

**HOJA DE EVALUACIÓN
EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y MENOR DE 2 MESES DE EDAD**

Fecha: _____
No. Expediente _____
Peso al nacer _____

Nombre: _____ Edad: _____ () _____ () Sexo: () _____ Peso: _____ Kg. Temperatura: _____ °C Talla: _____

¿Qué problema tiene el niño/niña? _____ Consulta Primera Seguimiento Control

Encierre con un círculo los signos y síntomas presentes al momento de la evaluación.

		CLASIFIQUE
<p>DETERMINAR SI ES UNA POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA</p> <p>ANTECEDENTES MATERNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Presentó ruptura de membrana? ¿Presentó fiebre la madre antes, durante y después del parto? ¿Tenía la madre alguna enfermedad infecciosa? (TDRCH, Hep b) ¿Presentó recientemente alguna infección urinaria? 	<p>ANTECEDENTES DEL RECIEN NACIDO</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Puede tomar el pecho o alimentarse? ¿Ha tenido vómitos? ¿Tiene dificultad para respirar? ¿Tiraje subcostal grave, aleteo nasal? Quejido Abombamiento de la fontanela Supuración del Oído Enrojecimiento y/o supuración del ombligo. ¿el enrojecimiento se extiende hasta la piel? Contar respiraciones por minuto _____ Repetir si el recuento es alto _____ 	<p>INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Ha tenido el niño/niña convulsiones? ¿Tiene dificultad respiratoria? Fiebre: temperatura de 37.5°C o más o está caliente al tacto Pústulas en la piel ¿Son muchas o extensas? Letárgico o inconciente ¿Moviéndose menos de lo normal? Ictericia Distensión Abdominal Llanto inconsolable
<ul style="list-style-type: none"> Secreción purulenta conjuntival Ombigo enrojecido o secreción purulenta sin extenderse a piel Pústulas en la piel. ¿Son pocas o aisladas? Secreción purulenta en los ojos: En menores de 15 días de edad. En mayores de 15 días de edad. Placas blanquecinas en la boca 		<p>INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL</p>
<p>DETERMINAR SI HAY PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se alimenta al pecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Recibe otros alimentos o líquidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene placas blancas o úlceras en la boca (candidiasis)? <p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN AL PECHO</p> <p>Lactancia al pecho, ¿cuántas veces en 24 horas? veces _____</p> <p>¿Por cuanto tiempo? _____ minutos</p> <p>Da otros alimentos a líquidos, ¿Con qué frecuencia? veces _____</p> <p>¿Que usa para darle de comer? _____</p> <p>En el niño/a que tiene cualquier problema de alimentación o crecimiento inadecuado, y no presenta ningún signo por el cual deba ser referido urgentemente.</p> <p>¿El niño/niña se alimentó al pecho durante la última hora? Sí No</p> <p>Si el niño/niña no se alimento durante la última hora, diga a la madre que le dé pecho. Observe el amamantamiento durante 4 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ¿ Es correcta la posición durante el amamantamiento? Verifique que: - La cabeza del niño/niña descansa en el codo de la madre. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - La barriga del niño/niña frente a la barriga de la madre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - La cara del niño/niña está frente a la altura del pezón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - El cuerpo del niño/niña está alineado con la cabeza. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Mala posición • Posición deficiente • Posición correcta <p>¿ Logra el niño/niña hacer el agarre? Verifique que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toca la mama con el mentón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Tiene la boca bien abierta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Tiene el labio inferior volteado hacia afuera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - La aréola es más visible por encima de la boca que por debajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • No hay agarre • Agarre deficiente • Buen agarre <ul style="list-style-type: none"> ¿ Mama bien el niño/niña? Verifique que: - Succiona en forma lenta y profunda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Hace pausas ocasionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Se escucha bien la succión y la deglución <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • No mama nada • No mama bien • Mama bien 	<p>PROBLEMA ALIMENTACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> No lactancia materna Baja frecuencia de lactancia materna Poco tiempo por mamada Da otras leches Uso de biberón Mala o deficiente posición Agarre deficiente Pechos agrietados Mastitis Candidiasis Otros <p>No hay problema de alimentación</p>
<p>DETERMINAR SI HAY PROBLEMA EN EL CRECIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Peso menor de 2,000 g Peso 2,000 - 2,500 g con algún signo de peligro 	<p>INTERPRETACIÓN DEL CRECIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - En proceso de adelgazamiento o emaciación - Con tendencia inadecuada de longitud - En proceso de adelgazamiento y con tendencia inadecuada de longitud - Con ganancia excesiva de peso - Con ganancia excesiva de peso con tendencia inadecuada de longitud - Tendencia adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> CRECIMIENTO INADECUADO PERSISTENTE (En dos controles sucesivos) CreCIMIENTO INADECUADO CreCIMIENTO ADECUADO Sin tendencia
<p>DETERMINE EL RIESGO DE LA ICTERICIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Ictericia antes de las 24 horas de vida Madre RH negativo y recién nacido RH positivo Madre grupo "O" y recién nacido con diferente grupo (A,B,AB) Zona 3 o más de la clasificación de KRAMER Hipotonía, hipertonia, letárgico o inconciente 		<p>ICTERICIA DE ALTO RIESGO</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ictericia que inicia después de las 36 horas de vida Historia de hermanos con ictericia Ictericia que llega hasta las rodillas (Zona 4) 		<p>ICTERICIA DE RIESGO MODERADO</p>
<p>¿EL MENOR DE 2 MESES TIENE DIARREA?</p> <p>¿Cuánto tiempo hace? _____ días</p> <p>¿Hay sangre en las heces?</p> <p>Sí No</p>	<p>Determinar si está:</p> <ul style="list-style-type: none"> Letárgico o inconciente. Inquieto o irritable <p>Determinar si tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los ojos hundidos? Signos del pliegue cutáneo: (Lienzo húmedo) ¿La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (mas de 2 segundos)? ¿Lentamente? 	<p>SÍ NO</p> <ul style="list-style-type: none"> Distensión Abdominal Presencia de vómitos o intolerancia a la alimentación
		<ul style="list-style-type: none"> DESHIDRATACIÓN GRAVE Tiene deshidratación. No tiene deshidratación.
		<p>DIARREA PERSISTENTE GRAVE</p>
		<p>PROBABLE ENTEROCOLITIS</p>
<p>VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN</p> <p>BCG Hepatitis B (Recién nacido)</p>	<p>Checkar las dosis aplicadas y circular las que se deben poner hoy</p>	<p>Fecha próxima Vacuna: _____</p>
<p>EVALUAR OTROS PROBLEMAS:</p>		

