



Investigación de campo bajo peso al nacer a término código INS: 110

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

FOR-R02.0000-033 V:03 AÑO 2017

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Visita efectiva <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	1.2. Fecha de investigación (dd/mm/aaaa) 17/06/2021	1.3. Entidad que realiza la investigación <input type="checkbox"/> 1. UFGD <input type="checkbox"/> 2. Asegurador <input checked="" type="checkbox"/> 3. Entidad territorial
1.4. Nombre de quien realiza la investigación de caso Claudia Marcela Ortiz		
1.5. Perfil o profesión de quien realiza la investigación Enfermera		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

2.1. Apellidos y nombres de quien suministra la información Gladys de Jesus Vasco Cosimo	2.3. Menor asegurado <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No
2.2. Parentesco con el recién nacido Madre	

3. INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

3.1. Nombres y apellidos del recién nacido Emiliano Barnero Vasco															
3.2. ¿Hubo controles prenatales? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	3.3. Edad gestacional al primer control prenatal 4 Semanas	3.4. Número de controles prenatales que tuvo la madre 14	3.5. Consumió micronutrientes durante el embarazo <table border="1"> <tr> <td>Calcio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2. No</td> <td><input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Hierro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2. No</td> <td><input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Acido fólico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2. No</td> <td><input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> </table>	Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD
Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD												
Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD												
Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD												
3.6. ¿Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo? 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	3.7. Registre el último valor de hemoglobina que tuvo la madre Centímetros <input type="text"/> <input type="text"/> = <input type="text"/> g/d		3.8. Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina 1. primero <input type="checkbox"/> 2. segundo <input type="checkbox"/> 3. tercero <input type="checkbox"/>												
3.9. ¿Intervalo intergenésico menor a dos años? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No															

4. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

4.1. ¿Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	4.2. ¿Presentó hipertensión arterial durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.3. ¿Presentó amenaza de parto pretermino? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.4. ¿Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2. No
4.5. ¿En el último trimestre de la gestación, realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.6. ¿Se le diagnosticó infección de vías urinarias durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.7. ¿Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	4.8. ¿Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2. No
4.9. ¿Cuál fue su peso pregestacional? kg <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	4.10. Talla de la madre Metros <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	4.11. ¿Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo? kg <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 5 <input type="text"/>	INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA MADRE 4.12. Estrato socioeconómico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

5. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

5.1. Agua potable <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe, no responde
5.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias <input checked="" type="checkbox"/> 1. Buenas <input type="checkbox"/> 2. Regulares <input type="checkbox"/> 3. Malas



Investigación de campo bajo peso al nacer a término código INS: 110

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

6. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

FOR-R02.0000-033 V:03 2017/01/01

6.1. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales

Medinas 30 Agosto.

7. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Al momento de la visita)

7.1 Peso actual en gramos

3490

7.2 Talla en centímetros

55.

7.3 Estado actual del peso

☒ 1. Subió de peso ☐ 2. Permanece igual ☐ 3. Bajó de peso

8. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

8.1. Recibe lactancia materna exclusiva

☒ 1. Sí ☐ 2. No

8.2 ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca)

☒ 1. Sí ☐ 2. No

8.3 Recibe leche de fórmula

☒ 1. Sí ☐ 2. No

8.4 ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

8.5 ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo?

☐ 1. Sí ☒ 2. No ☐ 3. No sabe, no responde

9. PLAN DE INTERVENCIÓN

9.1 ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional?

☒ 1. Sí ☐ 2. No

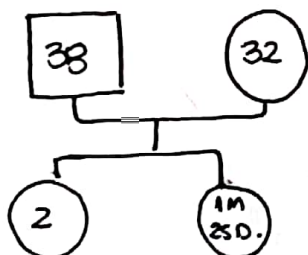
9.2 ¿Se remite a servicios de salud?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

9.3 ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

GUÍA COMPLEMENTARIA PARA LA ENTREVISTA DE CAMPO



En contacto telefónico con el padre de la menor el Sr. Luis Fernando manifiesta que no ha gestionado el ingreso de la menor al programa madre conguero ya que por el temor de la pandemia dice que no quiere exponer a su hijo frente a un posible contagio ya que el HUSJ maneja alto volumen de personas con ese Dx; se compromete a cumplir con todos los controles con la EPS.

En la visita presencial al Domicilio la madre Gladys de Jesus se educa en la lactancia materna sus beneficios para el menor ya que por ser un bebé con bajo peso es la mejor opción, ella manifiesta que el pediatra le indica implementar leche de fórmula SIMILAC. Se indica que se respete las decisiones que ellos como padres tomen para su hijo, y su bienestar.

En la vivienda viven madre, padre y hermana de 2 años, el padre es Maestro de Obra y la madre ama de casa.

