

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
DETERMINAR SI ES UNA POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA ANTECEDENTES MATERNOS <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?	ANTECEDENTES DEL RECIEN NACIDO <ul style="list-style-type: none">¿Puede tomar el pecho o alimentarse?¿Ha tenido vómitos?¿Tiene dificultad para respirar? ¿Tiraje subcostal grave, aleteo nasal?QuejidoAbombamiento de la fontanelaSupuración del OídoEnrojecimiento y/o supuración del ombligo. ¿el enrojecimiento se extiende hasta la piel?Contar respiraciones por minuto _____ Repetir si el recuento es alto _____	<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 tactoPústulas en la piel ¿Son muchas o extensas?Letárgico o inconciente¿Moviéndose menos de lo normal?IctericiaDistensión AbdominalLlanto inconsolable	INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE
<ul style="list-style-type: none">Secreción purulenta conjuntivalOmbligo enrojecido o secreción purulenta sin extenderse a pielPústulas 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			INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL
DETERMINAR SI HAY PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN <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)? EVALUAR LA ALIMENTACIÓN AL PECHO <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:<ul style="list-style-type: none">- 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<input type="checkbox"/> Mala posición <input type="checkbox"/> Posición deficiente <input type="checkbox"/> Posición correcta <p>¿ Logra el niño/nña 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 <input type="checkbox"/> No hay agarre <input type="checkbox"/> Agarre deficiente <input type="checkbox"/> Buen agarre <ul style="list-style-type: none">¿ Mama bien el niño/niña? Verifique que:<ul style="list-style-type: none">- 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<input type="checkbox"/> No mama nada <input type="checkbox"/> No mama bien <input type="checkbox"/> Mama bien	<ul style="list-style-type: none">PROBLEMA ALIMENTACIÓN<ol style="list-style-type: none">No lactancia maternaBaja frecuencia de lactancia maternaPoco tiempo por mamadaDa otras lechesUso de biberónMala o deficiente posiciónAgarre deficientePechos agrietadosMastitisCandidiasisOtrosNo hay problema de alimentación	
DETERMINAR SI HAY PROBLEMA EN EL CRECIMIENTO <ul style="list-style-type: none">Peso menor de 2,000 gPeso 2,000 - 2,500 g con algún signo de peligro	INTERPRETACIÓN DEL CRECIMIENTO <ul style="list-style-type: none">En proceso de adelgazamiento o emaciaciónCon tendencia inadecuada de longitudEn proceso de adelgazamiento y con tendencia inadecuada de longitudCon ganancia excesiva de pesoCon ganancia excesiva de peso con tendencia inadecuada de longitudTendencia adecuada	<ul style="list-style-type: none">CRECIMIENTO INADECUADO PERSISTENTE (En dos controles sucesivos)Crecimiento inadecuadoCrecimiento adecuadoSin tendencia	
DETERMINE EL RIESGO DE LA ICTERICIA <ul style="list-style-type: none">Ictericia antes de las 24 horas de vidaMadre RH negativo y recién nacido RH positivoMadre grupo "O" y recién nacido con diferente grupo (A,B,AB)Zona 3 o más de la clasificación de KRAMERHipotonía, hipertonia, letárgico o inconciente			ICTERICIA DE ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none">Ictericia que inicia después de las 36 horas de vidaHistoria de hermanos con ictericiaIctericia que llega hasta las rodillas (Zona 4)			ICTERICIA DE RIESGO MODERADO
¿EL MENOR DE 2 MESES TIENE DIARREA? <p>¿Cuánto tiempo hace? _____ días</p> <p>¿Hay sangre en las heces? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			<div><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</div> <ul style="list-style-type: none">DESHIDRATACIÓN GRAVE<ul style="list-style-type: none">Tiene deshidratación.No tiene deshidratación.DIARREA PERSISTENTE GRAVEPROBABLE ENTEROCOLITIS
VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN Checar las dosis aplicadas y circular las que se deben poner hoy BCG Hepatitis B (Recién nacido)			Fecha próxima Vacuna: _____
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:			

[illegible]

- Volver para una consulta de seguimiento dentro de: _____
- Administrar todas las vacunas pendiente para hoy según el esquema de vacunación