|  |  |
| --- | --- |
|  | **FORMULARIO DE EVALUACIÓN MAMI** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información básica** | | | | | | | | | |
| **Nombre del/la lactante**  (nombre y apellidos) | *Liya Gebre* | | | | | | | **N.º de identificación** | *23456* |
| **Fecha de la evaluación** | *\_\_\_31\_\_ /\_07\_\_ /\_\_\_2021\_\_* |
| **Sexo** | masculino | femenino | | **Edad del lactante:** | | *\_\_\_* **meses** *6* **semanas** | | **Fecha de nacimiento** | *\_20\_\_\_\_ /06\_\_\_ /\_\_2021\_* |
| **Nombre de la persona cuidadora principal** | *Amina Gebre* | | | | | | | **Relación con el lactante** | madre |
| abuela |
| otra: |
| **Origen de la referencia** | tamizaje  comunitario | | atención  ambulatoria | | atención hospitalaria | | autorreferencia | otra: *Punto de vacunación* | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 1 REVISAR LOS SIGNOS DE PELIGRO (lactante)** | | | | |
| **SIGNOS DE PELIGRO** | **¿Incapacidad para mamar o beber?** | | no | sí |
| **¿Lo vomita todo?** | | no | sí |
| **Edema con fóvea bilateral** (+, ++ o +++)**?** | | no | sí |
| **La madre parece desconectada de la realidad o en riesgo de dañarse a sí misma o al lactante;**  **abandono físico visible (en la madre o el lactante)** | | no | sí |
| **¿Otros signos de peligro AIEPI? Especificar:** |  | | |
| **ACTUAR** | **SI HAY SIGNOS DE PELIGRO → referir URGENTEMENTE al hospital** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 2 EVALUAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS (lactante)** | | | | | | | | | | |
| **SIGNOS**  **Y SÍNTOMAS CLÍNICOS** | ***Clasificar según AIEPI*** | **Verde** | **Amarillo** | **Rosa** | **SIGNOS**  **Y SÍNTOMAS CLÍNICOS** | ***Clasificar según AIEPI*** | **Verde** | | **Amarillo** | **Rosa** |
| **Diarrea** | ninguna | leve/moderada | grave | **Otra enfermedad** (ver AIEPI) | ninguna | | leve/moderada | grave |
| **Fiebre** | ninguna | leve/moderada | grave | **Especificar otra enfermedad:** |  | | | |
| **Tos** | ninguna | leve/moderada | grave | **Afección/discapacidad congénita que causa dificultades**  **de alimentación** (p. ej., labio leporino, frenillo lingual) | ninguna | **sí:** | | |
| **Palidez severa** (anemia) | ninguna | – | grave |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 3 EVALUAR EL CRECIMIENTO (lactante)** | | | | | | | | |
| **Perímetro braquial:** | *108***mm** | | **Peso:** | *3,4***kg** | | **Peso al nacer:** | | *2,3***kg** |
| **Estatura:** | *51,0***cm** | | **Puntuación Z (relación peso-edad):** | *< -2* | | **Puntuación Z (relación peso-longitud):** | | *>-2* |
| **Clasifique la puntuación Z de la relación peso-edad (P/E) o de la relación peso-longitud (P/L) utilizando las gráficas de crecimiento del lactante.** | | | | | | | | |
| **Puntuación Z P/E menor a -2,0** | | | | | no | | sí | |
| **Puntuación Z P/L menor a -2,0** | | | | | no | | sí | |
| **Perímetro braquial inferior a 110 mm** (lactantes de menos de seis semanas) | | | | | no | | sí (menor de menos de seis semanas) | |
| **Perímetro braquial inferior a 115 mm** (lactantes de seis semanas a menos de seis meses) | | | | | no | | sí (edad entre seis semanas a seis meses) | |
| **Pérdida de peso reciente o falta de aumento de peso adecuado** | | | | | no | | sí | |
| **Otro (especificar):** | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 4 EVALUAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO MAMI (lactante y madre)** | | | | | | | |
| **Madre ausente o fallecida** | no | ausente o fallecida |  | **Perímetro braquial de la madre inferior a 230 mm** | | no | sí |
| **Bajo peso al nacer** (2.500 g o menos) | no | sí | **El bebé llora en exceso/duerme mal** (información comunicada) | | no | sí |
| **Nacimiento prematuro** | no | sí | ¿**Otras inquietudes** (p. ej., tuberculosis materna, otra enfermedad, cólico)? | | no | sí |
| **Parto múltiple** | no | sí | **Especificar otras inquietudes:** |  | | |
| **Madre adolescente** (menor de 19 años) | no | sí |
| **Madre VIH+ con inquietudes** | no | sí |
| **Perímetro braquial de la madre** | \_\_\_240\_\_\_\_\_ **mm** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 5 EXAMINAR EL RIESGO DE ALIMENTACIÓN (lactante y madre)** | | | | | | |
|  | | | **RIESGO DE ALIMENTACIÓN BAJO** | | **RIESGO DE ALIMENTACIÓN POTENCIAL** | |
| ¿Es usted la madre biológica del lactante? En caso negativo, preguntar: ¿Cuál es el motivo? | | | madre biológica | | madre fallecida o ausente | |
| ¿El/La lactante está siendo amamantado/a? | | | amamantado/a | | no amamantado/a | |
| Si el/la lactante es amamantado/a: ¿Qué otros alimentos o bebidas recibe el/la lactante? | | | ninguno (solo leche materna) | | otros alimentos o bebidas | |
| ¿Tiene dificultades para alimentar a su lactante? | | | no | | sí | |
| **ACTUAR** | **SIGNOS DE RIESGO DE ALIMENTACIÓN POTENCIAL → realizar la evaluación de la alimentación** | | | | | |
| **Prácticas de alimentación del lactante:** | | amamantado/a exclusivamente | | alimentación mixta | | no amamantado/a |
| **Riesgo de alimentación según la evaluación:** | | riesgo de alimentación bajo | | | riesgo de alimentación moderado | |
| **Detalles de las dificultades de alimentación:** | | *La madre presenta signos de mastitis, agarre inadecuado, corta duración* | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 6 REVISAR LAS INQUIETUDES SOBRE LA SALUD MENTAL MATERNA** | | | | | | | |
| **¿Con qué frecuencia se ha sentido afectada por los siguientes problemas durante las últimas dos semanas?** | | **ningún día** | | **varios días** | **más de la mitad de los días** | | **casi todos los días** |
| **Poco interés o gusto por hacer las cosas** | | 0 | | 1 | 2 | | 3 |
| **Sensación de tristeza, depresión o desesperanza.** | | 0 | | 1 | 2 | | 3 |
| **Sumar las puntuaciones de las columnas:** | | | | *2* |  | |  |
| **PUNTUACIÓN DEL TAMIZAJE:** | | | | ***2*** | | | |
| La puntuación del tamizaje es de dos o menos, pero el/la trabajador/a de la salud siente inquietud por la salud mental de la madre | | no | sí (especificar): |  | | | |
| **ACTUAR** | **PUNTUACIÓN DEL TAMIZAJE DE TRES O MÁS, O INQUIETUD O PREOCUPACIÓN POR LA SALUD MENTAL DE LA MADRE →**  **Realizar evaluación de la salud mental** | | | | | **PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN:** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESUMEN DE LA EVALUACIÓN MAMI** | | | |
| **Paso 1:** ¿Hay signos clínicos que requieran remisión a un hospital o servicio especializado? | **no** | **–** | **sí** |
| **Paso 2:** ¿El/La lactante presenta signos de retraso del crecimiento? | **no** | **sí** | **–** |
| **Paso 3:** ¿Hay otros factores de riesgo? | **no** | **sí** | **–** |
| **Paso 4:** ¿Hay signos de riesgo de alimentación moderado? | **no** | **sí** | **–** |
| **Paso 5:** Puntuación de la evaluación de salud mental materna (si es aplicable) Clasificar y referir | 0 - 9 **y** “no” a la pregunta 9 (pensamientos autodestructivos) | 10 - 14 **y** “no” a la pregunta 9 (pensamientos autodestructivos) | 15 o más **y/o** “sí” a la pregunta 9  (pensamientos autodestructivos) |
| **Clasificar y referir** | **RIESGO BAJO:**  **Si se han rodeado con un círculo todos los signos, referir a atención de la salud rutinaria y orientación en alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a** | **RIESGO MODERADO:**  **Si se ha rodeado alguno de los signos con un círculo, inscribir en**  **atención ambulatoria MAMI** | **RIESGO ALTO:**  **Si se ha rodeado alguno de los signos con un círculo, referir al hospital o a servicios especializados** |
| **Otros (especificar):** |  | | |
| Problemas principales observados:  1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| Si no se siguen las opciones de referencia recomendadas, documentar el motivo: | | | |