

**AIEPI - ATENCIÓN INTEGRADA AL
LACTANTE MENOR DE 2 MESES**

FECHA VIGENCIA
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO
CONTROLADO

INSTITUCIÓN: _____ FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____
 MUNICIPIO: _____ EPS: _____
 NOMBRE: _____ ETNIA: _____ N° HISTORIA CLINICA: _____
 SEXO: FEM. _____ MASC. _____ FECHA NACIMIENTO _____ EDAD _____ días CONSULTA: EXT. _____ URG. _____ INICIAL _____ CONTROL _____
 NOMBRE ACOMPAÑANTE: _____ PARENTESCO: _____
 DIRECCIÓN: _____ TELEFONOS: _____
 MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES DE EMBARAZO PARTO DE IMPORTANCIA:

PESO AL NACER: _____ gr. TALLA AL NACER: _____ cm EDAD GESTACIONAL: _____ Semanas. HEMOCLASIFICACIÓN: _____
 PESO: actual _____ gr. TALLA: _____ cm PC: _____ cm FC: _____ /min FR: _____ /min T°: _____ °C

EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD

VERIFICAR SI TIENE UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL

- ¿Puede beber o tomar el pecho? SI _____ NO _____
 - Se mueve solo al estímulo - Letárgico - Se ve o luce mal
 - Irritable - Palidez - Cianosis
- ¿Ha tenido vómito? SI _____ NO _____
 - Ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas
- ¿Vomita todo? SI _____ NO _____
 - FR ≥ 60 o <30 por min - FC > 180 o < 100 por minuto
- ¿Tiene dificultad para respirar? SI _____ NO _____ Explique: _____
 - Apneas - Aleteo nasal - Quejido - Estridor
 - Sibilancia - Tiraje subcostal grave - Supuración de oído
 - Secreción purulenta conjuntival - Edema palpebral
 - Pústulas o vesículas en piel: - Muchas o extensas
 - Pocas y localizadas
- ¿Ha tenido fiebre? SI _____ NO _____
 - Secreción purulenta ombligo - Eritema periumbilical
- ¿Ha tenido hipotermia? SI _____ NO _____
 - Placas blanquecinas en la boca - Hemorragia
- ¿Ha tenido convulsiones? SI _____ NO _____
 - Equimosis - Petequias - Llenado capilar > 3 seg.
- ¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? _____
 - Distensión abdominal - Fontanela abombada

ENFERMEDAD GRAVE R

INFECCIÓN LOCAL

NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCIÓN LOCAL

¿TIENE EL NIÑO DIARREA?

- ¿Desde cuándo? _____ días Estado general: Letárgico o comatoso SI _____ NO _____
 • ¿Hay sangre en las heces? SI _____ NO _____ Intranquilo o irritable
- Ojos hundidos
- Pliegue cutáneo: inmediato Lento

DESHIDRATACIÓN R

NO DESHIDRATACIÓN

D. PROLONGADA R

DIARREA CON SANGRE R

VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN:

- ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____
- ¿Ha dejado de comer? SI _____ NO _____
- ¿Desde cuándo? _____ días
- ¿Se alimenta con leche materna? SI _____ NO _____
- ¿La ofrece en forma exclusiva? SI _____ NO _____
- ¿Cuántas veces en 24 horas? _____
- Recibe otra leche, otro alimento o bebida? SI _____ NO _____
- ¿Cuáles y con qué frecuencia? _____
- ¿Cómo prepara la otra leche? _____
- ¿Qué utiliza para alimentarlo? _____
- ¿Utiliza chupo? SI _____ NO _____
- **PESO / EDAD** _____ **DE**
- **PESO / TALLA** _____ **DE**
- Si es <7 días: Pérdida peso _____ %
- Tendencia peso: Ascendente Descendente Horizontal
- **EVALUAR EL AGARRE:**
 Tiene la boca bien abierta
 Toca el seno con el mentón
 Labio inferior volteado hacia afuera
 Se ve más areola por encima del labio
- **EVALUAR POSICIÓN:**
 Cabeza y cuerpo del niño derechos
 Dirección al pecho/nariz frente pezón
 Hijo frente madre: barriga con barriga
 Madre sostiene todo el cuerpo
- **EVALUAR SUCCIÓN:** lenta y profunda con pausas

PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN R

PESO MUY BAJO R

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

PESO BAJO O RIESGOSO

ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO

VERIFICAR SI EXISTE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO

- ¿Son parientes los padres? SI _____ NO _____ - PC: _____ cm PC/E: _____ DE
- ¿Hay un familiar con problema mental o físico? SI _____ NO _____ - El menor de 1 mes realiza:
 • Reflejo de Moro • Reflejo Cócleo-palpebral
 • Reflejo de succión • Brazos y piernas flexionadas
 • Manos cerradas
- ¿Quién cuida al niño? _____
- ¿Cómo ve el desarrollo del niño? _____
- Antecedente importante en embarazo, Parto o neonatal: _____ - De 1 a 2 meses de edad:
 • Vocaliza • Movimiento de piernas alternado
 • Sonrisa social • Sigue objetos en la línea media
- Alteración fenotípica _____

PROBABLE RETRASO EN EL DESARROLLO r

RIESGO DE PROBLEMA O CON FACTORES DE RIESGO

DESARROLLO NORMAL

