

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. Si <input type="checkbox"/> 2. No	1.2. Fecha de investigación (dd/mm/aaaa) 25 / 06 / 2021	1.3. Entidad que realiza la investigación <input type="checkbox"/> 1. UPGD <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 Manuela Morales Gomez	2.3. Menor asegurado <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" 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 Allan Matias Jaramilla Morales												
3.2. ¿Hubo controles prenatales? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3.3. Edad gestacional al primer control prenatal 1 2 Semanas	3.4 Número de controles prenatales que tuvo la madre 7	3.5 Consumió micronutrientes durante el embarazo <table border="1"> <tr> <td>Calcio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No</td> <td>3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Hierro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No</td> <td>3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Acido fólico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No</td> <td>3. No sabe-SD</td> </tr> </table>	Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3. No sabe-SD	Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3. No sabe-SD	Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3. No sabe-SD
Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3. No sabe-SD										
Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3. No sabe-SD										
Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3. No sabe-SD										
3.6 ¿Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. 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 / dl		3.8. Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina <table border="1"> <tr> <td>1. primero</td> <td>2. segundo</td> <td>3. tercero</td> </tr> </table>	1. primero	2. segundo	3. tercero						
1. primero	2. segundo	3. tercero										
3.9 ¿Intervalo intergenésico menor a dos años? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" 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. Si <input type="checkbox"/> 2. No	4.2 ¿Presentó hipertensión arterial durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.3. ¿Presentó amenaza de parto pretérmino? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	4.4 ¿Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <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. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.6. ¿Se le diagnosticó infección de vías urinarias durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.7 Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.8 Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No
4.9 ¿Cuál fue su peso pregestacional? Kg <input type="text"/> 60 <input type="text"/>	4.10 Talla de la madre Metros <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 61 <input type="text"/>	4.11 ¿Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo? Kg <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA MADRE 4.12 Estrato socioeconómico <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8

5. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

5.1 Agua potable <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <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 participen 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

ESE Salud Pereira San Joaquín

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

7.1 Peso actual en gramos

4370

7.2 Talla en centímetros

55.3

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. Si ☒ 2. No

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

☒ 1. Si ☐ 2. No

8.3 Recibe leche de fórmula

☒ 1. Si ☐ 2. No

8.4 ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna?

☒ 1. Si ☐ 2. No

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

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

9. PLAN DE INTERVENCIÓN

9.1 ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional?

☒ 1. Si ☐ 2. No

9.2 ¿Se remite a servicios de salud?

☐ 1. Si ☒ 2. No

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

☐ 1. Si ☒ 2. No

GUÍA COMPLEMENTARIA PARA LA ENTREVISTA DE CAMPO

24 18
1 M
13 D.

La madre del menor manifiesta que le realizaron inducción del parto por bajo peso en el feto diagnosticado con restricción del crecimiento intrauterino; la madre presenta antecedentes de aborto dos años atrás.

Al momento el menor no recibe leche materna exclusiva, ya que, desde el ingreso hospitalario no se educó ni se corrigió en la técnica de agarre a la madre, brindando confianza y concientizando en los beneficios de dicha intervención, se le enseña la posición adecuada del bebé, agarre perfecto, masajes para sacar pezón intectado (la madre cuenta con pezón plano) y se le educa para que inicie una lactancia materna aprovechando que el niño tiene un mes de nacido. La madre refiere que le gustaría seguir lactando puesto que es el método ideal para que su hijo recupere el peso, con el espacio de orientación, la madre refiere continuar.

El menor no se encuentra afiliado a ninguna EAPB, no está ingresado en el programa madre canguro, por lo tanto, se le hace educación en beneficios del programa, dado que, cuenta con valoración exclusiva hasta los 18 meses de vida por diferentes especialistas que hacen parte del programa.

El menor presenta un testículo de mayor tamaño, pero aún no se define fecha para orden de ecografía de testículo.

Su padre Luis Fernando Larramilla de 24 años labora en una agencia de maderas y su madre es ama de casa.

