

CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO EN POBLACION INFANTIL ATENDIDA EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ENFOCADA EN REHABILITACION.

Characterization of risk factors in the child population served in a social enterprise of the state focused on Rehabilitation

Tania Ximena Espinoza Rico¹, Aura Martínez Martínez², Nixon Zambrano Medina³, Zaida Rocío Contreras Velásquez⁴.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El objetivo de esta investigación es caracterizar socio-demográfica y clínico-epidemiológico la población infantil atendida en la empresa social del estado (ESE) y así responder a la pregunta ¿Cuáles son los factores de riesgo que fueron el agente-causal de las patologías de base en la empresa social del estado? **MÉTODOS:** Corresponde a un estudio cuantitativa de tipo observacional, descriptiva con corte retrospectivo cuyo universo estuvo conformado por 230 pacientes adscritos a una E.S.E. enfocada en rehabilitación durante el periodo comprendido entre los años 2016 a abril de 2019. **RESULTADOS:** Los factores de riesgo perinatales y postnatales más prevalentes fueron parto vía vaginal con 34,9%, presentación al nacer cefálica 90.7% presencia de hipoxia 24.1% e ictericia 7.2%, a nivel posnatal predomina infección por virus 15.7% y presencia de incubadora 25.3%. **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:** La discapacidad implica una compleja relación entre las condiciones de salud, los factores personales y biológicos del individuo. **CONCLUSIONES:** Al identificar los factores de riesgo lo primero que debemos hacer es tratar de prevenirlos y el segundo, disminuir los efectos que puedan haber originado el problema.

PALABRAS CLAVE: Salud pública, Epidemiología, Factores de riesgo, Embarazo, Discapacidad.

¹. Fonoaudióloga en Formación IX Semestre, Universidad de Pamplona.

². Fonoaudióloga, Especialista en Pedagogía Universitaria, Mg. en Intervención Educativa y Psicológica.

³. Estadístico, Doctorado en Educación, Doctorado en Estadística.

⁴. Bacterióloga, Especialista en Práctica Pedagógica, Especialista en Epidemiología Clínica, Magister en Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The objective of this research is to characterize socio-demographic and clinical and epidemiological the child population served in the state social enterprise (ESE) and thus answer the question What are the risk factors that were the agent-causal of the basic pathologies in the social enterprise of the state? **METHODS:** Corresponds to an observational quantitative study, descriptive retrospective cut whose universe consisted of 230 patients attached to an E.S.E. focused on rehabilitation during the period 2016 to April 2019. **RESULTS:** The most prevalent perinatal and postnatal risk factors were vaginal delivery with 34.9%, presentation at cephalic birth 90.7% presence of hypoxia 24.1% and jaundice 7.2%, at postnatal level predominates infection with virus 15.7% and presence of incubator 25.3%. **ANALYSIS AND DISCUSSION:** Disability implies a complex relationship between health conditions, personal and biological factors of the individual. **CONCLUSIONS:** When identifying the risk factors, the first thing we must do is try to prevent them and the second, reduce the effects that may have caused the problem.

KEY WORDS: Public health, epidemiology, risk factors, pregnancy, disability.

INTRODUCCIÓN

El Riesgo en epidemiología se conoce como la probabilidad de que una persona sana adquiera una enfermedad o en algunos casos la muerte en un periodo determinado (1),(2) Por otro lado, el factor modifica la probabilidad de que una enfermedad se aumente o disminuya (1). En este sentido, los factores de riesgo se conocen como cualquier característica o circunstancia detectable en un individuo que se asocia con la probabilidad de estar especialmente expuesto a padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud (1),(3)

Los factores de riesgo que ocasionan discapacidad pueden constituir una causa y esta va de acuerdo a la etapa en la que ha ocurrido el daño al cerebro que se está formando, creciendo y desarrollando; y se identifican como prenatales, perinatales y posnatales(2),(4). Entendiendo que el embarazo es un periodo delicado, conocido como un proceso que ocurre al tener relaciones sexuales mediante la implantación, en donde se adhiere el blastocito al útero después de 5 o 6 días de la fecundación, atravesando el endometrio e invadiendo el estroma, finalizando cuando el epitelio se cierra, allí se da inicio a la gestación en donde se forma el feto en un periodo de 40 semanas (5), (6). En este estado la mujer tiende a estar más expuesta a diversos factores de riesgo, debido a que el organismo materno genera modificaciones, tanto anatómicas como fisiológicas; todos los embarazos implican algunos riesgos, al estar en contacto con uno o varios, provocan en el menor de los grados algún tipo de discapacidad y en mayor grado la muerte(7)(8)(9).

La discapacidad o la diversidad funcional es cualquier restricción o dificultad de alguna o varias habilidades que impiden realizar la actividad en el rango de normalidad (10),(11)Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015 (11), se estima a nivel mundial más de 1.000 millones de personas, equivalentes a un 15% de la población mundial que padecen alguna forma de discapacidad, en su mayoría mujeres y niños con pocos recursos económicos(10)(11)(12) Dentro esta cifra aproximadamente 95 millones son infantes, en relación con la población infantil, es importante señalar que debido a los avances obstétricos y neonatológicos ha disminuido en un mayor grado la mortalidad , pero no la morbilidad(1)(2)(3). En Colombia, de acuerdo con estimados de la Fundación Teletón en el 2015(13) más del 20% de la población, es decir, alrededor de 9 millones de personas padecen algún tipo de discapacidad (10)(11)(12)(13)(14)

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez.

Existen discapacidades que son evidentes en el periodo gestacional mediante exámenes especializados o en el nacimiento como malformaciones congénitas, deficiencias de extremidades, paladar hendido o espina bífida, por otro lado existe un tipo de discapacidad conocida como de desarrollo la cual presenta características que se hacen evidentes con el crecimiento del niño, como: discapacidad cognitiva, retraso psicomotor, autismo o parálisis cerebral y son más difíciles de sistematizar epidemiológicamente (10)(11)(13)

En los centros médicos como hospitales, clínicas, Empresas Prestadoras de Salud EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, centros de rehabilitación, entre otros, los profesionales de la salud recopilan y almacenan la información personal-sanitaria del usuario en un documento médico legal denominado historias clínicas (HC), en este se registra toda la relación de los antecedentes médicos como: prenatales, perinatales y posnatales, médicos y familiares, además de facilitar la asistencia desde el nacimiento hasta la muerte del paciente (15),(16)

La empresa social del estado (ESE) enfocada en rehabilitación se dedica a valorar, diagnosticar e intervenir a niños en situación de discapacidad mediante programas del gobierno, prestando de esta manera un servicio integral a través un equipo interdisciplinar conformado por terapia ocupacional, trabajo social, psicología, fisioterapia y fonoaudiología, allí albergan 230 historias clínicas de los usuarios que han sido atendidos en el régimen subsidiado, cuyas edades están comprendidas entre los 0 a los 17 años, con diversos tipos de patología con diagnóstico médico de base en el periodo 2016 al 2019.

Se vio la necesidad de determinar los factores de riesgo gestacionales y posnatales en los infantes con diversidad funcional que asistieron en los periodos comprendidos entre los años 2016 -2019 debido a que no se encontraron estudios recientes que describan detalladamente los antecedentes causales de la discapacidad en esta población. Por ello, el objetivo de esta investigación es caracterizar socio-demográfica y clínico-epidemiológico la población infantil atendida en la empresa social del estado (ESE) y así responder a la pregunta ¿Cuáles son los factores de riesgo que fueron el agente-causal de las patologías de base en la empresa social del estado? Este estudio pretende dar a conocer una cara de la realidad en cuanto a la discapacidad, en la capital del departamento Norte de Santander.

MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa, observacional, descriptiva de corte retrospectivo. El universo estuvo conformado por 230 Historias Clínicas de usuarios adscritos a una empresa social del estado enfocado en rehabilitación, teniendo en cuenta ambos géneros con diversas tipos de patologías, durante el periodo comprendido entre el año 2016 y 2019; La selección de los participantes fue por conveniencia. La muestra se constituyó por 83 historias clínicas.

INCLUSION	EXCLUSION
Historias Clínicas de usuarios asistentes al E.S.E entre los periodos 2016 a 2019	Historias Clínicas cuya información personal estuviera incompleta
Historias Clínicas de usuarios atendidos por el servicio de fonoaudiología	Historia Clínicas sin reporte médico de base
Historias Clínicas con consentimiento informado al inscribirse al servicio	Historia Clínicas sin consentimiento informado debidamente firmado y diligenciado
Historias Clínicas con reporte de antecedentes neonatales.	

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Los autores

Los criterios de inclusión corresponden a las historias clínicas de los usuarios asistentes a la empresa social del estado en el periodo comprendido entre el año 2016 al 2019, historia clínica de usuarios atendidos por el servicio de fonoaudiología, historias clínicas que contaran con consentimiento informado e historias clínicas con reporte de antecedentes neonatales, por tanto los criterios de exclusión corresponde a las historias clínicas que no cumplan con los parámetros anteriormente planteados.

Para la recolección de datos se hizo revisión de historias clínicas bajo la supervisión de los respectivos directivos de la empresa social del estado (ESE), teniendo en cuenta las variables de estudio: aspectos demográficos (edad y género) factores de riesgo prenatales (edad gestacional de la madre, control, amenaza de aborto, embarazo deseado, amenaza de aborto, infecciones, preclamsia, embarazo múltiple depresión e ingesta de bebidas alcohólicas y alucinógenos), perinatales (término del embarazo, tipo de parto, presentación al nacer, periodo gestacional, anoxia, ictericia e hipoxia), postnatales (estuvo en incubadora, causas e infecciones), familiares (dificultades en el aprendizaje, discapacidad cognitiva, epilepsia, problemas auditivos) y médicos (cirugías, hospitalizaciones y exámenes complementarios).

Se recopiló la información en una base de datos confeccionada en Microsoft Excel 2013, para esto fue necesario la aplicación del consentimiento informado diligenciado por el representante legal del usuario, para su posterior análisis a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 22 en español) mediante la técnica estadística descriptiva de la información para resumir las frecuencias absolutas y porcentajes.

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez.
La presente investigación en salud cumple los parámetros propuestos en la resolución 8430 de 1993 respecto a las normas científicas, técnicas y administrativas; protegiendo la información de los individuos de carácter reservado y con fines académicos, este estudio no representa riesgo debido a que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva en el que se consideró la revisión de historias clínicas, sin realizar intervención de ninguna índole(17).

RESULTADOS

Ochenta y tres historias clínicas cumplieron los criterios de inclusión correspondiente a la investigación, Inicialmente se agruparon las edades de las historias clínicas según la clasificación del Ministerio de Salud de la siguiente manera: Primera infancia ≤ 5 años, Infancia 6-11 años y Adolescencia (12- 18 años), teniendo en cuenta que la edad correspondiera a la edad con la que ingresaron en años cumplidos. (18)

EDAD HC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
≤ 5	57	68,7	68,7
6 - 11	21	25,3	94,0
12 - 18	5	6,0	100,0
TOTAL	83	100,0	
GENERO			
FEMENINO	24	28,9	28,9
MASCULINO	59	71,1	100,0
TOTAL	83	100	
EDAD DE LA MADRE			
≤ 20	17	20,5	20,5
20-34	32	38,6	59,0
35 \Rightarrow	34	41,0	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0
PERIODO GESTACIONAL			
≤ 37	40	48,2	48,2
37 - 42	43	51,8	100,0
TOTAL	83	100,0	

Tabla 2. Clasificación por edad, genero, edad de la madre. Fuente: Los autores

Con respecto a la edad se observa que de las 83 historias clínicas, 57 que corresponden a un 68% de la población se encuentran en edades entre los 0 y 5 años cumplidos; 21 que corresponden a un 25,3% se encuentran en edades comprendidas entre 6 y 11 años, y 5 usuarios que corresponden al 6% de la población restante se encuentra entre 12-18 años. En cuanto al género 59 historias clínicas corresponden al masculino que equivale al 71% de la población, el 29% restante representada por 24 historias clínicas, corresponden al género femenino.

Posteriormente, se agruparon las edades del embarazo de la Madre, según la clasificación del Ministerio de Salud de la siguiente manera: ≤ 20 años que corresponde a embarazo en la adolescencia, 20 a 34 corresponde a embarazo con adecuadas características biológicas, $\Rightarrow 35$ años embarazo de alto riesgo (19)

Teniendo en cuenta la edad gestacional de la madre, se observa mayor porcentaje en la edad correspondiente al rango de 35 o más años representado por un 41%, en un menor porcentaje se evidencian madres en edades ≤ 20 años representado por el 20,5% restante.

El periodo gestacional, se agrupó según la clasificación del Ministerio de Salud de la siguiente manera: ≤ 37 embarazo pre- termino, 37- 42 embarazo a término y $\Rightarrow 42$ semanas embarazo pos-termino (20,21)

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez.
 Por último, se observa mayor porcentaje en el periodo gestacional a término que corresponde al rango 37 al 42 representado por un 51,8%.

Seguidamente, se realizó una asociación poblacional teniendo en cuenta las edades y el género del universo:

			GENERO		TOTAL
			FEMENINO	MASCULINO	
EDAD	< = 5	F	16	41	57
		%	19,3	49,4	68,7
	6 – 11	F	6	15	21
		%	7,2	18,1	25,3
	12 – 18	F	2	3	5
		%	2,4	3,6	6
TOTAL			24	59	83
			28,9	71,1	100
DIAGNOSTICO	COD. CIE				
MICROCEFALIA	Q02	F	4	7	11
ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA	G310	F	0	2	2
ESPINA BIFIDA	Q05	F	0	1	1
EPILEPSIA	G40	F	5	12	17
RETARDO DEL DESARROLLO	R620	F	5	24	29
HIPOACUSIA	H90	F	1	2	3
PARALISIS CEREBRAL	G800	F	10	16	26
AUTISMO EN LA NIÑEZ	F840	F	0	2	2
HIDROCEFALO	G91	F	2	2	4
SINDROME DE DOWN	Q90	F	4	3	7
ACONDROPLASIA	Q774	F	1	0	1
MALFORMACIONES CONGENITAS MULTIPLES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	Q897	F	0	1	1
OTROS TIPOS DE HIPERALDOSTERONISMO	E268	F	0	1	1
HEMIPLEJIA	G81	F	1	1	2
INFARTO CEREBRAL	I63	F	0	1	1
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	F81	F	0	1	1
CRANEOSINESTOSIS	Q75	F	0	1	1
RETRASO MENTAL LEVE	F70	F	0	4	4
EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS	G400	F	0	1	1
HEMORRAGIA INTRACRANEAL NO TRAUMÁTICA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	P52	F	0	1	1
LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR	P912	F	0	1	1
ESCLEROSIS TUBEROSA	Q851	F	0	1	1
DISTROFIA MUSCULAR	G710	F	0	1	1
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	F91	F	1	0	1
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F80	F	0	2	2
TRASTORNO DEL OIDO MEDIO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES, NO ESPECIFICADO	H749	F	0	1	1
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82	F	1	0	1
OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS GENERALIZADOS	G404	F	2	2	4
TOTAL			24	58	83

Tabla 3. Asociación género con edad y diagnostico. Fuente: Los autores

CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO EN POBLACION INFANTIL ATENDIDA EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ENFOCADA EN REHABILITACION.

En la Tabla 3 se observa mayor porcentaje correspondiente al género masculino en edades comprendidas entre los 0 y 5 años, en una menor proporción se encuentra a población de género femenino con edades entre los 12 a 18 años.

En cuanto a la asociación de edad y diagnóstico se observa mayor porcentaje correspondiente al género masculino en el diagnóstico Retardo del desarrollo (R620) equivalente a un 29% y en el género femenino en el diagnóstico Parálisis cerebral (G800) equivalente a un 12%.

Seguidamente, se realizó una asociación poblacional teniendo en cuenta la edad de la madre y embarazo a término:

	EMBARAZO A TERMINO		TOTAL	
	NO	SI		
EDAD DE LA MADRE	<= 20	10	10	20
	20 - 34	14	16	30
	> 35	13	20	33
	TOTAL	37	46	83

Tabla 4. Asociación de la edad de la madre y el embarazo a término. Fuente: Los autores

En la Tabla 4 se observa mayor porcentaje correspondiente al embarazo a término y a la edad de la madre de 35 años o más, que equivale al 24% de la población y en la edad gestacional de la madre menor de 20 años se evidencia homogeneidad respecto al embarazo a término.

FACTORES DE RIESGO		NO	SI	TOTAL
FACTORES DE RIESGO PRENATALES				
INF. POR VIRUS	F	70	13	83
	%	84,3	15,7	100
INF PARASITARIA	F	82	1	83
	%	98,8	1,2	100
INF. BACTERIANA	F	73	10	83
	%	88	12	100
PRECLAMPSIA	F	76	7	83
	%	91,6	8,4	100
SIN. DE HELLP	F	82	1	83
	%	98,8	1,2	100
ING. SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	F	83	0	83
	%	100	0	100
ING. BEBIDAS ALCOHOLICAS	F	81	2	83
	%	97,6	2,4	100
DEPRESION	F	80	3	83
	%	96,4	3,6	100
EMBARAZO MULTIPLE	F	78	5	83
	%	94	6	100
CONTROL PRENATAL	F	14	69	83
	%	16,9	83,1	100
AMENAZA DE ABORTO	F	69	14	83
	%	83,1	69	100
FACTORES DE RIESGO PERINATALES				
Duración del embarazo				
EMBARAZO A TERMINO	F	37	46	83
	%	44,6	55,4	100
Tipo de parto				
PARTO VAGINAL	F	54	29	83
	%	65,1	34,9	100
Presentación al nacer				
CEFALICA	F	16	67	83
	%	19,3	80,7	100

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez.

PODALICA	F	74	9	83
	%	89,2	10,8	100
NALGAS	F	76	7	83
	%	91,6	8,4	100
Presento				
HIPOXIA	F	63	20	83
	%	75,9	24,1	100
ICTERICIA	F	77	6	83
	%	92,8	7,2	100
MECONIO	F	80	3	83
	%	96,4	3,6	100
FACTORES DE RIESGO POSNATALES				
INF POR VIRUS	F	70	13	83
	%	84,3	15,7	100
INF PARASITARIA	F	83	0	83
	%	100	0	100
INF BACTERIANA	F	74	9	83
	%	89,2	10,8	100
ESTUVO EN INCUBADORA	F	62	21	83
	%	74,7	25,3	100

Tabla 5. Factores de riesgo gestacionales. Fuente: Los autores

En la Tabla 5 se observa que el 84,3% no presentaron infección por virus a diferencia del 15,7% de la población que si presentaron infección por virus durante el periodo gestacional. En cuanto a la infección parasitaria se evidencia que el 98,8% no presento durante el periodo gestacional. Mientras que el 88% no presento infección bacteriana y si presento el 12% en el periodo gestacional.

Por otro lado, se evidencio que el 1,2 % presento síndrome de help, 2,4% ingirió bebidas alcohólicas, 3,6% presento síndromes depresivos, 6% presento embarazo múltiple, Además, se observa que el 83,1% de las madres de los individuos, asistieron a control prenatal durante el embarazo y por último en relación con la presencia de amenaza de aborto se observa que el 83,1% de las madres no presento, mientras que 16,9% presento amenaza de aborto.

En relación a los factores perinatales se observa que el 55,4% representa el embarazo a término, 34,9% representa el parto normal vaginal mientras que el 65,1% representa parto por cesárea, presentación al nacer con un porcentaje mayor 80,7% cefálica, 75,9% no presento hipoxia, 92,8% no presenta ictericia, 96,4% no presenta meconio.

Por último, los factores posnatales se observa que el 84,3% no presento infección por virus, 100 no presento infección parasitaria y 89,2% no presento infección bacteriana.

Teniendo en cuenta, la Clasificación Internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10) que se caracteriza por clasificar enfermedades y problemas relacionados, todo esto para tomar decisiones administrativas y epidemiológicas a partir de los datos diligenciados por los profesionales de salud, en 117 países de todo el mundo en registros clínicos y certificados de defunción. (22,23) En este sentido, dentro de esta clasificación se encontraron 27 diagnósticos inmersos en los siguientes grupos: F00-F90 Trastornos mentales y del comportamiento, G00- G99 Enfermedades del sistema nervioso, H00-H59 Enfermedades del ojo y sus anexos, H60-H95 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, I00-I99 Enfermedades del sistema circulatorio, P00-P96 Afecciones originadas en el periodo perinatal, Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías; los cuales se evidencian en la siguiente tabla:

CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO EN POBLACION INFANTIL ATENDIDA EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ENFOCADA EN REHABILITACION.

DIAGNOSTICO	COD. CIE 10	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
			PORCENTAJE	PORCENTAJE DE CASOS
MICROCEFALIA	Q02	11	8,6%	13,4%
ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA	G310	2	1,6%	2,4%
ESPIÑA BIFIDADA	Q05	1	,8%	1,2%
EPILEPSIA	G40	17	13,3%	20,7%
RETARDO DEL DESARROLLO	R620	29	22,7%	35,4%
HIPOACUSIA	H90	3	2,3%	3,7%
PARALISIS CEREBRAL	G800	26	20,3%	31,7%
AUTISMO EN LA NIÑEZ	F840	2	1,6%	2,4%
HIDROCEFALO	G91	4	3,1%	4,9%
SINDROME DE DOWN	Q90	7	5,5%	8,5%
ACONDROPLASIA	Q774	1	,8%	1,2%
MALFORMACIONES CONGENITAS MULTIPLES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	Q897	1	,8%	1,2%
OTROS TIPOS DE HIPERALDOSTERONISMO	E268	1	,8%	1,2%
HEMIPLEJIA	G81	2	1,6%	2,4%
INFARTO CEREBRAL	I63	1	,8%	1,2%
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	F81	1	,8%	1,2%
CRANEOSINESTOSIS	Q75	1	,8%	1,2%
RETRASO MENTAL LEVE	F70	4	3,1%	4,9%
EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS	G400	1	,8%	1,2%
HEMORRAGIA INTRACRANEAL NO TRAUMÁTICA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	P52	1	,8%	1,2%
LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR	P912	1	,8%	1,2%
ESCLEROSIS TUBEROSA	Q851	1	,8%	1,2%
DISTROFIA MUSCULAR	G710	1	,8%	1,2%
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	F91	1	,8%	1,2%
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F80	2	1,6%	2,4%
TRASTORNO DEL OIDO MEDIO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES, NO ESPECIFICADO	H749	1	,8%	1,2%
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82	1	,8%	1,2%
OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS GENERALIZADOS	G404	4	3,1%	4,9%
TOTAL		128	100,0%	156,1%

Tabla 6. Diagnósticos. Fuente: Los autores

La Tabla 6 determina un mayor porcentaje en los diagnósticos de Retardo del Desarrollo (R620) que equivale al 22,7% y Parálisis Cerebral (G800) que equivale a un 20,3%, mientras que el menor porcentaje en los diagnósticos Q05, Q774, Q897, E268, I63, F81, Q75, G400, P52, P912, Q851, G710, F91, H794 y F82 equivale a un 0,8% en cada uno.

DIAGNOSTICO	COD. CIE	EDAD				EDAD GESTACIONAL DE LA MADRE			
		<= 5	6 - 11	12 - 18	TOTAL	<= 20	20 - 30	> 30	TOTAL
MICROCEFALIA	Q02	11	0	0	11	2	6	3	11
ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA	G310	1	1	0	2	0	0	2	2
ESPIÑA BIFIDADA	Q05	1	0	0	1	1	0	0	1
EPILEPSIA	G40	10	6	1	17	1	7	9	17
RETARDO DEL DESARROLLO	R620	23	6	0	29	10	9	10	29
HIPOACUSIA	H90	2	0	1	3	1	2	0	3
PARALISIS CEREBRAL	G800	12	11	3	26	6	7	13	26
AUTISMO EN LA NIÑEZ	F840	2	0	0	2	1	0	1	2
HIDROCEFALO	G91	4	0	0	4	2	2	0	4
SINDROME DE DOWN	Q90	3	3	1	7	0	2	5	7
ACONDROPLASIA	Q774	1	0	0	1	0	0	1	1
MALFORMACIONES CONGENITAS MULTIPLES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	Q897	1	0	0	1	1	0	0	1
OTROS TIPOS DE HIPERALDOSTERONISMO	E268	1	0	0	1	1	0	0	1
HEMIPLEJIA	G81	1	1	0	2	0	0	2	2
INFARTO CEREBRAL	I63	0	0	1	1	0	1	0	1
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	F81	1	0	0	1	0	1	0	1

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez.

CRANEOSINESTOSIS	Q75	1	0	0	1	0	0	1	1
RETRASO MENTAL LEVE	F70	1	2	1	4	0	1	3	4
EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS	G400	1	0	0	1	0	1	0	1
HEMORRAGIA INTRACRANEAL NO TRAUMÁTICA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	P52	1	0	0	1	0	1	0	1
LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR	P912	1	0	0	1	0	1	0	1
ESCLEROSIS TUBEROSA	Q851	0	1	0	1	0	1	0	1
DISTROFIA MUSCULAR	G710	0	1	0	1	0	1	0	1
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	F91	1	0	0	1	0	1	0	1
TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F80	2	0	0	2	0	2	0	2
TRASTORNO DEL OIDO MEDIO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES, NO ESPECIFICADO	H749	1	0	0	1	1	0	0	1
TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82	1	0	0	1	1	0	0	1
OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS GENERALIZADOS	G404	3	1	0	4	1	2	1	4

Tabla 7. Asociación de diagnóstico con edad del infante y edad gestacional de la madre. Fuente: los autores

Se observa mayor porcentaje correspondiente a la edad ≤ 5 años y en el diagnóstico R620 equivalente a un 28%, en la edad de 6 a 11 años en el diagnóstico G800 equivalente a un 13%.y en la edad de 12 a 18 en el diagnóstico G800 equivalente a un 3,6%.

En cuanto a la edad gestacional de la madre, se evidencia que un 16%, en el diagnóstico G800 equivalente a un 13%, en la edad de 20 a 30 años presenta un porcentaje de 11% en el diagnóstico R620 y en la edad de ≤ 20 años en el diagnóstico R620 equivalente a un 12%.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, este estudio ofrece información relevante con respaldo teórico, acerca de los factores de riesgo que son el agente-causal de las patologías de base en la empresa social del estado, de la capital Norte santandereana.

Según el análisis de edad, se evidencia mayor prevalencia en pacientes con discapacidad pertenecientes a la primera infancia equivalente a un 68,7% (ver tabla 2) esto se encuentra ampliamente relacionado con el último informe mundial sobre la discapacidad y las estimaciones de las Naciones Unidas para la Infancia en el 2015 (UNICEF) (24) (25) que indican que la prevalencia a nivel mundial de la discapacidad infantil es mayor en edades de 0 a 5 años. (24)(25) Por ende, se deben tomar medidas de carácter prioritario desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, donde se inicie con detección temprana de la discapacidad, para que de esta manera se pueda iniciar de manera oportuna con el tratamiento y la habilitación, generando en si una adecuada calidad de vida para el infante(26).

Respecto al grupo de género se evidencio predominio en el género masculino con un porcentaje equivalente a 68.7%, con respecto al género femenino 25.3% (ver tabla 2) esto se encuentra estrechamente relacionado con el último informe del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD) 2014, (27) donde actualmente se encuentra mayor prevalencia en la población masculina con un 51%. (27)

En cuanto a la edad de la madre se evidencio mayor prevalencia en mayores de 35 años que equivale al 41% por tanto está relacionado con el ministerio de salud (28), quien refiere que a esta edad se evidencian mayores índices de problemas de salud como riesgos genéticos, problemas en el trabajo de parto, embarazos múltiples y problemas hormonales(28).(Ver tabla 2), seguida de los 20 a 34 años se evidencia un 38,6% en esta edad después de diversos estudios, la organización mundial de la salud en el 2015(OMS)(29) argumenta que la edad más segura para quedar en embarazo es en este rango de edad, debido a las condiciones biológicas y emocionales como el estado físico y la fertilidad(29)en cuanto al embarazo adolescente se evidencio el 20,5%, es importante mencionar que se observa un alto porcentaje en las edades comprendidas entre los 10 a 19 años y este se considera un factor predisponente que ocasiona afecciones evidenciando discapacidad. En el 2015 en Colombia, 1 de cada 5 mujeres de 15–19 años ha estado embarazada por tanto la prevalencia de embarazo adolescente del 19,5%2,3 se encuentra distante de la meta del 15% de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (30)(31)(32)

En relación con el periodo gestacional se analizó que el embarazo a término que corresponde a la semanas 37 hasta la 42 equivale al 51.8%, pero sin dejar a un lado el embarazo pretermino que no tuvo una diferencia significativa (Ver tabla 2). En el estudio realizado por Paz-Zuleta et al. (31) existe mayor complicación en el parto si

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez. el embarazo es pretermino debido a: preclamsia severa, edad de la madre, restricción de crecimiento intrauterino, placenta previa sangrante, infecciones maternas, malformaciones uterinas, estrés, fenómenos alérgicos y trastornos endocrinos. (31)(33)(34)

En la asociación de edad de la madre y embarazo a término se evidencia que en existe mayor prevalencia en el grupo mayor de 35 años con 24,1%, seguidamente del grupo menor a 20 años con un 12% (Ver tabla 4) y tiene amplia relación con lo referido por Mendoza et al. (20) argumentan que los grupos presentan mayor edad a los 35 y mujeres menores de 19 años presentan alta incidencia a padecer embarazo prematuro. (20)(31)(35)

En los últimos datos reportados en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad RLCPD, se estiman que una de cada 5 personas con discapacidad tiene su origen en condiciones asociadas a la preconcepción, la gestación y el parto. En relación a la primera, se deben a factores genéticos como incompatibilidad sanguínea o conductas de alto riesgo, por ejemplo, embarazo adolescente o en mujeres mayores. (36)

En el estudio, los factores de riesgo prenatales más influyente fueron la amenaza de aborto con un 16.9%, seguido por la infección por virus equivalente a un 15,7%, infección bacteriana con un 12% y los trastornos hipertensivos en el embarazo con un 8,4% (Ver tabla 5). Según Little en el 2017 (37), la amenaza de aborto se conoce como un dolor tipo cólico menstrual que usualmente se irradia en la región lumbosacra y está asociado al sangrado genital, el 50% de los casos evoluciona hacia el aborto, como refiere Briozoo en el 2016 (38) su etiología se debe a infecciones maternas, anomalías anatómicas, incompetencia cervical y enfermedades en la tiroides. (10)(37)(38) Según la Organización Mundial de la Salud en el 2016 (39) las infecciones intrauterinas en el mayor de los grados pueden provocar la muerte fetal, aborto espontaneo y en el menor de los grados puede afectar el desarrollo del feto, provocar lesiones o malformaciones. (39)

Koopman et al en el 2015 (40) la preclamsia como el estado con presencia de hipertensión y proteinuria significativa cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orina, ocasionando en el periodo gestacional convulsiones maternas, hemorragia cerebral, coagulación de la placenta, acumulación de líquidos, insuficiencia renal y en algunos casos la muerte fetal (40). Por ello, se recomienda iniciar un control prenatal oportuno, realizarse ecografías, pruebas complementarias que identifiquen algún riesgo y en conjunto seguir las recomendaciones por el médico especialista.

En cuanto al estudio los factores de riesgo perinatales y postnatales más prevalentes fueron parto vía vaginal con 34,9%, presentación al nacer cefálica 90.7% presencia de hipoxia 24.1% e ictericia 7.2%, a nivel posnatal predomina infección por virus 15.7% y presencia de incubadora 25.3%. De acuerdo con datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016 las tres principales causas de muerte de recién nacidos a

nivel mundial son las infecciones, la prematuridad y la asfixia perinatal o complicaciones del parto que constituyen el 23% de la mortalidad neonatal. (41)

Según estudios realizados por James et al en el 2015 (41) que demuestran la existencia de daño neuronal secundario a un evento hipóxico resaltan la importancia de una evaluación e intervención temprana para prevenir las secuelas de algún daño cerebral (41). Según el ministerio de salud la ictericia neonatal es un proceso fisiológico que se presenta entre 50 a 70% cada vez más en los recién nacidos, ocurre en el 25% al 50% de los recién nacidos a término, y en una proporción mayor de recién nacidos prematuros, en las dos primeras semanas de vida. Por tanto, es importante promover que se planee el embarazo con programas de promoción y prevención, para que no ocurra en los extremos del ciclo reproductivo de la mujer, debido a que ello implica mayores riesgos en términos de salud y condiciones genéticas tanto para la mamá como para el bebé (22)

Teniendo claro que la discapacidad, implica una compleja relación entre las condiciones de salud y los factores personales y biológicos del individuo, que a nivel departamental según el Análisis de situación de salud (ASIS) (42) en su último estudio se determinó que los municipios con mayor número de personas con diversidad funcional son: Cúcuta con un total de 6798, Los Patios con un total de 1195, Ocaña con un total de 2903 y Pamplona con un total de 1437(42).

Dando respuesta a la pregunta de investigación, los agentes causales de la discapacidad en los usuarios que asisten a la empresa social del estado son: factores prenatales como edad gestacional de madre en etapas de adolescencia y en edad mayor, embarazo no deseado, amenaza de aborto, infecciones por virus como zika y chikunguña, infección bacteriana como urinaria, preclamsia, y en los riesgos perinatales no se evidencia diferencia significativa entre el embarazo a término o pretermino, tipo de parto mayor prevalencia parto vaginal, por último la mayoría de los infantes estuvo en observación en incubadora debido a una complicación en el parto.

Por ende, los diagnósticos con mayor prevalencia son: enfermedades como Retardo en el desarrollo con un 22,7%, Parálisis cerebral con un 20.3%, Epilepsia con un 13,3%, Microcefalia con un 8,6% y Síndrome de Down 5,5%,, además se evidencia en la mismas patologías prevalencia en la edad de 0 a 5 años, en cuanto a la asociación con edad se evidencia mayor predominio en el embarazo adolescente y en las madre mayores a 35 años, con mayor prevalencia en el género masculino.

CONCLUSIONES

1. La mujer en edad reproductiva está expuesta a una serie de factores de riesgo que afectan el desarrollo del embarazo normal que van desde las características individuales de la gestante y del feto, por lo que se hace indispensable la búsqueda rápida de los factores de riesgo para establecer medidas que promuevan la salud de la madre.
2. El profesional de salud constantemente se debe capacitar en relación con la gestación y sus complicaciones, generando proyectos nuevos e innovadores que permitan educar a las gestantes en la zona de frontera de la capital norte santandereana, con el fin de prevenir complicaciones para el feto.
3. Es necesario el desarrollo de políticas dirigidas a la disminución de los factores de riesgos descritos, así como indicadores sensibles de estos en los programas encaminados a la reducción de desenlaces adversos en el desarrollo de la discapacidad.
4. Al identificar los factores de riesgo, primeramente se debe prevenir y seguidamente, disminuir los efectos que puedan haber originado el problema, evitando las complicaciones en el infante
5. El profesional de salud debe jugar un papel importante en la atención primaria, pues muchos de los factores de riesgo a los que se ven expuesto las gestantes son factores que pueden ser tratados desde la atención primaria.
6. Este estudio abre las posibilidades a realizar futuras investigaciones más amplias, con fuentes de información más rigurosas y sólidas.

TRABAJOS CITADOS

1. Gonzalez Svatetz C. Factores de riesgo: Aspectos generales. 2014.
2. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2014;52(1):120–42. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032014000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Portilla EMP, Claro DAB, Rodríguez SCP, Castro YMP, Carreño LGL, Ramirez MMR, et al. Analisis y validacion metodologica para el estudio de los determinantes sociales en salud y la discapacidad. Rev Científica Signos Fónicos. 2017;2(1).
4. Flores fiallo Joselyn FACTORES DE RIESGO PRENATALES ASOCIADOS A PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN EL HOSPITAL GENERAL AMBATO DEL IESS. 2018;15(2):2017–9. Available from: https://www.uam.es/gruposinv/meva/publicaciones_jesus/capitulos_espanyol_jesus/2005_motivacion_para_el_aprendizaje_Perspectiva_alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan_Aparicio7/publication/253571379_Los_estudios_sobre_el_cambio_conceptual_
5. Scott-Browne JP, Lio CWJ, Rao A. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Curr Opin Genet Dev. 2017;46(3):202–8.
6. EUPATI. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. Factores Riesgo En La Salud Y La Enferm [Internet]. 2015;1–5. Available from: <https://www.printfriendly.com/p/g/KsCBu5>
7. Restrepo Cano GA. Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas; una política ausente en Colombia. Rev Med. 2017;24(1):102–10.
8. Trejos Herrera AM, Mazuera Arias R, Reyes Ruiz L. Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. Rev Salud Pública. 2018;19(6):733–8.
9. Arroyo-Guadarrama S, Vite-Sierra A, Córdova-Barrios A. Evaluación de la sintomatología psicológica en mujeres con embarazo de alto riesgo. Atención Fam [Internet]. 2018;21(4):113–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30031-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30031-1)
10. García P. D, San Martín P. P. Caracterización sociodemográfica y clínica de la población atendida en el Instituto Teletón de Santiago. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015;86(3):161–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.002>
11. Severs Y. Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. Rev Investig Psicol [Internet]. 2016;(13):26–43. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez.
30322016000100007&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-
30322015000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

12. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones Sobre Discapacidad. Univ Murcia. 2001;15–30.
13. Maria ANA, Rangel R. La vinculación labroal de las personas con discapacidad motriz leve - parapléjicas- en el municipio de San José de Cúcuta. 1993;1–108.
14. Correa Saavedra GR. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de enero a julio 2017. 2017;(6):67–72.
15. Uriarte Méndez AE, Pérez Pintado E, Pomares Pérez YM. El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente. Medisur. 2015;13(3):467–71.
16. Silvia Velito A, Tejada Soriano S. La historia clínica como instrumento de calidad. 2010;26. Available from: [http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La historia clínica como instrumento de calidad](http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad) Tejada Velito.pdf
17. Colombia.Ministerio de salud y protección social. Resolución N° 008430:Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Const Política Colomb [Internet]. 1993;1993(Octubre 4):1–12. Available from: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf
18. Min.Salud MDSYPS. Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo ASIS. 2013;1–87.
19. Sobeida M, Blázquez L. Embarazo adolescente Adolescent pregnancy. Rev Electron Med Embarazo Adolesc [Internet]. 2012;1–8. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
20. Rodríguez Donado, Alejandro Gómez Meneses MA. Guía de atención del embarazo prolongado. 2015;
21. Cifuentes-Borrero R, Hernández-Carrillo M, Toro-Cifuentes AM, Franco-Torres VR, Cubides-Munevar ÁM, Duarte-González IJ. A propósito de una nueva clasificación del embarazo a término. Resultados neonatales en una clínica de tercer nivel de atención en Cali, Colombia. Un estudio de corte transversal, 2013. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2016;67(4):271.
22. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ma revisión) CIE X. Int Stat Classif Dis Relat Heal Probl - ICD-10. 2015;(554):F00-F99.
23. Rivadeneira AG. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. 2015;1–8. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
24. Atención Integral de la Primera Infancia. Discapacidad en la primera infancia: una realidad incierta en Colombia. cero a siempre. 2013;5(5):32.
25. OMS; BANCO MUNDIAL. Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011. Bibl la OMS [Internet]. 2015;1–349. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf
26. Vazquez A, Cáceres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud [Internet]. Ops. 2008. 162-171 p. Available from: <https://www.paho.org/uru>
27. Social M de salud y protección. Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD). Minist Salud y Protección Soc Of Promoción Soc [Internet]. 2018;36. Available from: <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/Documentos>

CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO EN POBLACION INFANTIL ATENDIDA EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ENFOCADA EN REHABILITACION.

compartidos/sala-situacional-discapacidad-febrero-

2018.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/presentacion-sala-situacional-discapacidad-2017.pdf

28. Germain Aravena A, González Pérez R, Gómez Mora R, Guzmán Bus-tamante E, Insunza Figueroa Á, Muñoz Salazar H, et al. Perinatal Guide 2015 report from the Health Ministry of Chile [Internet]. 2015. Available from: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA PERINATAL_2015_PARA PUBLICAR.pdf
29. Guillén-Astete CA, Zamorano Serrano M, Carballo Carmona C, Penedo Alonso R. Tasa de recidivismo en urgencias por dorsalgia y lumbalgia en función del tratamiento administrado tras una primera valoración. *Acta Reum* [Internet]. 2016;1–6. Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/ar/article/view/1876>
30. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015;14(4):383–92.
31. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Osorio Ruíz MÁ, Mendoza Tascón LI, Peñaranda Ospina CB, Carrillo Bejarano JH, et al. Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(5):372–80.
32. Lozada M, Gómez M, Zapata E. La epidemiología como fundamento del diseño curricular de enfermería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. 2018;1–6.
33. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2018;64(3):399–404.
34. Herson Luis León González, Donado AR. Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones. 2013;
35. Rodríguez Rellan S, García de Ribera C, Aragón García M. El recién nacido prematuro. *El recién nacido Prematuro*. 2008;8:68–77.
36. Población C De, Cauca V, Eugenia M, Rojas B, Volumen ART, Junio E. Infantes en situación de discapacidad. 2014;
37. Neira Miranda J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016;31(1):64. Available from: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/290>
38. Zamora Tejeda M, Castañeda Deroncelé M. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. 2017;21(10):10–4.
39. Botell ML, Bermudez MR. Infección por virus zika en el embarazo y microcefalia. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2016;42(3):398–411.
40. Alberto L, Terceros C, Berzaín Rodríguez MC. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Rev científica ciencias médicas* [Internet]. 2015;18(1):50–5. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1_a10.pdf
41. Flores-Compadre JL, Cruz F, Orozco G, Vélez A. Hipoxia perinatal y su impacto en el neurodesarrollo Perinatal hypoxia and its impact on neurodevelopment. *Rev Chil Neuropsicol* [Internet]. 2013;8(1):26–31. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/b5c1/9686c2a612525d7a55216d66e3e9e4618412.pdf>
42. Gobernación de Norte de Santander. Análisis de Situación de Salud (ASIS) en Municipios de Frontera. 2012; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-de-Salud-en-municipios-de-frontera-Departamento-Norte-Santander.pdf>

Tania Ximena Espinoza Rico, Aura Martínez Martínez, Nixon Zambrano Medina, Zaida Rocío Contreras Velásquez.

Recibido en: PARA USO DE SÍGNOS FONICOS

Revisado: PARA USO DE SÍGNOS FONICOS

Aceptado en: PARA USO DE SÍGNOS FONICOS

contactar con el Autor:

T. Espinoza Rico

E-mail: taniaespinoza.rico@gmail.com