



FORMULARIO DE EVALUACIÓN MAMI

Información básica

Nombre del/ la lactante			N.º de identificación			Fecha de la evaluación	___/___/___	
Sexo	<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> femenino	Edad del/ la lactante:	___ meses ___ semanas		Fecha de nacimiento	___/___/___	
Nombre de la persona cuidadora principal						Relación con el/la lactante	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> abuela otra: _____	
Origen de la referencia	<input type="checkbox"/> examen comunitario	<input type="checkbox"/> Centro ambulatorio	<input type="checkbox"/> atención hospitalaria	<input type="checkbox"/> autorreferencia	otra: _____			

PASO 1 COMPROBAR LOS SIGNOS DE PELIGRO (lactante)

SIGNOS DE PELIGRO	¿Incapacidad para mamar o beber?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
	¿Lo vomita todo?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
	Edema con fóvea bilateral (+, ++ o +++)?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> 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/la lactante)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> 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	
	Fiebre	<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> leve/moderada	<input type="checkbox"/> grave		Especificar otra enfermedad:				
	Tos	<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> leve/moderada	<input type="checkbox"/> grave		Afección/discapacidad congénita que causa dificultades de alimentación (p. ej., labio leporino, frenillo lingual)	<input type="checkbox"/> ninguna	sí:		
	Palidez severa (anemia)	<input type="checkbox"/> ninguna	-	<input type="checkbox"/> grave						
	Otra enfermedad (ver AIEPI)	<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> leve/moderada	<input type="checkbox"/> grave						

PASO 3 EVALUAR EL CRECIMIENTO (lactante)

Perímetro braquial:	___ mm	Peso:	___ , ___ kg	Peso al nacer:	___ , ___ kg
Estatura:	___ cm	Puntuación Z (relación peso-edad):		Puntuación Z (relación peso-longitud):	
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/la lactante.					
Puntuación Z P/E menor a -2,0			<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Puntuación Z P/L			<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Perímetro braquial inferior a 110 mm (lactantes de menos de seis semanas)			<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí (menor de seis semanas)	
Perímetro braquial inferior a 115 mm (lactantes de seis semanas a menos de seis meses)			<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí (edad entre seis semanas a seis meses)	
Pérdida de peso reciente o falta de aumento de peso adecuado			<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Otro (especificar): _____					

PASO 4 EVALUAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO MAMI (lactante y madre)

			Perímetro braquial de la madre	___ mm	
Madre ausente o fallecida	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> ausente o fallecida	Perímetro braquial de la madre inferior a 230 mm	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Bajo peso al nacer (2.500 g o menos)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	El bebé llora en exceso/duerme mal (información comunicada)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	¿Otras inquietudes (p. ej., tuberculosis materna, otra enfermedad, cólico)?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Parto múltiple	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Especificar otras inquietudes:		
Madre adolescente (menor de 19 años)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí			
Madre VIH+ con inquietudes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí			

PASO 5 EXAMINAR EL RIESGO DE ALIMENTACIÓN (lactante y madre)

	RIESGO DE ALIMENTACIÓN BAJO	RIESGO DE ALIMENTACIÓN POTENCIAL
¿Es usted la madre biológica del/la lactante? En caso negativo, preguntar: ¿Cuál es el motivo?	<input type="checkbox"/> madre biológica	<input type="checkbox"/> madre fallecida o ausente
¿El/La lactante está siendo amamantado/a?	<input type="checkbox"/> amamantado/a	<input type="checkbox"/> no amamantado/a
Si el/la lactante es amamantado/a: ¿Qué otros alimentos o bebidas recibe el/la lactante?	<input type="checkbox"/> ninguno (solo leche materna)	<input type="checkbox"/> otros alimentos o bebidas
¿Tiene dificultades para alimentar a su lactante?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
ACTUAR	SIGNOS DE RIESGO DE ALIMENTACIÓN POTENCIAL → realizar la evaluación de la alimentación	
Prácticas de alimentación del/la lactante:	<input type="checkbox"/> amamantado/a exclusivamente	<input type="checkbox"/> alimentación mixta <input type="checkbox"/> no amamantado/a
Riesgo de alimentación según la evaluación:	<input type="checkbox"/> riesgo de alimentación bajo	<input type="checkbox"/> riesgo de alimentación moderado
Detalles de las dificultades de alimentación:		

PASO 6 EXAMINAR LAS INQUIETUDES SOBRE LA SALUD MENTAL MATERNA

¿Con qué frecuencia se ha sentido afectada por los siguientes problemas durante las últimas <u>dos semanas</u> ?	ningún día	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Poco interés o gusto por hacer las cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sensación de tristeza, depresión o desesperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sumar las puntuaciones de las columnas:				
PUNTUACIÓN DEL TAMIZAJE:				
La puntuación del examen es de dos o menos, pero el/la trabajador/a de la salud siente inquietud por la salud mental de la madre	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> 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 referencia a un hospital o servicio especializado?	<input type="checkbox"/> no	-	<input type="checkbox"/> sí
Paso 2: ¿El/la lactante presenta signos de retraso del crecimiento?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	-
Paso 3: ¿Hay otros factores de riesgo?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	-
Paso 4: ¿Hay signos de riesgo de alimentación moderado?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	-
Paso 5: Puntuación de la evaluación de salud mental materna (si es aplicable) Clasificar y referir	<input type="checkbox"/> 0 - 9 y "no" a la pregunta 9 (pensamientos autodestructivos)	<input type="checkbox"/> 10 - 14 y "no" a la pregunta 9 (pensamientos autodestructivos)	<input type="checkbox"/> 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/la lactante y del niño	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:			