadecuado – riesgo nutricional, explorar e identificar los factores causales:

- a. Si la causa se relaciona a la presencia de enfermedad, referir al médico para tratamiento y seguimiento de la patología o tratar de acuerdo a guía de práctica clínica.

Las citas para el monitoreo del crecimiento se programan con intervalos de 7 días, de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia), priorizando en estos controles la consejería en alimentación durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso mórbido.

- c. Programar visita domiciliaria a fin de apoyar a los padres en la adopción de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado.

- d. Si la causa se relaciona a prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, desarrollar sesiones de consejería nutricional y como parte de ésta establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño, según se requiera.

El manejo y seguimiento de los casos de desnutrición es de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes.

7.3.5. Evaluación del Desarrollo

La evaluación del Desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días y es de responsabilidad del profesional de Enfermería.

La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (EESS, otros escenarios) y oferta móvil.

La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica.

7.3.5.1. Instrumentos para la Evaluación del Desarrollo de la niña y niño menor de 5 años.

Niñas y niños de 0 a 30 meses: Test peruano de Desarrollo del Niño (TPD), el test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

- Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Control de cabeza y tronco - sentado.
 - Control de cabeza y tronco - rotaciones.
 - Control de cabeza y tronco - marcha.
- Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Uso de brazo y mano.
 - Visión.
- Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Audición.
 - Lenguaje comprensivo.
 - Lenguaje expresivo.
- Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Alimentación vestido e higiene.
 - Juego.
 - Comportamiento social.
- Inteligencia y Aprendizaje.

Niñas y Niños de 3 y 4 años: Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o PB (pauta Breve). El test mide el rendimiento en las áreas de Lenguaje, Social, Coordinación y Motora.

7.3.5.2. Estimulación del Desarrollo y Cuidado Integral del niño de acuerdo a su edad

- La estimulación del desarrollo fortalece el vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus niños y niñas, con lo cual se afianza la seguridad, autoestima y confianza del niño o niña. La estimulación del desarrollo incluye actividades puntuales para mejorar habilidades y destrezas de la niña o niño en áreas específicas del desarrollo como:
 - Lenguaje, motor, social, emocional y cognitiva.
- La estimulación del desarrollo se lleva a cabo en el consultorio de manera individual o en forma colectiva a través de sesiones agrupando a los niños según su edad.
- Las pautas de estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño deben estar de acuerdo a la edad y el nivel de desarrollo de la niña o niño, considerando el contexto socioeconómico y cultural de la familia.
- El material que se utilice para la estimulación puede ser elaborado con la participación conjunta del personal de salud, padres y la comunidad, considerando los patrones culturales locales y regionales.

7.4. Intervenciones de Información y Comunicación Educativa a la familia para apoyo a la crianza

7.4.1. Identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño.

- Durante el proceso de control de crecimiento y desarrollo es indispensable la identificación, registro y análisis de los factores condicionantes (protectores y de riesgo) de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño; este proceso se realizará de manera conjunta entre el prestador y los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño.
La identificación de estos factores es clave para que la consejería sea efectiva y para orientar adecuadamente los acuerdos negociados con los padres. Su identificación de manera oportuna permitirá, estimular y garantizar aquellos factores protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo, que en un momento dado amenacen la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño.

7.4.2. Consejería Integral.

- La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.
La consejería se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica.

7.4.3. Consejería Nutricional.

- El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.
La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

7.4.3.1 Consejería en Lactancia Materna.

- La realizan los integrantes del equipo de salud que hayan recibido la capacitación respectiva. Puede ser una actividad individual o colectiva

VIII. RESPONSABILIDAD

Nivel Regional:

- La DIRESA a través de la Dirección Ejecutiva de Salud de las personas y la coordinación de Atención Integral de salud del niño, son responsables de la difusión de la presente directiva, así como de la supervisión de su implementación en los establecimientos de salud públicos y privados.

Nivel de Redes de Salud:

- las Direcciones de cada Unidad Operativa de las Red de Salud son responsables de difundir, y monitorear la aplicación de la presente directiva por las Microrredes y Establecimientos de Salud de su jurisdicción.

Nivel Local:

- La dirección o jefatura de cada establecimiento de salud, público o privado, según el nivel de complejidad, es responsable de la implementación y cumplimiento de la Presente Directiva e informar de lo ejecutado al nivel inmediato superior.

La DIRESA, Hospitales, Redes y Microrredes brindaran la Asistencia Técnica y fortalecerán el Desarrollo de Competencias del personal de salud, en forma permanente y por niveles, que sean necesarios, para garantizar la calidad de atención del niño menor de cinco años.

IX GLOSARIO DE TERMINOS:

9.1 Control de Crecimiento y Desarrollo:

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

9.2. Riesgo para Trastorno del Desarrollo:

Es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, Condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos.

9.3 Trastorno del Desarrollo:

Es la desviación significativa del "curso" del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

4. Factores Condicionantes de la Salud, Nutrición y Desarrollo del Niño:

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

9.5. Factores Protectores:

Modelos individuales o de relación tales como actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

9.6 Factores de Riesgo:

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, Desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

Estimulación Temprana:

Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el Vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.