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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información básica** | | | | | | | | | |
| **Nombre del/la lactante**  (nombre y apellidos) | *Rose Okello* | | | | | | | **N.º de identificación** | 98765. |
| **Fecha de la evaluación** | (2021 de julio de 31). |
| **Sexo** | masculino | femenino | | **Edad del/la lactante:** | | *\_\_\_* **meses** 2 **semanas** | | **Fecha de nacimiento** | *30 – marzo - 2021* |
| **Nombre de la persona cuidadora principal** | *Florence Okello* | | | | | | | **Relación con el/la lactante** | madre |
| abuela |
| otra: |
| **Origen de la referencia** | tamizaje  comunitario | | atención ambulatoria  clínica | | atención hospitalaria | | autorreferencia | otra: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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/la lactante;**  **abandono físico visible (en la madre o el/la 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:** | *113***mm** | | **Peso:** | *3,3***kg** | | **Peso al nacer:** | | 2.1. |
| **Estatura:** | *52***cm** | | **Puntuación Z (relación peso-edad):** | *<-2* | | **Puntuación Z (relación peso-longitud):** | | 2.0. |
| **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** | | | | | 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** | *225***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/la 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/a 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/la 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 menciona que no está segura de tener suficiente leche porque el bebé es pequeño. Su suegra sugiere que introduzca alimentos, actualmente le está dando al bebé un poco de agua azucarada y leche materna.* | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | | | |  | *4* | |  |
| **PUNTUACIÓN DEL TAMIZAJE:** | | | | *4* | | | |
| 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:** *11* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESUMEN DE LA EVALUACIÓN MAMI** | | | |
| **Paso 1:** ¿Hay signos clínicos que requieran referencia 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/la lactante y del/la 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: | | | |