INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos | Minsalud

Documento técnico N° 3
Entrevista familiar

ENTREVISTA FAMILIAR Mortalidad perinatal y neonatal

DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA

Fecha y hora de inicio de la entrevista (hora militar):

2026	02	18	12	07
año	mes	día	hora	minutos

Se registrará el día, mes, año y hora en que inició la entrevista. Utilice estos códigos para los meses: Enero: 01, Febrero: 02, Marzo: 03, Abril: 04, Mayo: 05, Junio: 06, Julio: 07, Agosto: 08, Septiembre: 09, Octubre: 10, Noviembre: 11, Diciembre: 12.
Se deben registrar los códigos de cada mes, día, hora y minutos en dos dígitos y el año deberá anotarse con cuatro dígitos.

1. **Departamento:** Cundinamarca
   Registrar el nombre del departamento en donde se realiza la entrevista.

2. **Municipio:** Funza
   Registrar el nombre del municipio en donde se realiza la entrevista.

3. **¿Cuál era su parentesco o relación con el menor fallecido (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?**
   (PUEDE SER MÁS DE UNA OPCIÓN).

Parentesco/ Relación	Apellidos y Nombres	Teléfono(s)
Madre	Yurani Michell García Gutiérrez	3124416976
Padre		
Hermana		
Hermano		
Tía		
Tío		
Prima		
Primo		
Abuela		
Abuelo		
Otro (especificar)		

Especificar núcleo familiar: Vive sola

Registrar el (los) número (s) telefónico (s) en el cual se le pueda ubicar a la persona entrevistada; si no tuviese, indagar sobre algún vecino, amigo o pariente quien

Powered by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos — Minsalud

	disponga de teléfono.		

DATOS DE LA MADRE

En esta primera parte se pregunta acerca de datos generales del menor fallecido

4.	**Apellidos y nombres de la madre:** Yurani Nicholl Garcia Cuatepe. *Se debe registrar los apellidos y nombres completos de la madre del menor fallecido*		
5.	**Tipo de identificación de la madre** Marcar con una X	Registro civil Tarjeta de Identidad (madre) Cedula de ciudadanía(madre) Sin identificación	 X
6.	**Número de identificación de la madre** 1 0 7 3 5 2 6 7 5 5		
7.	**Fecha de nacimiento de la madre** 1 4 9 9 (año) 0 2 (mes) 2 3 (día) **Edad:** 26 años		
8.	**¿Madre del menor en condición de vulnerabilidad?**	Habitante de la calle Población adolescente Persona con discapacidad Desmovilizados Desplazados Población en centros psiquiátricos Población migratoria Población en centros carcelarios Otro: _____ No aplica	 X
9.	**Estado civil de la madre del menor fallecido**	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja Está separada / divorciada Esta viuda Esta soltera Está casada No sabe	 X
10.	**Años de escolaridad que aprobó la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el	Pre-escolar Básica primaria Básica secundaria Media academica o clasica Media tecnica	

Powered by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos | Minsalud

	nombre de la persona)	Normalista	
		Técnica profesional	
		Tecnológica	X
		Profesional	
		Especialización	
		Maestría	
		Doctorado	
		Ninguno	
		No sabe	
		Años de estudios aprobados: |11| Continuación	

11. *Anotar en la casilla correspondiente, los años de estudios aprobados en el máximo nivel alcanzado que tiene la madre del menor fallecido. Ejemplo si terminó el 6to. grado, arriba se debe marcar el número 3 y en años de estudio aprobados, marcar:* |0|6|. *Si completó el 11 grado, arriba marcar el número 4 si es educación académica o el número 5 si es educación técnica, y en años de estudio aprobados marcar* |0|6|. *Se considera básica primaria hasta el grado 5, básica secundaria hasta el grado 9 y media académica o técnica hasta el grado 11.*

12.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **sabe leer y escribir?**	Si	X
		No	
		Solo leer	
		Solo escribir	
		No sabe	
13.	**Si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es menor de 20 años y no esta escolarizada ¿esto fue a causa de su embarazo?**	Si	
		No	
		No sabe	

Esta pregunta aplica, si la madre del menor fallecido e menor de 20 años.

14.	**De acuerdo a la cultura pueblo o rasgos fisicos, la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es o se reconoce como:**	Indígena	
		ROM	
		Raizal (San Andrés y Providencia)	
		Palenquera (San Basilio)	
		Negra, mulata, afrocolombiana o afro descendiente	
		Ninguno de los anteriores	
		No sabe	

15.	**¿Qué ocupación u oficio tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en los últimos 6 meses?**	Ver listado de ocupaciones DANE	Homemaker life
16.	**Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la	Formal	X
		Informal	

Powered by CamScanner

	persona) **está vinculada laboralmente de una manera:**	No sabe	
17.	**¿Qué tipo de aseguramiento al sistema de salud tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Contributivo	X
		Subsidiado	
		Excepción	
		Especial	
		No afiliada	
18.	**¿Cuál es el nombre de la aseguradora?** Famisanar Anotar el nombre de la Empresa Administradora de planes de beneficio o Promotora de Salud (EAPB o EPS).		
19.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tenía conocimiento de que podía consultar a los servicios de salud y recibir atención médica por su estado de embarazo, parto o puerperio?**	Si	X
		No	
		No sabe	
	Si la respuesta es **no** especifique:		
20.	**¿Qué religión práctica la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Católica Romana	
		Cristiana no evangélica	X
		Evangélica	
		Testigo de Jehová	
		Otra: _____	
		Ninguna	
		No sabe	
21.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿es cabeza de familia? (Tiene personas a su cargo)**	Si	
		No	X
		No sabe	
22.	**Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **durante su embarazo, parto o puerperio ¿realizó alguna de las siguientes prácticas?** Puede seleccionar más de una opción.	Masajes abdominales por personal no calificado para cambiar la posición del bebe.	
		Uso de misoprostol sin prescripción ni supervisión médica para inducir o acelerar el trabajo de parto.	
		Uso de yerbas u otros métodos para provocar un aborto en condiciones inseguras.	
		Otra: _____	
		No realizó ninguna	X
		No sabe	

Powered by CamScanner

	Ampliar su respuesta:		

FAMILIA

23.	**Las decisiones tomadas en la familia dependen de:**	La madre del menor fallecido.	
		El padre del menor fallecido	
		La madre del menor fallecido y su cónyuge.	X
		La abuela del menor fallecido.	
		El abuelo del menor fallecido.	
		Los padres del menor fallecido	
		Otros miembros de la familia.	
		No sabe	

Las preguntas 23, 24 y 25 aplican, sí la entrevista es realizada a dos o más personas.

24.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tiene alguno de los siguientes antecedentes con relación a violencia o maltrato:** Puede seleccionar más de una opción. Si la respuesta es No aplica pase a la pregunta 25.	Haber establecido denuncia(s) ante una autoridad por Violencia intrafamiliar.	
		Haber asistido a instituciones de salud por recibir agresiones físicas y/o sicológicas.	
		Otro: _____	
		No aplica (no fue víctima de violencia ni maltrato)	
		No sabe	

25.	**¿Conoce usted si la madre del menor fallecido o el menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo, parto o puerperio, especifíquela:** Puede seleccionar más de una opción. Si la respuesta es Ninguna pase a la pregunta 26	Violencia física	
		Maltrato verbal	
		Violencia sexual	
		Abandono	
		Otra: _____	
		Ninguna	X
		No sabe	
26.	**¿El embarazo de la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue producto de una violación?**	Si	
		No	X
		No sabe	
27.	**El ingreso mensual promedio del núcleo familiar es de:**	$ _____ No quiere comentar	
		No sabe	
28.	**Cuantas personas dependen de este ingreso**	Número de personas |01|	

Comenta que estuvo rodeada de bebés y madres por lo que Pidió salida voluntaria

Powered by CamScanner

Se puede considerar que cada persona o familia necesita un ingreso mínimo para poder adquirir los bienes y servicios esenciales.
Este ingreso mínimo depende de los precios que haya en cada país para una canasta determinada de bienes y servicios.
La forma más sencilla ha sido considerar que cada persona necesita por lo menos dos dólares diarios para vivir dignamente (una convención internacional). DNP 2011: aprox.
5.800 pesos/día
174.000 pesos/mes
696.000 pesos/mes para una familia de 4 personas

29.	**¿Durante la entrevista se evidencia alguna de las siguientes falencias en relación con condiciones de la vivienda y saneamiento básico?** Puede seleccionar más de una opción.	Vivienda sin servicios públicos (agua, luz, alcantarillado, gas).	
		Hacinamiento.	
		Proliferación de vectores (roedores e insectos). Presencia de basuras	
		Ninguna.	X
		No se tiene acceso a la vivienda	

COMUNIDAD

30.	**¿Cuánto tiempo calcula usted que se demoraba la madre del menor fallecido,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **para llegar al servicio de salud más cercano y que medio de transporte utilizaba?** Escriba el número de minutos, horas o días que se demora la persona en llegar al servicio de salud más cercano y el medio de transporte utilizado: a pie, en bus, etc.)	20 minutos _____ horas _____ días medio de transporte _____ _____minutos _____ horas _____ días medio de transporte _____ _____minutos _____ horas _____ días medio de transporte _____

En esta pregunta, si responde en días, llenar la casilla correspondiente a días, si responde en horas, anotar en la casilla correspondiente a horas y si responde en minutos, anotar en la casilla correspondiente a minutos. Al final anote el medio de transporte utilizado.

31.	**Calcule cuánto dinero le costaban estos desplazamientos a la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)	Valor en pesos: 10.000 No sabe _____ No Aplica: _____

Powered by CamScanner

32.	**Si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **durante su embarazo, parto, puerperio o complicación del recién nacido necesitó ayuda de una red de apoyo (Comités de salud comunitarios, Asociación de mujeres, Juntas de acción comunal, entre otras) pudo acceder a ella?**	Si	
		No	
		No existen redes sociales de apoyo	
		No necesitó ayuda	X
		No sabe	
33.	**Durante la complicación que llevo a la muerte al menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tuvo acceso a medios de comunicación (telefonía celular, radio teléfono, entre otros) para pedir ayuda (Policía, Centro de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, entre otros).**	Si tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna	
		Si tuvo acceso y no obtuvo respuesta.	
		Si tuvo acceso y obtuvo respuesta no oportuna.	
		No tuvo acceso a ningún medio de comunicación.	
		No aplica	X
		No sabe	

ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES DE LA MADRE DEL MENOR FALLECIDO

34.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tenía algún problema de salud antes de quedar embarazada?** Si es NO pase a la pregunta 36	Si	X
		No	
		No sabe	
35.	**Especifique**	Tuberculosis	
		Diabetes	
		Hipertensión arterial	X
		Enfermedades del tracto urinario	
		Cáncer	
		Malaria	
		VIH	
		Enfermedades cardíacas	
		Enfermedades psiquiátricas	
		Antecedentes quirúrgicos	
		Hábitos y adicciones	
		Antecedentes de violencia intrafamiliar	

Powered by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos | Minsalud

		Antecedentes de abuso sexual	
		Otro ¿Cuál?	
	Especifique (Amplie la información si considera necesario) HTA desde los 22 años manejo con losartan		
36.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema de salud?**	Si	
		No	
		No aplica	
		No sabe	
37.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **realizó consulta preconcepcional?**	Si	
		No	X
		No sabe	
	Se pregunta por consulta preconcepcional del embarazo relacionado con la muerte		
38.	**En total, ¿cuántos gestaciones ha tenido la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en su vida, excluyendo el relacionado con el caso? (escriba el número)** Si la respuesta es cero pase a la pregunta 47		1
39.	**¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número)		0
40.	**Del total de hijos vivos, ¿cuántos de ellos siguen vivos?** (escriba el número)		0
41.	**¿Cuántos hijos muertos ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo los de la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número)		0
42.	**¿Cuántos partos vaginales ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación del caso?** (escriba el número)		0
43.	**¿Cuántos abortos ha tenido la madre del menor fallecido ?** (escriba el número)		1 IVE.
44.	**¿Cuántas cesáreas ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación relacionada con el caso?** (escriba el número)		0
45.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tuvo algún problema de salud en alguno de los embarazos anteriores al relacionado con la muerte de este último?** Si la respuesta es No, No aplica o No sabe, pase a la pregunta 47	Si	
		No	X
		No aplica	
		No sabe	
46.	Especifique	Diabetes	
		Hipertensión arterial	
		Problemas cardiacos	
		Problemas renales	
		Otros	
		¿Cuál?	

Powered by CamScanner

	Especifique		
47.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema durante el embarazo anterior al relacionado con la muerte de este último?**	Si	X
		No	
		No aplica	
		No sabe	
48.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **estaba planificando para no quedar embarazada?** Si la Respuesta es Si pase a la pregunta 48, Si es No, pase a pregunta 49.	Si	
		No	X
		No sabe	DIU en abril se lo retiró y no se lo colocó de nuevo.
	Indagar sobre planificación familiar		
49.	**¿Con qué estaba planificando?** *Anotar el método de planificación familiar, puede anotar más de uno si la mujer usaba varios métodos. (DIU: Dispositivo intrauterino)*	Hormonal oral	
		Hormonal inyectable	
		Hormonal transdérmico Implante	
		DIU medicado	
		DIU no medicado	
		Ligadura de trompas	
		Barrera	
		Métodos Naturales	
		Folclóricos	
		No sabe	
50.	**¿Por qué no estaba planificando?** Cualquier respuesta pase a la pregunta 50.	Por creencias religiosas	
		Oposición del compañero u otro familiar	
		No quería, porque estaba buscando la gestación	X
		No lo consideraba importante	
		No tuvo acceso	
		Otra,	
		¿Cuál?	
		No aplica	
		No sabe	
51.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en algún momento pensó en interrumpir su embarazo**	Si pensó en interrumpir su embarazo y solicitó el procedimiento.	
		Si pensó en interrumpir su embarazo pero no solicitó el procedimiento.	
		No pensó en interrumpir su embarazo	X

Powered by CamScanner

	por violación, malformación congénita o riesgo para su vida o su salud?	No sabe	

DATOS DEL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE (ÚLTIMO EMBARAZO)

52.	**Cuando la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **quedó embarazada, ella:**	Quería embarazarse en ese tiempo	X
		Quería esperar un poco más para embarazarse	
		No quería embarazarse	
		No sabe	
	Indagar sobre embarazo deseado o no deseado		
53.	**¿Hizo control prenatal?** Si es No, pase a la pregunta 57. Si es No sabe, pase a la pregunta 58	Si	X
		No	
		No sabe	
	Si respondió que hizo el control prenatal en este embarazo, preguntar cuántos controles hizo (si es posible, pedir que le muestren el carnet de atención) y anotarlos en la pregunta 37; si respondió que no, pasar a la pregunta 39; si respondió que "no sabe" pasar a la pregunta 40.		

54. Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde realizó el control prenatal

Nombre de la institución	Municipio	Departamento
1. Cdsubsidio	Funza	Cundinamarca.
ESE San Rafael	Tocaticuva	Cundinamarca.

55.	**¿Quiénes la atendieron durante el control prenatal?** (Puede seleccionar múltiples opciones)	Médico general	X
		Médico especialista	X
		Enfermera	Fenecologica
		Promotor de salud	
		Partera empírica	
		Enfermera Obstetriz	
		Otro, especifique_____	
		No sabe	
56.	**¿A cuántos controles prenatales asistió la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Numero 3 No asistió_____	

Powered by CamScanner

	Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 57		
	Anotar a cuántos controles prenatales acudió la madre del menor fallecido.		
57.	**¿A qué edad gestacional inicio el control prenatal la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Semanas de gestación |44| No sabe o no se acuerda |__|	
	Anotar a las cuantas semanas de gestación inicio el control prenatal la madre del menor fallecido.		
58.	**¿Por qué no asistió al control prenatal o dejó de asistir a alguna cita?** (Selección múltiple)	Es lejano el sitio de atención	
		Porque no le dieron permiso en el trabajo	
		Por falta de recursos económicos	
		Por experiencias negativas con el servicio de salud	
		Porque no lo consideró importante	
		El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo	
		El servicio de salud está cerrado	
		Problemas de orden público	
		Otro, especifique_____	
		No aplica	X
		No sabe	
	Si la madre del menor fallecido *no hizo control prenatal anotar la razón por la que no lo hizo. Si la mujer fallecida si hizo control prenatal, pero faltó a una o más citas, anotar la razón por la que faltó.*		

SEÑALES DE ALERTA DE ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE DEL MENOR FALLECIDO

59.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió instrucciones o recomendaciones para el reconocimiento de señales de alerta y el cuidado de su embarazo?** Si la respuesta es No o No sabe, pase a la pregunta	Si	X
		No	
		No Sabe	
60.	*Encierre en un círculo el código que corresponda.*		
61.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **siguió estas instrucciones?**	Si	X
		No	
		No aplica	

Powered by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos — Minsalud

		No Sabe	
	Encierre en un círculo el código que corresponda.		
62.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **estuvo hospitalizada o requirió atención por urgencias durante el embarazo?** Si la respuesta es No o No sabe pase a la pregunta 62	Si	X
		No	
		No sabe	
	Encierre en un círculo el código que corresponda.		

63. Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde recibió asistencia médica durante el embarazo, parto/cesárea, atención del recién nacido relacionado con la muerte (diferente al control prenatal: hospitalizaciones y/o atenciones por urgencias)

Nombre de la institución	Municipio	Departamento
1. San Rafael	Facatativa	Cundinamarca
2.		
3.		

Anote el nombre de cada institución de salud y el municipio

DATOS DE LA MORTALIDAD PERINATAL O NEONATAL TARDIA

64. **¿En qué fecha ocurrió el parto o cesárea?**

06	02	2026.
día	mes	año

No sabe o no se acuerda | __ |

620gr 31cm

Indague la fecha. Utilice estos códigos para los meses: Enero: 01, Febrero: 02, Marzo: 03, Abril: 04, Mayo: 05, Junio: 06, Julio: 07, Agosto: 08, Septiembre: 09, Octubre: 10, Noviembre: 11, Diciembre: 12. Se deben registrar los códigos de cada mes y día.

65.	**¿Quién atendió el parto?**	Médico general	
		Médico especialista	X
		Enfermera	
		Promotor de salud	
		Partera empírica	
		Enfermera Obstetriz	
		Médico general	
		Otro, especifique _____	
		No sabe	
66.	***Sitio del parto:***	Domicilio	
		Institución ¿Cuál? San Rafael	X

67. ¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzó el problema (o los síntomas iniciales) que provocaron la muerte del menor (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la

Powered by CamScanner

	fueron la razón/es? *Puede seleccionar más de una opción.*	Falta de confianza en el centro de salud / hospital	
		Temor por haberse hecho un aborto	
		Falta de dinero para transportarse	
		Tener que pagar la atención	
		Falta de medio de transporte en ese momento	
		Lejanía del centro de salud/hospital	
		Problemas de orden público	
		Oposición familiar	
		Otra: (especifique_____	
		No sabe	
		No aplica	X
74.	**Cuando le(s) informaron sobre el fallecimiento del menor,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿Le(s) explicaron por qué razón había muerto?**	Si	X
		No	
		No sabe	
	Amplie su respuesta: Prematurez extrema pero Sienten que se pudo hacer más		
75.	**Condición final del producto de la gestación**	Muerte fetal (murió en útero y no nació)	
		Durante el parto	
		Nació vivo pero murió antes de cumplir 7 días de vida	X
		Nació vivo pero murió después de la primera sem de vida	
		No sabe	

76. Describa los hechos y las causas que llevaron a la muerte del menor

Descripción de los hechos en PDF adjunto.

DATOS DE CIERRE DE LA ENTREVISTA

77.	Sr. (Sra.) Entrevistador (a): en este espacio anote los comentarios que considere importantes y no hayan sido cubiertos con las preguntas anteriores.

Powered by CamScanner

	persona si lo tiene)? |__|__| meses |01| días |__|__| horas |__|__| minutos No sabe o no se acuerda |__|		
	En esta pregunta, calcule el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el momento de la muerte. Solo utilice una unidad de tiempo: meses o días u horas o minutos.		
68.	**¿Quién/es la atendieron en el momento de la complicación que llevo al menor** (preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **a la muerte?** Selección múltiple	Médico general	
		Médico especialista	X
		Enfermera	
		Auxiliar de enfermería	
		Partera	
		Curandero	
		Familiar/ vecino	
		Nadie la atendió	
		Otro, ¿quién? _____	
		No sabe	
	En esta pregunta se indaga sobre la (s) persona (s) que atendieron a la madre del menor *antes de su muerte. En caso de marcar la opción otro, especifique quien.*		
69.	**¿Dónde ocurrió la muerte?**	Baja complejidad	
		Mediana complejidad	
		Alta complejidad	
		UCI	X
		Traslado interinstitucional	
		Traslado domicilio-IPS	
		Domicilio	
		Otro, cual: _____	
		No sabe	
70.	**¿Consideraba la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **que su problema de salud era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?**	Si	X
		No	
		No sabe	
71.	**¿Consideraban los familiares del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **que el problema de salud de la madre era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?**	Si	X
		No	
		No sabe	
72.	**¿Decidieron buscar ayuda médica debido al problema de salud de la madre del menor fallecido?**	Si	X
		No	
		No sabe	
73.	Si no buscó/ buscaron ayuda médica, ¿Cuál/es	Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros	

Powered by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos | Minsalud

	Apellidos, Nombres - cargo e institución de la (s) persona (s) que realiza (n) la entrevista familiar		
78.	Apellidos y nombres	Cargo	Institución
	Wendy Lorena Gómez Cuervo	Referente	SSDSDR

	Fecha y hora de finalización de la entrevista:				
79.	18	02	2026	12	48
	día	mes	año	hora	minutos

Se debe anotar la fecha de finalización de la entrevista, completando todas las casillas, día, mes, año y hora.

Michel Garcia.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE
FUNZA

C.P 250020
Tel. (601) 8234070
823 40 71 / 823 40 73
Fax. (601) 8257620
Dir. Cra. 14 No. 13-05

ÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO
EVENTO MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA 560

NOMBRE: YURANY MICHEL GARCIA GUATEQUE
CÉDULA: 1073526755
EDAD: 26 AÑOS
EPS: FAMISANAR
TELÉFONO: 3124416976
DIRECCIÓN: CALLE 11 A 20 44 BARRIO VILLA DIANA

Se recibe reporte de muerte perinatal el 06/02/2025. Se otorga el tiempo prudente de respeto al duelo antes de realizar la intervención correspondiente. El día 16/02/2025 se realizan varias llamadas para concertar la visita. La paciente contesta y solicita que la visita se realice el día 18/02/2026 a las 12:00 en su vivienda. Refiere que actualmente se encuentra en periodo de puerperio en la casa de su pareja, en Bogotá. Se le solicita autorización para realizar la visita con el equipo de APS.

La paciente refiere haber residido en Funza durante toda su vida; actualmente vive sola. Mantiene una relación de cuatro años con su pareja, el señor Jorge Villalba, de 38 años. Comenta que es tecnóloga en construcción y que actualmente cuenta con empleo formal en una empresa llamada Health and Life; no especifica ingresos.

Refiere que estaba planificando con DIU hasta abril de 2025 debido a que es hipertensa desde hace aproximadamente cuatro años. Indica que se retiró el dispositivo porque se desplazó y no se lo puso de nuevo, ya que estaba considerando quedar embarazada. Señala que no realizó consulta preconcepcional y que el embarazo era deseado, aunque no planificado. Comenta además que hace un poco más de cuatro años tuvo un embarazo con una pareja anterior y decidió solicitar IVE alrededor de las 8–9 semanas de gestación; en ese momento aún no tenía diagnóstico de hipertensión.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 12 años, inicio de vida sexual a los 18 años, tres parejas sexuales a lo largo de su vida. Fórmula obstétrica: G2P0C1A1M1V0. Paciente hipertensa en seguimiento por el programa Latir de Colsubsidio, manejada habitualmente con losartán; durante el embarazo recibió alfametildopa y ASA.

No fue posible revisar la carpeta de control prenatal, ya que la paciente refiere que se extravió durante la hospitalización. Cuenta únicamente con historia clínica de urgencias, cesárea y hospitalización. Refiere haber iniciado controles a las 11 semanas de gestación. Indica que recibió información sobre signos de alarma y motivos de consulta a urgencias, aunque solo acudió cuando, en una cita con perinatología en el Hospital San Rafael de Facatativá, la encontraron hipertensa y la remitieron a urgencias. En total, refiere tres controles prenatales más dicha cita con perinatología.

La paciente relata que, tras ingresar a urgencias, le informaron que debían realizar maduración pulmonar y observar evolución; sin embargo, presentó elevación de cifras tensionales, por lo que fue trasladada a salas para desembarazo. Describe que el proceso fue muy rápido y que la información

icontec ISO 9001 SC-CER116470
icontec ISO 14001 SA-CER753750
icontec ISO 45001 ST-CER753753
IQNET
CO-SC-CER116470
CO-ST-CER753763
CO-SA-CER753750

contactenos@funza-cundinamarca.gov.co - www.funza-cundinamarca.gov.co

C.P 250020
Tel. (601) 8234070
823 40 71 / 823 40 73
Fax. (601) 8257620
Dir. Cra. 14 No. 13-05

brindada fue insuficiente y percibida como brusca. Se realizó cesárea, obteniendo neonato masculino de 620 g y 31 cm.

Refiere que no pudo ver al recién nacido en ningún momento y que posteriormente fue trasladada a la denominada "habitación mariposa"; sin embargo, escuchaba a otros bebés y madres, y debía transitar por áreas con recién nacidos, lo cual le generó gran malestar emocional.

Su pareja relata que, una vez el neonato fue llevado a la UCIN, el médico lo contactó para informarle el fallecimiento. Posteriormente, una hermana de la paciente ingresó a despedirse del bebé y observó movimientos en los pies y dificultad respiratoria, por lo que alertó al personal. Minutos después fueron llamados nuevamente para informar que el neonato había sido intubado, pero que el pronóstico era desfavorable. Refieren que en el certificado no consta hora exacta de fallecimiento, aunque consideran que vivió aproximadamente una hora o más. Expresan inconformidad porque consideran que la atención inicial no fue oportuna y no se les entregó historia clínica neonatal; no evidencian notas de pediatría ni perinatología ni registro de Apgar.

Adicionalmente, la paciente manifiesta que la EPS no realizó entrega de medicamentos durante todo el embarazo y que tampoco le han suministrado los medicamentos indicados para el manejo de la preeclampsia, por lo que ha debido adquirirlos por cuenta propia. Refiere también dificultades en la asignación de citas en Colsubsidio, lo que ocasionó que perdiera una de las ecografías.

Los controles prenatales se realizaron en Colsubsidio Funza y en la ESE San Rafael de Facatativá.

Durante la visita se realiza atención médica: saturación de oxígeno 97%, frecuencia cardíaca 77 lpm, presión arterial 147/107 mmHg y peso 69 kg. Refiere que en el control posparto del día anterior le retiraron los puntos y le indicaron suspender antihipertensivos; egresó con manejo de valsartán y nifedipino. Dada la cifra tensional actual, se recomienda no suspender nifedipino y realizar monitoreo de presión arterial al menos dos veces al día. Se considera que la elevación tensional podría estar asociada al malestar emocional al abordar el tema.

Refiere tener control programado en tres días con el programa Latir. Se brinda educación sobre la importancia del periodo intergenésico para disminuir riesgos de malformaciones y complicaciones maternas, así como sobre la consulta preconcepcional y el alto riesgo obstétrico asociado a sus antecedentes. Se ofrece seguimiento por psicología del equipo APS, el cual no acepta por el momento.

ELABORADO POR

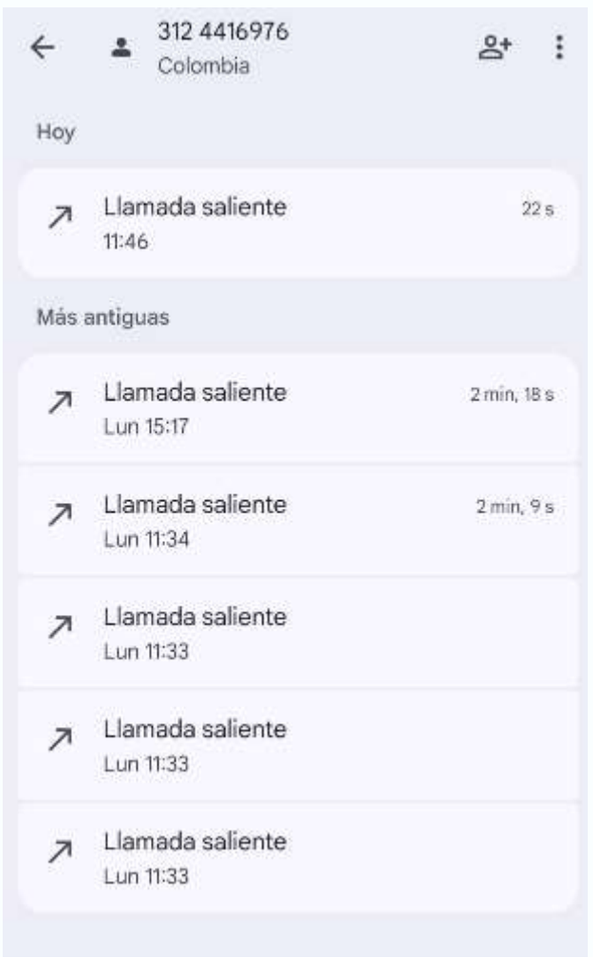
WENDY GÓMEZ
REFERENTE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
SECRETARIA DE SALUD DE FUNZA.

icontec ISO 9001 SC-CER116470
icontec ISO 14001 SA-CER753750
icontec ISO 45001 ST-CER753753
IQNET
CO-SC-CER116470
CO-ST-CER753763
CO-SA-CER753750

ALCALDÍA DE
FUNZA

C.P 250020
Tel. (601) 8234070
823 40 71 / 823 40 73
Fax. (601) 8257620
Dir. Cra. 14 No. 13-05





SC-CER116470
SA-CER753750
ST-CER753753
CO-SC-CER116470
CO-ST-CER753763
CO-SA-CER753750