

Código Departamento

Código de Municipio

Código del Médico

Código de IPS

COMPONENTE B1: ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

Fecha de elaboración: Octubre de 2016

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL OBSEVADOR: Indique al profesional de salud que estará presente durante la consulta del niño/a de 2 meses a 5 años de edad y que observará la misma utilizando los criterios establecidos en el AIEPI. No va a interrumpir la consulta, pero estará haciendo anotaciones en el formulario de seguimiento. Pídale al profesional de salud que explique todos los procedimientos que realiza en voz alta para facilitar el seguimiento de la consulta. Explique al acompañante lo que hará en la consulta. Es importante que antes de iniciar la consulta lea el **Consentimiento informado** que deberá ser firmado por el profesional de salud como por la madre/ acompañante del niño/a que llega a consulta.

Una vez finalizada la consulta comparta sus comentarios y observaciones con el profesional de salud.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PROFESIONAL OBSERVADO Y CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA

1. Fecha de la supervisión :

Día	Mes	Año

2. Código del supervisor

1.

3. Código del profesional observado

4. Sexo

M

F

5. Edad

6. Tipo de profesional de salud

6.1 Pediatra

6.2 Médico

general

6.3 Enfermera

6.4 Otros
(especifique)

7. Duración de la consulta

7.1 Hora de inicio de la consulta

7.2 Hora de finalización de la consulta

7.3 Duración (en minutos)

8. Edad del niño/a atendido en la consulta _____ meses

8.1 Sexo del niño/a

M

F

9. Registro civil del niño/a atendido

B. EJECUCIÓN Y REGISTRO DE LA ATENCIÓN BÁSICA DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL OBSERVADOR: En esta sección observe si el profesional de salud completa la información del encabezado de la Historia clínica- la identificación del niño/a que está siendo atendido. Se considera que "preguntó" si el sistema da los datos del niño/a y familiar/ acompañante automáticamente. Marque con (✓) "SI" o "NO". Si tiene comentarios puede anotarlos al final de esta primera sección.

10. El profesional de salud pregunta y anota la siguiente INFORMACIÓN GENERAL sobre el niño/a		SI	NO
10.1	Anota el nombre del niño/a <i>(puede ser dado por el sistema)</i>		
10.2	Anota el parentesco del acompañante (y nombre) <i>(puede ser dado por el sistema)</i>		
10.3	Anota la dirección <i>(puede ser dado por el sistema)</i>		
10.4	Pregunta y anota el motivo de consulta		
10.5	Anota la edad del niño/a		
10.6	Pregunta y anota los antecedentes "Patológicos" importantes , antecedentes obstétricos y de recién nacido <i>(considere (SI) si el profesional pregunta 2/3 antecedentes)</i>		
Número total de "SI" y "NO"			

11. El profesional toma las siguientes MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y SIGNOS VITALES		SI	NO
<i>Instrucciones: Es importante identificar quién toma las medidas antropométricas y signos vitales. Caso sea alguien diferente al que atiende la consulta se debe hacer la observación de la toma y pasar luego a la consulta.</i>			
11.1	Pesa al niño/a empleando la técnica adecuada <i>(Cumple este criterio si tiene 2/3 de los puntos del 11.1.1 a 11.1.3)</i>		
	11.1.1 El profesional calibra la balanza		
	11.1.2 Pesa al niño/a con poca ropa		
	11.1.3 El profesional posiciona bien al menor		
11.2	Toma la talla/ longitud del niño/a empleando la técnica adecuada <i>(Cumple este criterio si tiene 2/3 de los puntos del 11.2.1 a 11.2.3)</i>		
	11.2.1 El profesional de salud usa los 5 puntos de apoyo		
	11.2.2 Toma la talla al niño sin zapatos ni adornos en la cabeza		
	11.2.3 Verifica la posición de los pies		
11.3	Toma y anota la temperatura axilar		
11.4	Toma correctamente y anota la Frecuencia respiratoria		
11.5	Toma y anota la frecuencia cardíaca		
11.6	Toma correctamente y anota el Perímetro craneano (PC)		
11.7	Toma y anota el IMC		
Número total de "SI" y "NO"			

Comentarios del supervisor:

C. EVALUACIÓN DEL NIÑO/A (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL SUPERVISOR: En esta sección observe si el profesional de salud evalúa al niño/a siguiendo las directrices del AIEPI. NO interfiera en la consulta y complete el cuestionario, marcando con (✓) en la columna SI, si cada signo/ síntoma fue evaluado correctamente o, en la columna NO si no fue evaluado o fue evaluado incorrectamente. Marque en la columna NA si el signo/síntoma no aplica para la situación observada. Cuando el NA está sombreado es que no existe la opción de marcar NA, es un campo de llenado obligatorio- solo puede anotar SI o NO.

12. Observe si el profesional evalúa los signos de peligro	SI	NO	NA	COMENTARIOS
12.1 Pregunta si el niño/a puede beber o tomar el pecho?				
12.2 Pregunta si vomita todo lo que ingiere?				
12.3 Pregunta si ha tenido convulsiones? (Si la respuesta de la madre o acompañante es si, se debe completar el ítem 24)				
12.4 Evalúa estado de conciencia (letárgico/ inconsciente)				

13. "Tos o dificultad para respirar"?	SI	NO	NA	COMENTARIOS
13.1 El profesional de salud pregunta si el niño/a tiene tos o dificultad para respirar?				Si NO tiene TOS/ dificultad para respirar, pase a sección 14. Otros comentarios:
13.1.1 El acompañante responde si el niño/a tiene tos/ dificultad para respirar. Marque (✓) en SI si el niño/a tiene tos/ dificultad para respirar y NO si no tiene tos/ dificultad para respirar.				
13.1 Pregunta la duración de la tos (Si la respuesta de la madre o acompañante es si, se debe completar el ítem 25)				
13.2 Ausculta al niño/a (para identificar estridor, sibilancias)				
13.3 Solo si el profesional identifica sibilancias, pregunta:				
12.3.1. Pregunta si es primer episodio o recurrente?				
12.3.2. Pregunta si Tiene cuadro gripal previo?				
12.3.3. Pregunta si ha presentado apneas?				
12.3.4. Pregunta si fue prematuro?				
13.4 Cuenta la frecuencia respiratoria en un minuto				
13.5 Evalúa la saturación de oxígeno				
13.6 Verifica el estado de conciencia del niño/a (para evaluar si está somnoliento, hay dificultad para beber o hablar)				
13.7 Evalúa tiraje supraclavicular, intercostal, subcostal (observa respiración del niño/a- el tórax)				
Total				

Instrucciones: El profesional de salud debe preguntar primero al acompañante si el niño/a tiene tos/ dificultad para respirar - marque (✓) bajo la columna "SI" enfrente de la variable 13.1 si pregunta, o "NO" si no pregunta. Si el acompañante dice que **NO tiene tos/Dificultad para respirar**, marque (✓) en enfrente de la variable 13.1.1 ("NO"). El profesional de salud debe anotar "NO" en la historia clínica y continuar con la pregunta 14. Esto es considerado una evaluación correcta. Si el niño/a **tiene tos/ Dificultad para respirar**, el profesional de salud debe completar las demás preguntas y realizar el examen físico correspondiente. Marque "SI" enfrente de la variable 13.1.1 y complete las

demás preguntas/ evaluaciones relacionadas con este síntoma- observando lo que hace el profesional de salud. El número de respuestas SI varía de la condición clínica del niño/a. Si **tiene sibilancias** la evaluación deberá tener 11 respuestas “SI”- se considera que evaluó correctamente si cumple el 80% ($\geq 9/12$). Marque (✓) en la casilla “Evaluación correcta” en la columna de la derecha. Caso **no tenga sibilancias**, el número de respuestas “SI” es de 7. Para que la evaluación sea “correcta” deberá tener ($\geq 5/7$) respuestas marcadas como “SI”. La respuesta de la pregunta 13.1.1 no debe ser sumada (marcada en el área sombreada)

14. Diarrea?		SI	NO	NA	COMENTARIOS
14.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a tiene diarrea?				 Si NO tiene DIARREA, pase a sección 15.
	14.1.1. El acompañante responde si el niño/a tiene diarrea. Marque (✓) en SI si el niño/a tiene diarrea y NO si no tiene diarrea.				
14.2	Pregunta sobre la duración de la diarrea				
14.3	Pregunta si hay sangre en las heces?				
14.4	Pregunta si el niño/a tiene vómito. Caso tenga vómito, pregunta la frecuencia.				
14.5	Pregunta sobre el número de deposiciones en las últimas 24 horas y en las últimas 4 horas?				
14.6	Observa el estado de conciencia del niño (letárgico, o inconsciente; alerta/ irritable o intranquilo)				
14.7	Evalúa los ojos del niño/a (normales o hundidos)				
14.8	Le ofrece SRO para tomar. Verifica sed y/o capacidad para beber (toma ávidamente, normal o es incapaz de beber)				
14.9	Evalúa el pliegue cutáneo (recupera inmediatamente, lentamente (<2 segundo) o muy lentamente (> 2 segundo)				
TOTAL					

Instrucciones: El profesional de salud pregunta si el niño/a tiene DIARREA. Marque (✓) bajo la columna “SI” enfrente de la variable 14.1 si pregunta, o “NO” si no pregunta. Si el acompañante dice que **NO tiene DIARREA**, marque (✓) en enfrente de la variable 14.1.1 (“NO”). El profesional de salud debe anotar “NO” en la historia clínica y continuar con la pregunta 15. Esto es considerado una evaluación correcta. Si el niño/a **tiene DIARREA**, el profesional de salud debe completar las demás preguntas y realizar el examen físico correspondiente. Marque observando lo que hace el profesional de salud. El número de respuestas SI varía de la condición clínica del niño/a. Para TODOS los niños/as con diarrea el profesional de salud debe realizar todas las actividades listadas (total 9). Se considera una evaluación correcta si logra el 80% ($\geq 7/9$) o el profesional de salud preguntó y el niño/a no tiene diarrea. Marque (✓) en la casilla “Evaluación correcta” o “incorrecta” en la columna de la derecha de acuerdo al total de “SI” obtenidos. La respuesta de la pregunta 14.1.1 no debe ser sumada (marcada en el área sombreada)

15. FIEBRE		SI	NO	NA	COMENTARIOS
15.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a tiene fiebre?				 Si NO tiene FIEBRE, pase a sección 15.
	15.1.1. El acompañante responde si el niño/a tiene fiebre. Marque (✓) en SI si el niño/a tiene fiebre y NO si no tiene fiebre.				
15.2	Pregunta sobre la duración de la fiebre				
15.3	Pregunta si visitó en los últimos 15 días un área de transmisión de malaria/ dengue				
15.4	Pregunta si vómitos persistentes				
15.5	Pregunta si presenta dolor abdominal continuo e intenso				
15.6	Evalúa rigidez de la nuca				
15.7	Hace la prueba de torniquete? (si se sospecha de dengue)				

15.8	Mide la tensión arterial			
15.9	Pregunta y evalúa manifestación de sangrado			
15.10	Evalúa la piel y articulaciones del niño/a (por erupción cutánea, celulitis, artritis, etc)			
15.11	Solicita Cuadro hemático			
15.12	Solicita PCR o gota gruesa si corresponde(riesgo de malaria/dengue)			
TOTAL				

Instrucciones: Complete esta sección de la misma forma que definido bajo Tos/ dificultad para respirar y Diarrea. Se considera una evaluación “Correcta” cuando se tiene un total de $\geq 10/12$ “SI” (%) o el profesional de salud preguntó y el niño/a no tiene fiebre. Marque (✓) en la casilla Evaluación “Correcta” o “Incorrecta” en la columna de la derecha de acuerdo al total de “SI” obtenidos. La respuesta de la pregunta 15.1.1 no debe ser sumada (marcada en el área sombreada)

16. PROBLEMAS DE OÍDO		SI	NO	NA	COMENTARIOS
16.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a tiene dolor de oído				Si NO tiene PROBLEMA DE OÍDO, pase a sección 17.
	16.1.1. El acompañante responde si el niño/a tiene Problema de oído. Marque (✓) en SI si el niño/a tiene problema de oído y NO si no tiene problema de oído.				
16.2	Pregunta si le está supurando el oído (y duración)				
16.3	Pregunta sobre episodios recurrentes de otitis media				
16.4	Observa si hay supuración de oído				
16.5	Practica otoscopia (identificar si el tímpano está rojo/ abombado)				
16.6	Palpa detrás de la oreja (mastoiditis)				
TOTAL					

Instrucciones: Complete esta sección de la misma forma que definido bajo Tos/ dificultad para respirar y Diarrea. Se considera una evaluación “Correcta” cuando se tiene un total de $\geq 5/6$ “SI” o el profesional de salud preguntó y el niño/a no tiene problema de garganta. Marque (✓) en la casilla Evaluación “Correcta” o “Incorrecta” en la columna de la derecha de acuerdo al total de “SI” obtenidos. La respuesta de la pregunta 16.1.1 no debe ser sumada (marcada en el área sombreada)

17. PROBLEMAS DE GARGANTA (evaluar también si hay FIEBRE)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
17.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a tiene dolor de garganta				Si NO tiene PROBLEMA DE GARGANTA, pase a sección 18.
	17.1.1. El acompañante responde si el niño/a tiene Problema de garganta. Marque (✓) en SI si el niño/a tiene problema de garganta y NO si no tiene problema de garganta.				
17.2	Observa las amígdalas/ garganta				
17.3	Palpa el cuello (adenomegalia cervical anterior dolorosa)				
TOTAL					

Instrucciones: Complete esta sección de la misma forma que definido bajo Tos/ dificultad para respirar y Diarrea. Se considera una evaluación “Correcta” cuando se tiene un total de $\geq 2/3$ “SI” o el profesional de salud preguntó y el niño/a no tiene problema de garganta. Marque (✓) en la casilla Evaluación “Correcta” o “Incorrecta” en la columna de la derecha de acuerdo al total de “SI” obtenidos. La respuesta de la pregunta 17.1.1 no debe ser sumada (marcada en el área sombreada)

18. SALUD BUCAL (TODOS)	SI	NO	NA	COMENTARIOS
-------------------------	----	----	----	-------------

18.1	Pregunta si hay dolor o molestia al comer, masticar o abrir la boca				
18.2	Pregunta si tiene dolor en un diente				
18.3	Pregunta si ha habido trauma/ golpe en la cara/ boca				
18.4	Pregunta sobre la higiene bucal del niño/a (con qué se lava los dientes, cuándo, al acostarse, supervisión)				
18.5	Pregunta si usa biberón o chupo				
18.6	Observa la boca, lengua, paladar, encías y dientes del niño/a (inflamación/ lesión, vesículas, pápulas, úlceras, placas, caries, etc.)				
TOTAL					
19. VERIFICAR CRECIMIENTO (TODOS)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
19.1	El profesional de salud pregunta la edad gestacional del niño/a				
19.2	Pregunta si fue un embarazo múltiple				
19.3	Pregunta y anota el peso y talla al nacer (del niño/a)				
19.4	Determina si hay signos de emaciación (realiza curvas de crecimiento y desarrollo)				
19.5	Verifica curva de crecimiento y grafica- PESO/ TALLA (todos)				
19.6	Verifica curva de crecimiento – PESO/ EDAD (solo en menores de 2 años)				
19.7	Verifica curva de crecimiento y grafica- TALLA/ EDAD (todos)				
19.8	Obtiene y anota índice de masa corporal (todas las edades)				
19.9	Verifica y anota tendencia del peso (todas las edades)				
TOTAL					

20. VERIFICA ANEMIA (TODOS)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
20.1	El profesional de salud pregunta si ha recibido hierro en los últimos 6 meses				
20.2	Observa las palmas del niño/a (palidez leve/ intensa)				
20.3	Observa las conjuntivas (palidez leve/ intensa)				
TOTAL					

21. POSIBILIDADES DE MALTRATO (TODOS)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
21.1	El profesional de salud verifica si hay criterios de maltrato físico (ejemplos: lesiones de cráneo, quemaduras, presencia de equimosis, hematomas, laceraciones de piel, mordiscos o cicatrices; fracturas (huesos largos, costillas, fracturas espirales u oblicuas, del esternón o escapula) y cualquier lesión cutánea grave, lesiones esqueléticas o traumas viscerales).				
21.2	Verifica si hay criterios de abuso sexual (o sospecha) (ejemplos: lesiones en el área genitoanal como sangrado, secreciones genitales, vaginales, uretrales o distintas lesiones graves en esta área en distintos estadios evolutivos)				
21.3	Verifica si hay maltrato emocional (ejemplos: menosprecio al niño, ridiculizando, criticarlo o humillarlo en público. Patrones de crianza inadecuados, es decir normas y pautas de crianza contradictorias)				
21.4	Verifica si hay maltrato por negligencia y/o abandono (Ejemplos: consultas tardías por causas importantes, vacunación incompleta o inexistente; ausencia o incumplimiento a los controles de crecimiento y desarrollo; tratamiento o rehabilitación ausente o				

	<i>incompleta para enfermedades crónicas o que lo ameriten; desnutrición moderada o severa primaria u obesidad primaria significativa. También es importante identificar si el niño/a está descuidado (descuido en la higiene o presentación personal; calidad del vestuario; estado de suciedad; desaseo, maloliente; uñas y cabellos descuidados; pediculosis; mala higiene bucal o caries, entre otras)</i>				
TOTAL					

22. VERIFICA EL DESARROLLO (TODOS)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
22.1	El profesional de salud pregunta sobre antecedentes de embarazo (<i>duración, parto, etc</i>)				
22.2	Pregunta y anota el peso al nacer				
22.3	Pregunta si presentó algún problema serio de salud				
22.4	Explora si existe parentesco entre padres				
22.5	Pregunta si hay antecedentes de problemas mentales/ físicos en la familia				
22.6	Pregunta cómo juega el niño/a, donde está la mayor parte del tiempo				
22.7	Verifica el desarrollo del niño/a utilizando el cuadro de desarrollo				
22.8	Determina el perímetro cefálico para la edad y tendencia				
TOTAL					

23. VERIFICA ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (TODOS)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
23.1	El profesional de salud pide el carnet de vacunación a la madre/acompañante y verifica el estado de vacunación del niño/a				En comentarios anote si el profesional de salud registró todas las vacunas aplicadas a la fecha y cualquier comentario relevante)
23.2	El profesional verifica las vacunas que el niño/a ha recibido a la fecha (marque con una X las vacunas que ya recibió de acuerdo al carnet del niño/a o al relatorio de la madre/acompañante).				
Marque con un círculo las vacunas que el niño/a recibió					
BCG 1 Hepatitis B: RN 1 2 3 DPT: 1 2 3 R1 R2					
VOP: 1 2 3 R1 R2 H. Influenza tipo B: 1 2 3 R1 R2					
Rotavirus: 1 2 Streptococo Neumoniae: 1 2 3					
Influenza Estacional: 1 2 Hepatitis A: 1 Varicela 1					
SRP: 1 R1 Fiebre Amarilla: Si o NO					
23.3	El profesional indica a la madre/acompañante que el niño/a requiere de una vacuna el día de la consulta y menciona la vacuna				
23.3.1	Si hay indicación de una vacuna, especifique cual?	Especifique:			
23.4	El profesional de salud indica a la madre que el niño/a la fecha en que debe volver para la siguiente vacuna y menciona la vacuna que le será aplicada				
TOTAL					

24. VERIFICA LA ALIMENTACIÓN (TODOS)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
24.1	Si el niño/a es menor de 6 meses el profesional en salud debe realizar las siguientes preguntas				
	24.1.1 Pregunta si el niño/a recibe leche materna y cuantas veces en 24 horas				
	24.1.2 Pregunta si recibe pecho en la noche.				
	24.1.3 Pregunta si la madre extrae la leche y como la guarda y la administra.				
	24.1.4 Pregunta si el niño/a recibe otra leche o alimento, y quien le da de comer				
24.2	Si el niño/a es mayor de 6 meses el profesional en salud debe realizar las siguientes preguntas				
	24.2.1 Pregunta cuantas comidas y meriendas recibió el niño/a el día anterior				
	24.2.2 Pregunta el tamaño de las porciones que el niño/a recibió el día anterior				
	24.2.3 Pregunta si el niño/a comió alimentos de origen animal el día anterior				
	24.2.4 Pregunta si el niño/a comió productos lácteos el día anterior				
	24.2.5 Pregunta si el niño/a comió legumbres el día anterior				
	24.2.6 Pregunta si el niño/a comió vegetales o frutas el día anterior				
	24.2.7 Pregunta si el niño/a recibe algún tipo de suplementación de vitaminas y minerales.				
	24.2.8 Si el niño/a está enfermo, el profesional de salud pregunta que ha comido durante la enfermedad				
TOTAL					

25. POSIBILIDAD DE EPILEPSIA (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
25.1	El profesional pregunta si el niño/a ha tenido episodios de pérdida de conocimiento, momentos de desconexión con la realidad, incapacidad para responder, convulsiones o sacudidas involuntarias de brazos o piernas				 Si NO tiene posibilidad de EPILEPSIA, pase a sección 26.
	25.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a <u>NO</u> tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO . Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en SI .				
25.2	El profesional de salud evalúa la posibilidad de epilepsia si la respuesta fue afirmativa (Instrucción para el supervisor: Siga la evaluación abriendo el cuadro de procedimientos en la página 46)				
TOTAL					

26. POSIBILIDAD DE TUBERCULOSIS (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
26.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a ha tenido contacto				Si NO tiene posibilidad

	con un enfermo de tuberculosis, presenta tos de más de 21 días, fiebre persistente por más de 14 días, pérdida o no ganancia de peso en los últimos 3 meses y presencia de adenopatía mayor de 2x2 cm por más de 4 semanas.				de TUBERCULOSIS, pase a sección 28.
	26.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a NO tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO . Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en “SI” .				
26.2	Si la respuesta es afirmativa, el profesional de salud evalúa la posibilidad de tuberculosis (Instrucción para el supervisor: Siga la evaluación abriendo el cuadro de procedimientos en la página 48)				
TOTAL					

27. POSIBILIDAD DE CANCER (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
27.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a ha tenido fiebre/ sudoración por más de 7 días				
27.2	Pregunta si ha presentado dolor de cabeza que ha ido en aumento, si lo despierta de noche, si se acompaña de vómito				
27.3	Pregunta si presenta dolor de huesos en el último mes				
27.4	Pregunta si ha presentado pérdida de apetito, peso o fatiga en los últimos 3 meses				
27.5	Evalúa la piel del niño/a (petequias, equimosis, sangrado)				
27.6	Observa los ojos (por palidez, anormalidades)				
27.7	Evalúa los ganglios (tamaño, consistencia, dolor, duración)				
27.8	Evalúa presencia de signos/ síntomas neurológicos focales, de aparición aguda y/o progresiva				
27.9	Pregunta si tiene alteración de la visión (borrosa, doble, ceguera súbita)				
27.10	Palpa el abdomen (identificar posible masas, hepatomegalia, esplenomegalia)				
27.11	Explora el cuerpo para identificar posibles masas				

28. POSIBILIDAD DE VIH/SIDA (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
28.1	El profesional de salud pregunta si la madre del niño/a es VIH positiva o tiene un familiar con VIH				Si NO tiene posibilidad de VIH/SIDA pase a sección 29.
	28.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a NO tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO . Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en “SI” .				
28.2	Verifica las clasificaciones de la historia clínica integral e identifica sospecha de VIH si el niño/a tiene una o más de las siguientes clasificaciones (Neumonía/ UCI; más de 2 neumonías por año, TB, diarrea persistente, Enf. febril grave (infección bacteriana severa), otitis media crónica o media recurrente, desnutrición/ severa, candidiasis orofaríngea persistente, estomatitis por herpes simple recurrente)				
28.3	Si existe sospecha de VIH, solicita pruebas serológicas y de anticuerpos				

TOTAL					
29. RIESGO DE DIABETES MELLITUS (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
29.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a orina mucho (poliuria) o toma mucho líquido (polidipsia)				Si NO tiene riesgo de DIABETES, pase a sección 30.
	29.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a <u>NO</u> tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO . Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en SI .				
29.2	Si la respuesta es afirmativa el profesional de salud evalúa el riesgo de diabetes mellitus.				
TOTAL					

D. CLASIFICACIÓN DEL NIÑO/A (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL OBSERVADOR: En esta sección marque (✓) la (s) clasificación (es) del profesional de salud. Marque (✓) en las casilla correspondiente a clasificación correcta o incorrecta de la columna de la derecha. Para definir si la clasificación fue correcta o no utilice los signos/ síntomas identificados por el profesional de salud y el cuadro de procedimientos. Si tiene dudas acerca de una clasificación pregunte al profesional de salud que le explique lo que lo/a llevó a esa clasificación- al final de la consulta.

30. SIGNOS GENERALES DE PELIGRO (TODOS)		SI	NO	Observaciones
30.1	TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE?			
31. TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR		SI	NO	Observaciones
31.0	TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?			
31.1	TIENE OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA?			
	31.1.1. Crup grave			
	31.1.2. Bronquiolitis grave			
	31.1.3. Sibilancia grave o recurrente grave			
	31.1.4. Crup			
	31.1.5. Bronquiolitis			
	31.1.6. Sibilancia o sibilancia recurrente			
31.2	NO TIENE OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA?			
	31.2.1. Neumonía grave			
	31.2.2. Neumonía			
	31.2.3. Tos o resfriado			

32. DIARREA		SI	NO	Observaciones
32.0	TIENE DIARREA?			
32.1	CLASIFICA ESTADO DE HIDRATACION?			
	32.1.1 Diarrea con deshidratación grave			
	32.1.2 Diarrea con algún grado de deshidratación			
	32.1.3 Diarrea con alto riesgo de deshidratación			
	32.1.4 Diarrea sin deshidratación			
32.2	TIENE DIARREA HACE 14 DIAS O MAS?			

	32.2.1 Diarrea persistente grave			
	32.2.2 Diarrea persistente			
32.3	HAY SANGRE EN HECES?			
	32.3.1 Disentería			
33. FIEBRE		SI	NO	Observaciones
33.0	TIENE FIEBRE?			
33.1	CLASIFICA EL RIESGO DE LA ENFERMEDAD FEBRIL?			
	33.1.1 Enfermedad Febril de alto riesgo			
	33.1.2 Enfermedad febril de riesgo intermedio			
	33.1.3 Enfermedad febril de bajo riesgo			
33.2	VIVE O VISITÓ AREAS ENDEMICAS DE MALARIA?			
	Malaria complicada			
	Malaria			
33.3	VIVE O VISITÓ AREAS ENDEMICAS DE DENGUE?			
	33.3.1. Dengue grave			
	33.3.2. Dengue con signos de alarma			
	33.3.3. Probable dengue			
34. PROBLEMA DE OÍDO		SI	NO	Observaciones
34.0	TIENE PROBLEMA DE OÍDO?			
34.1	Mastoiditis			
34.2	Otitis media crónica			
34.3	Otitis media recurrente			
34.4	Otitis media aguda			
34.5	No tiene otitis media			
35. PROBLEMA DE GARGANTA		SI	NO	Observaciones
35.0	TIENE PROBLEMA DE GARGANTA?			
35.1	Faringoamigdalitis estreptocócica			
35.2	Faringoamigdalitis viral			
35.3	No tiene faringoamigdalitis			
36. SALUD BUCAL		SI	NO	Observaciones
36.1	Celulitis facial			
36.2	Enfermedad bucal grave			
36.3	Trauma bucodental			
36.4	Estomatitis y/o gingivitis			
36.5	Enfermedad dental o gingival			
36.6	Alto riesgo de enfermedad bucal			
36.7	Bajo riesgo de enfermedad bucal			
37. CRECIMIENTO		SI	NO	Observaciones
37.0	TIENE EXCESO DE PESO?			
	37.0.1. Obeso			
	37.0.2. Sobrepeso			

37.1	TIENE BAJO PESO?			
	37.1.1 Desnutrición severa			
	37.1.2 Desnutrición			
	37.1.3 Riesgo de desnutrición			
	37.1.4 Adecuado estado nutricional			

38. ANEMIA		SI	NO	Observaciones
38.1	Anemia severa			
38.2	Anemia			
38.3	No tiene anemia			

39. POSIBILIDAD DE MALTRATO		SI	NO	Observaciones
39.1	Maltrato físico muy grave			
39.2	Abuso sexual			
39.3	Maltrato físico			
39.4	Sospecha de abuso sexual			
39.5	Maltrato emocional , negligencia o abandono			
39.6	No hay sospecha de maltrato			
40. DESARROLLO (TODOS)		SI	NO	Observaciones
40.1	Probable retraso del desarrollo			
40.2	Riesgo de problema en el desarrollo			
40.3	Desarrollo normal con factores de riesgo			
40.4	Desarrollo normal			

41. ALIMENTACION (TODOS)		SI	NO	Observaciones
41.1	Problemas con la lactancia materna			
41.2	Inicio antes de los 6 meses de alimentos complementarios			
41.3	Tiene 6 meses o más y no ha iniciado la alimentación complementaria			

42. POSIBILIDAD DE EPILEPSIA		SI	NO	Observaciones
42.0	TIENE POSIBILIDAD DE EPILEPSIA?			
42.1	Estado epiléptico			
42.2	Problema neurológico grave			
42.3	Epilepsia con crisis generalizada			
42.4	Epilepsia con crisis focal			
42.5	Epilepsia con crisis de ausencia			
42.6	No tiene epilepsia			

43. POSIBILIDAD DE TUBERCULOSIS		SI	NO	Observaciones
43.0	TIENE POSIBILIDAD DE TUBERCULOSIS?			
43.1	Sospecha de tuberculosis grave			
43.2	Tuberculosis confirmada			
43.3	Tuberculosis clínica			

43.4	Tuberculosis latente			
43.5	Contacto con tuberculosis			
44. POSIBILIDAD DE CÁNCER		SI	NO	Observaciones
44.0	TIENE POSIBILIDAD DE CÁNCER?			
44.1	Posible cáncer o enfermedad muy grave			
44.2	Algún riesgo de cáncer			
44.3	Poca probabilidad de cáncer			

45. POSIBILIDAD DE VIH/SIDA		SI	NO	Observaciones
45.0	TIENE POSIBILIDAD DE VIH/SIDA?			
45.1	Infección VIH sintomática confirmada			
45.2	Infección VIH confirmada			
45.3	Sospecha de infección VIH sintomática			
45.4	Posible VIH/ expuesto al VIH			
45.5	Infección sintomática VIH improbable			
45.6	Infección VIH descartada			
46. RIESGO DE DIABETES MELLITUS		SI	NO	Observaciones
46.0	TIENE RIESGO DE DIABETES MELLITUS?			
46.1	Cetosis/ cetoacidosis diabética			
46.2	Diabetes Mellitus			
46.3	Posible Diabetes mellitus			
	Post glicemia postcarga- se debe clasificar como:			
46.4	Diabetes Mellitus			
46.5	Intolerancia a la glucosa			
46.6	No tiene diabetes Mellitus			

E. TRATAR EL NIÑO/A (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL SUPERVISOR Anote la(s) clasificación(es) que el profesional identificó (puede anotar la clasificación y al lado el CIE-10) y anote el tratamiento (prescripción) hecha por el profesional de salud (el medicamento, la dosis y la frecuencia y duración del tratamiento). Al terminar la consulta verifique, utilizando el cuadro de procedimientos, si el tratamiento indicado por el profesional de salud es correcto o no, marcando (✓) en la columna derecha- si es CORRECTO o INCORRECTO.

Las clasificaciones "INCORRECTAS" conllevan a un tratamiento "INCORRECTO". Anote la prescripción pero para fines de evaluación el tratamiento, considere que es "Incorrecto" pese a coincidir con lo que el cuadro de procedimientos aconseja.

Es posible que un profesional de salud identifique otro tratamiento/ alternativo y válido. Anote el tratamiento prescrito y deje la casilla de "Tratamiento correcto o incorrecto" abierta.

47. El profesional de salud indica **REFERENCIA URGENTE?**

SI ☐

NO ☐

➔ Pase a PREGUNTA

48

47.1 La madre/acompañante **ACEPTA LA REFERENCIA** del niño/a?

SI

NO

→ Pase a PREGUNTA
47.2

47.2 El profesional de salud **ADMINISTRA EL TRATAMIENTO DE PRE/REFERENCIA** al niño/a de acuerdo a su clasificación?

SI

NO

Si el niño tiene una condición grave que amerita una referencia de urgencia, complete el tratamiento prescrito y administrado por el profesional de salud (pre/referencia) en la siguiente tabla. En este caso la observación de la consulta se termina en este momento. Dependiendo del caso, el supervisor puede suspender la supervisión ya que prima el bienestar del niño/a.

48. Al niño/a le prescribieron algún medicamento?

SI

NO

→ Pase a Apartado F

49. Clasificación (SIGNOS GENERALES DE PELIGRO)					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					Tratamiento: Correcto Incorrecto
2.					
3.					
50. Clasificación (TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR):					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					Tratamiento: Correcto Incorrecto
2.					
3.					
51. Clasificación (DIARREA):					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					Tratamiento: Correcto Incorrecto
2.					
3.					
52. Clasificación (FIEBRE):					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					

2.					Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐
3.					
53. Clasificación (PROBLEMA DE OÍDO):					Observaciones del supervisor: Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
54. Clasificación (PROBLEMA DE GARGANTA):					Observaciones del supervisor: Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
55. Clasificación (SALUD BUCAL):					Observaciones del supervisor: Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
56. Clasificación (ANEMIA):					Observaciones del supervisor: Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
57. Clasificación (OPCIONAL):					Observaciones del supervisor: Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					

F. COMUNICACIÓN CON LA MADRE/ ACOMPAÑANTE DEL NIÑO/A (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL SUPERVISOR Observe la comunicación del profesional de salud con la madre/acompañante y complete esta sección. Marque (✓) en "NA " en las variables que solo se deben llenar en ciertas circunstancias (caso que el niño/a no las presente). Marque (✓) en "NO "si el profesional de salud no realizó las instrucciones sugeridas por el AIEPI.

El profesional de salud le explica a la madre/acompañante los **SIGNOS DE ALARMA PARA REGRESAR DE INMEDIATO** al servicio de salud

58. CUALQUIER niño/a (SANO Y ENFERMO)		SI	NO	NA
58.1	No puede beber ni tomar del pecho			
58.2	Vomita todo			
58.3	Empeora o no se ve bien			
58.4	Aparece fiebre			
59. Si el niño tiene NEUMONÍA O RESFRIADO , regresar si:				
59.1	Respiración rápida o presenta dificultad para respirar			
60 Si el niño/a tiene DIARREA , regresar si:				
60.1	Sangre en las heces			
60.2	Heces líquidas y abundantes (más de 10 en 24 horas)			
TOTAL				
61. Aconsejar a la madre/ acompañante (HABILIDADES DE COMUNICACIÓN) (NIÑO/A ENFERMO Y SANO)		SI	NO	NA
61.1	El profesional de salud realiza preguntas abiertas, especialmente para verificar la comprensión de tratamiento e instrucciones			
61.2	El profesional de salud elogia a la madre/acompañante y reconoce lo que hace bien			
61.3	Enseña a la madre/ acompañante a cuidar al niño/a en casa y medidas preventivas según el caso			
61.4	Indica a la madre/acompañante que continúe con lactancia materna y/o alimentando al niño/a			
TOTAL				

62. Indica a la madre/acompañante CUÁNDO volver al servicio de salud para SEGUIMIENTO		SI	NO	NA
62.1	VOLVER A LAS 24 HORAS • Probable Dengue			
62.2	VOLVER EN 2 DÍAS , caso el niño/a tenga las siguientes clasificaciones: • Bronquiolitis • Neumonía • Diarrea con algún grado de deshidratación (si no mejora) • Diarrea con alto riesgo de deshidratación (si diarrea continúa) • Diarrea sin deshidratación (si diarrea continúa) • Diarrea persistente • Disentería • Enfermedad febril de riesgo intermedio • Enfermedad febril de bajo riesgo (si fiebre persiste)			

	• Malaria • Otitis media recurrente • Otitis media aguda • Estomatitis y/o gingivitis (si no mejora)			
62.3	VOLVER EN 5 DÍAS , caso el niño/a tenga las siguientes clasificaciones: • Tos o resfriado (si no mejora)			
62.4	VOLVER EN 14 DÍAS , caso el niño/a tenga las siguientes clasificaciones: • Otitis media crónica • Desnutrición • Anemia • Maltrato físico • Sospecha de abuso sexual • Maltrato emocional, negligencia o abandono • Epilepsia con crisis generalizada • Epilepsia con crisis focal • Epilepsia con crisis de ausencia			
TOTAL				

63. Hace la referencia/ interconsulta con otra especialidad		SI	NO	NA
63.1	Requiere de interconsulta con otro servicio/ especialidad (pase al final del formulario)			
63.2	<u>Odontología</u> (estomatitis y/o gingivitis; enfermedad dental o gingival, alto riesgo de <u>enfermedad bucal</u>)			
63.3	<u>Consulta de pediatría</u> y nutrición (desnutrición)			
63.4	Informar al <u>sistema de protección</u> y solicitar evaluación por <u>psicología</u> (maltrato físico, sospecha abuso sexual, maltrato emocional, negligencia o abandono)			
63.5	<u>Neuropediatría</u> (epilepsia con crisis generalizadas, con crisis focales o con crisis de ausencia)			
63.6	<u>Neumología o Infectología</u> (tuberculosis confirmada, clínica, latente, contacto con tuberculosis)			
TOTAL				

Nota. ANOTE LA **HORA EN QUE HA FINALIZADO** LA CONSULTA en la primera página del formulario.

G. EQUIPAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA DEL NIÑO/A

64. Anote si el profesional de salud utilizó los siguientes insumos/ materiales durante la consulta?

Materiales e insumos	Si	No	Comentarios
64.1 Utilizó el cuadro de Procedimientos			
64.2 Utilizó Historia clínica del AIEPI (electrónica o física)			

65. CONSULTA EXTERNA/ÁREA DEL EXÁMEN		SI	NO	COMENTARIOS
65.1	Espacio para la evaluación del niño/a			
65.2	Silla para madre y niño/a			
65.3	Mesa o escritorio			
65.4	Reloj con segundero visible			
65.5	Estetoscopio			
65.6	Tensiómetro			
65.7	Equipo de órganos			
65.8	Linterna y bajalenguas			
65.9	Infantometro			
65.10	Tallímetro			
65.11	La balanza funciona			
65.12	Balanza pesa bebé (funcional)			
65.13	Balanza de pie (funcional)			
65.14	Formulario de registro de AIEPI (electrónico o copia dura)			
65.15	Tarjetas para la madre			
65.16	Formulario de sistemas de información RIPS			
65.17	Cuadro de procedimiento de AIEPI			
Total				