

Artículo de Investigación

El recién nacido de madre adolescente

Dr. Elías José Leiva Parra^{1,4}, Dr. Clever Humberto Leiva Herrada^{2,4}, Dra. Domitila Emily Leiva^{3,4}

¹ Médico - cirujano

² Profesor asociado de pediatría de la Universidad Nacional de Piura

³ Médico Serumista en el Centro de Salud "Malingas" – Dirección de Salud Sullana

⁴ Departamento de Pediatría del Hospital II-2 de Sullana, Minsa, Perú

RESUMEN

Objetivos: Determinar las características de los recién nacidos de madres adolescentes.

Materiales y métodos: Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en el cual se revisaron las historias clínicas de los recién nacidos de las madres adolescentes que nacieron en el año 2014.

Resultados: Hubo un total de 644 recién nacidos. Del total de las madres el 89.5% tuvieron control prenatal. 97.20% tuvo presentación cefálica al momento del parto. El 61.44% de los recién nacidos de madres adolescentes tardías nació por cesárea. Con respecto al líquido amniótico, fue normal en el 85.55% y en el 14.44% el líquido amniótico fue meconial. Según el sexo fueron en su mayoría de sexo masculino (51.70%). El 6.83% de los recién nacidos fueron de pretérminos; el 92,54% fueron a término y en el 0,31% fueron posttérmino. Según diagnóstico pediátrico el 86.56% de los recién nacidos de madres adolescentes tardía fueron adecuados para la edad gestacional (AEG) y el 10.52% de los recién nacidos de madres adolescentes temprana fueron pequeños para la edad gestacional (PEG). El 96.89% presentaron un APGAR al minuto entre 7-10 y el 99.22% un APGAR entre 7-10 a los 5 minutos.

Conclusiones: La mayoría de neonatos fueron a término, y nacieron por cesárea. No hubo fallecidos.

PALABRAS CLAVE: Embarazo adolescente, características de los neonatos.

ABSTRACT

Objectives: Determinate the characteristics of newborn from teenage mothers.

Materials and methods: It is a descriptive, observational, retrospective study. Data were collected from clinical histories of newborn from teenage mothers who were born in 2014

Results: There were a total of 644 of newborn. About the total of mothers, the 89.5% had prenatal control. According to the type of presentation in the 97.20% were cephalic. 61.44% of newborn from teenage mothers, were born by C-section. Respect to the amniotic fluid of newborn from teenage mothers, the 85.55% was normal and 14.44% was meconial. The majority were male in the (51.70%). The 6.83% were preterm, the 92.54% were upon maturity and the 0.31% were post term. According to the pediatric diagnostic, the 86.6% of newborn from late teen mothers were adequate for gestational age (AGA), and the 10.52% of newborn from early teen mothers were small for gestational age (SGA). The 96.89% of newborns had APGAR at first minute between 7-10 and 99.22% had APGAR between 7-10 at five minutes.

Conclusions: The majority of newborn were upon maturity and were born by C-section. There weren't deaths.

KEYWORDS: Teenage pregnancy, characteristics of newborn.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Por la mayor incidencia de resultados de salud desfavorables para el recién nacido y la madre.¹⁻¹²

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los recién nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo.¹³⁻¹⁷

Con respecto al embarazo adolescente en el Perú el 2013 (Fuente: ENDES 1991/92, 2000, 2012); 13% de las mujeres entre los 15 y 19 años han estado embarazadas, y entre los hombres de la misma edad menos del 1% son padres. Entre las clases sociales más pobres, 26% han estado embarazadas; entre las menos pobres, 3%. Desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado.^{18-24, 26, 27}

De las distintas definiciones de la adolescencia, hemos considerado la siguiente: "la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años".

El objetivo del presente trabajo fue determinar las características de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital II - 2 de Sullana de enero a diciembre del 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo de investigación de tipo descriptivo, observacional, y retrospectivo en el Hospital II - 2 de Sullana de enero a diciembre del 2014.

Durante el período de estudio, hubo 3910 partos, de los cuales 684 fueron de madres adolescentes. Para el desarrollo del presente trabajo se consideraron a 644 recién nacidos, debido a que en 40 historias clínicas los datos fueron incompletos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Recién nacidos de madres adolescentes que nacieron en el Hospital II-2 de Sullana de enero a diciembre del 2014 que contaran con historia clínica completa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Recién que no son de madres adolescentes en el Hospital II-2 de Sullana de enero a diciembre del 2014.

PROCEDIMIENTOS

Se solicitó a la dirección del Hospital II - 2 de Sullana el permiso necesario para poder tener acceso a las Historias Clínicas, que se encuentran en archivo. Se informó del permiso expedido al jefe del Dpto. de Pediatría de dicho hospital quien brindó las facilidades pertinentes en las áreas de Neosano, Neopatológico y UCIN. A partir del libro de registros del servicio de Neonatología del Hospital II - 2 de Sullana durante el periodo de enero - diciembre del 2014, se obtuvieron los apellidos y el número de historias clínica de los recién nacidos de las madres adolescentes que hayan sido admitidos en este servicio. Se extrajeron los datos necesarios de las historias clínicas.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos fueron recolectados mediante la ficha de recolección de datos, en ella aparecen las variables a estudiar con sus respectivos indicadores. Se creó una base de datos para el procesamiento automatizado de los mismos. Posteriormente se procedió a su análisis estadístico. Para el análisis de variables se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, estas fueron procesadas por el programa estadístico informático SPSS 20.0 Los resultados se presentan en tablas.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio de investigación se realizó tomando en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki II.

RESULTADOS

Durante el período de estudio hubo 644 recién nacidos de madres adolescentes.

El 73.7% de adolescentes tempranas realizó control prenatal. Este porcentaje que fue menor en comparación con las adolescentes tardías que realizaron este control (90.7%), diferencia que fue estadísticamente significativa ($P < 0.05$). En el momento del parto no hubo diferencias significativas entre adolescentes tempranas y tardías en la presentación fetal, siendo en su mayoría presentación

cefálica. En cuanto a la vía de parto, no se observaron diferencias significativas entre los grupos de adolescentes. Sin embargo, se observó un mayor porcentaje de parto eutócico en las adolescentes tempranas (52.6%), mientras las adolescentes tardías tuvieron mayor frecuencia de parto por cesárea (61.4%). La mayoría de las adolescentes presentó una cantidad normal de líquido amniótico (LA) y el 10.5% de las adolescentes tempranas presentaron LA con meconio, siendo este porcentaje mayor en las adolescentes tardías (14.6%) (TABLA N° 1)

En cuanto al sexo del recién nacido (RN) no hubo diferencias significativas entre los grupos. El 21.1% de las adolescentes tempranas tuvieron parto de pretérmino. Porcentaje mayor en comparación con las adolescentes tardías (6.7%), aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística. El porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional fue similar entre los grupos, al igual que los clasificados como grandes para la edad gestacional. La mayoría de los RN tuvieron un puntaje Apgar adecuado (7 a 10) al minuto de vida y la totalidad de ellos tuvieron Apgar adecuado a los 5 minutos. (TABLA N° 2)

La tabla N° 3 muestra que la morbilidad más frecuente en los RN de las adolescentes fue la hiperbilirrubinemia. Los RN de las adolescentes tardías presentaron mayor frecuencia de apnea e hipoglicemia. Mientras los RN de las adolescentes tempranas tuvieron mayor porcentaje de membrana hialina, taquipnea transitoria, sepsis, hiperbilirrubinemia y malformaciones.

El porcentaje de RN que fueron hospitalizados en cuidados neonatales intermedios fue significativamente mayor en el grupo de adolescentes tempranas, 15.8% versus un 8.2% en el grupo de adolescentes tardías. (TABLA N° 4)

DISCUSIÓN

Ticona, M. et al., reporta que uno de cada 5 partos se produce en mujeres de 11 a 19 años, esta cifra es similar al promedio nacional y Latinoamericano reportado en diversos estudios. Casi la mitad de las madres adolescentes no tienen control prenatal (CPN) o tienen control inadecuado, siendo este tardío. La falta de control prenatal en las adolescentes es un hecho reportado en muchos estudios. La demora del CPN se debe al temor de comunicar que están embarazadas a sus padre ¹⁷. En el presente estudio 89.6% del total de las madres adolescentes tuvieron control prenatal, el 10.40 % no realizaron este control. Según Fernández et al., la falta de control prenatal es

habitual en la adolescente y es lo que incrementa el riesgo de complicaciones tanto en la madre como en el niño ³

Peña, M. et al. señalan que el control prenatal inadecuado también se relaciona con aumento de recién nacidos pretérmino, bajo peso para la edad gestacional o con malformaciones. En las madres adolescentes menores de 15 años se ha observado menor control prenatal; en la población estudiada también hubo menor control prenatal en ese grupo de pacientes, lo cual aumento el riesgo de efectos adversos para la madre y el hijo ⁴.

La literatura menciona que hay predominio de la presentación fetal cefálica. ¹

En lo que respecta a la vía de resolución del embarazo, los reportes en la literatura son diversos ^{18, 34}, en algunos casos llega al 61.02% de cesáreas una cifra que es elevada. Probablemente, esta situación ocurre debido a que el embarazo en la adolescente se considera de alto riesgo obstétrico. Y una indicación para llevar a cabo la cesárea fue la desproporción cefalopélvica.

No hay evidencia significativamente demostrable que establezca diferencia en sobrevida ni pronóstico según el sexo, el cual es relevante para nuestro estudio ¹⁴

Caltabiano et.al, reportan que los recién nacidos considerados pretérminos, 20,2% pertenecían al grupo de las adolescentes precoces y 16,1% al grupo de las adolescentes tardías ⁵. Según el boletín estadístico de nacimientos del MINSA, el 92,6% de los nacidos vivos fueron nacimientos a término, mientras que el 7.4% fueron nacimientos de 36 semanas a menos, cifra parecida a nuestro estudio; lo cual implica un riesgo para el neonato y la necesidad de implementar estrategias para disminuir la mortalidad neonatal. Se conoce que la prematuridad y el bajo peso al nacer incrementan la mortalidad infantil, los resultados según la literatura mencionada se asemejan en este trabajo de investigación. ²³ Fernández, L. et al., encontraron que el 83 % de los recién nacidos alcanzaron de 37 a 41 semanas de vida intrauterina, el 12 %, menos de 37 semanas y el 5 %, 42 semanas o más. ⁹

Ticona et al. reportan que el 86,3% de RN de MA tienen un peso adecuado para la edad gestacional (AEG), 8,4% tienen un peso pequeño para su edad gestacional (PEG) teniendo 1,34 veces mayor riesgo de ser RN PEG y menor riesgo de presentar RN grandes para la edad gestacional (GEG) en relación a las adultas ¹⁷, cifras parecidas obtenidas en este trabajo. Colmenares et al. señalan que el 36% eran

pequeños para edad gestacional (PEG), 53% adecuados para edad gestacional (AEG) y 11% grandes para edad gestacional (GEG)³⁶

Diversos estudios mencionan la validez del test de APGAR en la evaluación inicial de los neonatos, y trabajos previos muestran resultados similares a la presente investigación⁹. Se sabe que el test de APGAR aun sigue vigente después de más de medio siglo, pero no solamente se ha usado este test como indicador de asfixia sino que también se ha usado como un indicador de sobrevida neonatal y quizás éste es uno de los puntos más interesantes. Al momento del nacimiento, los neonatos de la presente serie se encuentran en buenas condiciones.

Se especifica el lugar de hospitalización, que depende al tipo de patología, es así que los recién nacidos se hospitalizan en determinado lugar, siendo Neo-Sano el lugar donde permanece todo recién nacido sano sea por parto vaginal o cesárea, Neopatológico es aquel lugar donde van los recién nacidos con sospecha de sepsis, ictericia patológica u otra patología para tratamiento de antibioticoterapia, fototerapia, etc. respectivamente de ser el caso, a intermedios van todos los recién nacidos que necesiten monitoreo pero estables, a UCIN van los recién nacidos cuyo estado es mucho más grave o son prematuros y necesitan intubación para recibir surfactante con ventilación asistida y una incubadora para su permanencia prolongada y de vigilancia plena. Diversos reportes mencionan resultados diversos^{4, 22, 28}

Mendoza, L. et al. señalan que la mortalidad neonatal ocurrió en el 3,2% de los hijos de madres adolescentes, sin embargo, fue significativamente mayor en los neonatos de madres con adolescencia temprana, representando el 10,5% de todos los neonatos de este grupo.¹³

FINANCIAMIENTO

Fue autofinanciado por los autores.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe de ninguna naturaleza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A. Hijo de madre adolescente, características de la madre, parto, neonato y definición de las causas morbimortalidad en los mismos. *Rev Med Post Unah*. 2001; 6(1): 83-88.
2. Dorta E, Molina J, García-Fernández J, Serra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles. *Clin Invest Gin Obst*. 2004; 31(4): 118-23.
3. Fernández L, Carro E, Osés D, Pérez J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2004; 30(2)
4. Peña M, Rodríguez I, Guerra A, Juárez SI. Morbilidad y mortalidad de los recién nacidos hijos de madres adolescentes. *Med Univer*. 2005; 7(26): 3-10.
5. Catalbiano M, Vasconcelos P, Moreira A, Pinheiro J, Delgado M, Vieira R. Recién Nacidos de Madres Adolescentes Precoces y Tardías. *SOGIA* 2009; 16(2): 37-49.
6. OPS: Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington: OPS; 2010 citado 3 abr 2013]. Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>. Acceso el 1 de febrero del 2018
7. Islas L, Cardiel L, Figueroa J. Recién nacidos de madres adolescentes- Problema actual. *Mex Pediatr*. 2010; 153 77(4): 152-155.
8. Carreño Glenda: Alteraciones de pH y gases arteriales en recién nacidos preterminos y a términos de madres adolescentes. Trabajo especial de Grado para Título de Especialista en Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. República Bolivariana de Venezuela, 2010.
9. Fernández Y & Escalona J. Comportamiento del embarazo en la adolescencia Policlínico "José Martí", Gibara. Junio 2009. *Ped. Elec*. 2011; 8(1):16-41.

10. Castaño, J. et al. Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia), 2003-2008. Arch Med (Manizales). 2011; 11 (1): 23-38.
11. El embarazo en Adolescentes. Disponible en https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&Itemid=235 Acceso el 19 de febrero del 2018
12. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Electr [en línea].2008;5(9): 42-51
13. Mendoza L, Arias M, Mendoza L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(5): 375 – 382.
14. De Rodríguez I, Rossell M, Alvarez T, Rojas L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013;73(3):157-170.
15. Zamora A, Panduro J, Pérez J, Quezada N, González J, Fajardo S. et al: Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Rev Méd MD. 2013; 4(4):233-238.
16. UNFPA: Fondo de población de Naciones Unidas [internet].Perú: UNFP; 2012[citado 3 de junio 2014]. Embarazo Adolescente en el Perú 2014. Disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf>
17. Ticona M. Medicina Perinatal, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa 1999.
18. Doig J, Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003. Revista Peruana de Pediatría Enero – Abril 2006.
19. Sánchez, M.: Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003. Tesis para optar el Título de Especialista en Pediatría. UNMSM 2004
20. Huanco, D. et al. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(2): 122 – 128.
21. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3): 471-9
22. Gamarra, A.: Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2011-2012. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma. 2013
23. Minsa: Boletín estadístico de nacimientos. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2671.PDF>. Acceso el 11 de agosto del 2015
24. Inei. Disponible en http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf. Acceso el 4 de marzo 2015
25. Tavera L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol Obstet Perú 2004;50(2):111-22.
26. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Monzón L. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006 Pág. 13-17.
27. Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol.1997; 23(1) : 70-76.
28. Ortiz M, Mondragón F. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Hospital Sergio E. Bernales mayo-octubre 2004. Tesis para obtener el título de Licenciadas en Obstetricia. UNMSM. 2005.
29. www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/imagenes/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_MINS A.PDF

30. Cruz, M. Tratado de Pediatría. Barcelona. Editorial Océano; 2007. Tempranas y Tardías, 1995-1997. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM 2000;61(1):46-50
31. Behrman. Tratado de Pediatría de NELSON. Madrid. Editorial Interamericana; 1992. 35. <http://www.redalyc.org/pdf/379/37961106.pdf>
32. Avery, G. Neonatología. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 1990. 36. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1433/1/Morbi-mortalidad-en-recien-nacidos-de-bajo-peso-de-madres-adolescentes.html> Acceso el 14 de setiembre 2017
33. Tapia, J.: Neonatología. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo; 2006. 37. Ministerio de Salud (MINSU). "Prevención del embarazo en adolescentes". La Salud del adolescente y el joven .Lima-Peru.2010.
34. Yu-Tang J. Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes

Tabla 1. Distribucion según el control prenatal, el tipo de presentación, el tipo de parto y el líquido amniótico.

CARACTERÍSTICAS	MADRES ADOLESCENTES			
	TEMPRANA		TARDIA	
	Nº	%	Nº	%
CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO ACTUAL (P=0.038*) †				
SI	14	73.7%	563	90.1%
NO	5	26.3%	62	9.9%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
TIPO DE PRESENTACION (P=0.421) †				
CEFALICO	18	94.7%	608	97.3%
PODALICO	1	5.3%	17	2.7%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
TIPO DE PARTO (P=0.215)				
ABDOMINAL	9	47.4%	384	61.4%
EUTOCICO	10	52.6%	241	38.6%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
LIQUIDO AMINIOTICO (P=1.000) †				
NORMAL	17	89.5%	534	85.4%
MECONIAL	2	10.5%	91	14.6%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%

Fuente: Base de datos

Tabla 2. Características por sexo, edad gestacional, peso de nacimiento y apgar de los recién nacidos.

CARACTERÍSTICAS	MADRES ADOLESCENTES			
	TEMPRANA		TARDIA	
	Nº	%	Nº	%
SEXO (P=0.395)				
MASCULINO	8	42.1%	325	52.0%
FEMENINO	11	57.9%	300	48.0%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
EDAD GESTACIONAL (P=0.096)				
PRETERMINO	4	21.1%	42	6.7%
A TERMINO	15	78.9%	581	93.0%
POSTERMINO	0	0.0%	2	0.3%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
PESO DE NACIMIENTO Y EDAD GESTACIONAL (P=0.637)				
PEG	2	10.5%	56	9.0%
AEG	16	84.2%	541	86.6%
GEG	1	5.3%	28	4.5%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
APGAR 1' (P=0.456)				
0 - 3	0	0.0%	5	0.8%
4 - 6	1	5.3%	14	2.2%
7 - 10	18	94.7%	606	97.0%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
APGAR 5' (P=1.000)				
0 - 3	0	0.0%	0	0.0%
4 - 6	0	0.0%	5	0.8%
7 - 10	19	100.0%	620	99.2%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%

Fuente: Base de datos

Tabla 3. Morbilidad de los recién nacidos.

MORBILIDAD	MADRES ADOLESCENTES			
	TEMPRANA		TARDIA	
	Nº	%	Nº	%
APNEA	0	0.0%	4	0.6%
HIPOGLICEMIA	0	0.0%	5	0.8%
ENF. MEM. HIALINA	1	5.3%	2	0.3%
TAQUIPNEA TRANSITORIA	2	10.5%	4	0.6%
SEPSIS	3	15.8%	4	0.6%
HIPERBILIRRUBINEMIA	4	21.1%	10	1.6%
MALFORMACIONES	1	5.3%	3	0.5%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%

Fuente: Base de datos

Tabla 4. Lugar de hospitalización y la condición de egreso de los recién nacidos.

CARACTERÍSTICAS	TEMPRANA		TARDIA	
	Nº	%	Nº	%
LUGAR DE HOSPITALIZACION (P=0.047*) †				
NEOSANO	15	78.9%	570	91.2%
NEOPATOLOGICO INTERMEDIOS	3	15.8%	51	8.2%
UCIN	1	5.3%	4	0.6%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%
CONDICION DE EGRESO				
ALTA	19	100.0%	625	100.0%
FALLECIDO	0	0.0%	0	0.0%
TOTAL	19	100.0%	625	100.0%

Fuente: Base de datos