



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

1. INFORMACIÓN GENERAL

FOR-R02.0000-033 V:03 AÑO 2017

1.1. Visita efectiva <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	1.2. Fecha de investigación (dd/mm/aaaa) 16/06/2021	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 Ortiz O.		
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 ABBY Stefanea Garcia.	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 Jacobo Romero Garcia									
3.2. ¿Hubo controles prenatales? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	3.3. Edad gestacional al primer control prenatal 16 Semanas	3.4 Número de controles prenatales que tuvo la madre 1	3.5 Consumió micronutrientes durante el embarazo <table border="1"> <tr> <td>Calcio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Hierro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Acido fólico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <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? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	3.7 Registre el último valor de hemoglobina que tuvo la madre Centímetros 12.7 g/d		3.8. Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina <input type="checkbox"/> 1. primero <input type="checkbox"/> 2. segundo <input checked="" type="checkbox"/> 3. tercero						
3.9 ¿Intervalo intergenésico menor a dos años? <input type="checkbox"/> 1. Sí <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. 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 pretérmino? <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 checked="" type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	4.7 Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo <input type="checkbox"/> 1. Sí <input checked="" 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? 50 Kg	4.10 Talla de la madre 156 Metros	4.11 ¿Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo? 11 Kg	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"/> 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 investigación 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 1373/09 y 1299/00

6. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

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

6.1. Institución de salud donde lo realizaron los controles prenatales

Nueva EPS IDIME Las Garzas

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

7.1 Peso actual en gramos

4800

7.2 Talla en centímetros

58.0

7.3 Estado actual del peso

☒ 1. Subió de peso

☐ 2. Permaneció 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

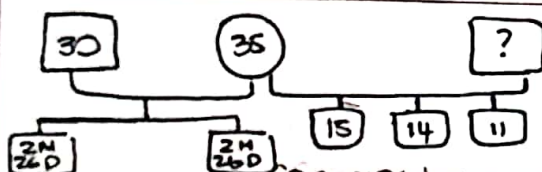
9.2 ¿Se remite a servicios de salud?

☐ 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



Al momento de la visita la madre del menor Abby, indica que son 2 menores con bajo peso, son gemelos aunque reportado solo había uno de los gemelos, Jacobo siendo Jeronimo el menor con mas bajo peso, También refiere que durante la gestación no

Tuvo controles prenatales pero si seguimiento por Ginecología. Tuvo varias complicaciones con su salud Dx Trombas, varices, Infección vías urinarias sistitis y Anemia a la hora de parto, con una gestación de 5 meses fue diagnosticada de Covid-19, principios de mastitis al iniciar la lactancia por producción de leche antes del nacimiento de los menores. El menor ya se encuentra afiliado a la EAPB Nueva Eps, se educa en lactancia materna exclusiva beneficios y ventajas manifiesta que complementa con leche de fórmula NESTOGENO y ENFAMIL.

También se educa sobre el Programa madre canguro para la atención del menor de manera adecuada y por especialistas.

El padre del menor Alejandro de 30 años trabaja como soldador, la madre está en licencia es Asesora de Ventas sus hermanos de 15, 14, 11 años son estudiantes.

Jacobs 4800g → Talla 58cm

[illegible]