

COMENTARIOS A LAS ESTADÍSTICAS SARDÁ 2010

Dres. Elsa Andina, A. Miguel Larguía e Ingrid Di Marco

Comentarios de la Dra. Elsa Andina, Directora, HMIRS

El número de nacimientos en el trienio 2008-2010 mantiene una línea ascendente con aumentos mensuales en el año 2010, respecto a los anteriores, mayores entre los meses de enero a mayo. No se observaron variaciones importantes en la edad al momento del parto en los tres años, con un porcentaje de embarazos en mujeres menores de 18 años cercana al 8% (n= 287) y un 2,57% de mujeres ≥ 40 años (n= 190). Pareciera haber cierta tendencia ascendente en el número de mujeres >34 años, que en el año 2010 se traducen en 780 mujeres de 35 años ó más que tuvieron sus niños en nuestra Maternidad.

El porcentaje de madres que residen en la provincia de Buenos Aires, es notoriamente superior (62,78%) en contraposición a las residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (37,22%).

La mayoría de las madres provenientes del conurbano bonaerense residen en la línea de la cuenca Matanza-Riachuelo: La Matanza (23,83%) y Lomas de Zamora (15,46%) y en menor medida en E. Echeverría (7,54%) y Lanús (5,32%). No se observan variaciones en estos porcentajes durante estos tres años de análisis. El porcentaje de mujeres de nacionalidad argentina atendidas fue del 60,97%, vs. 39,03% de extranjeras, siendo la mayoría mujeres de la comunidad boliviana y paraguaya.

El porcentaje de mujeres de nacionalidad argentina es mayor entre las provenientes de la Pcia. de Buenos Aires en relación a residentes de la CABA (70,66% vs. 29,34%), mientras que en la Ciudad de Buenos Aires, la relación se invierte, siendo mayor el número de mujeres extranjeras atendidas comparadas con las argentinas (55,38% vs. 44,62%).

En relación a la distribución de nacidos vivos según edad gestacional, entre los años 2009 y 2010 se observa un aumento porcentual de RN vivos ≤ 26 se-

manas (n= 35 [0,48%] vs. n= 49:[0,66%]), que deberemos estudiar si se relacionan con las variaciones de deprimidos graves al primero y a los 5 minutos.

Respecto a forma de finalización del parto, se observa un descenso en el número de cesáreas en el año 2010 respecto a los dos años anteriores, que si bien es leve, muestra una tendencia que esperamos se mantenga en los próximos años. El índice de cesáreas es considerado **un indicador de calidad de asistencia**, desde el momento en que sobrepasar excesivamente determinados estándares globalmente aceptados como razonables, desmerece la valoración conceptual de la maternidad analizada. Sin embargo, es conocida la dificultad para lograr estos estándares cuando diferentes estudios publicados han demostrado que para determinadas situaciones clínicas, la cesárea se traduce en mejores resultados perinatales (fetos en podálica o embarazos gemelares).

La tasa de cesáreas (23,26%) en nuestro hospital, si bien se encuentra por encima de los estándares mundiales recomendados (~17%), continúa estando por debajo del promedio de otros servicios públicos y sobre todo privados. Por otra parte es una tasa considerada aceptable si se toma en cuenta que la Maternidad Sardá es de alta complejidad y centro de derivación de pacientes con embarazos de alto riesgo o patologías fetales que muchas veces requieren finalización inmediata del embarazo a edades tempranas. Por otra parte, un porcentaje de embarazadas llegan a nuestro hospital al final de su embarazo sin control prenatal o derivadas de otros centros por complicaciones al final del mismo.

Sin embargo, insistimos en la necesidad de ser rigurosos en la decisión obstétrica de realizar la primera cesárea como estrategia para la prevención de futuras cesáreas.

El número de nacidos muertos a partir de las 22 semanas de gestación registra un aumento en el año 2010 (n= 72 [0,98%]) respecto al 2009 (n= 58 [0,78%]). Observando la distribución de muertes

fetales según edad gestacional, la misma muestra picos en las 26, 28 y 33 semanas, lo cual evidencia patologías del embarazo que impactan en el bienestar fetal provocando resultados negativos.

Ajustado por el número de fetos con malformaciones fetales (n=22), la TMF desciende a 0,66% para el año 2010.

Bibliografía consultada

1. Hannah, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicenter trial. *Lancet* 2000;356:1375-1383.
2. Armendariz Idoia. Revisando las cifras de cesáreas en España: realmente han bajado? Instituto Nacional de estadística. www.estadisticasdeparto.com/2/VIII/2011.

Comentarios del

Dr. A. Miguel Larguía,
Jefe de División Neonatología

La conclusión más relevante de los datos presentados en el informe 2009-2010 puede resumirse diciendo que la población de recién nacidos del HMIRS es diferente de la esperable, como se detallará a continuación. Son diferentes los años estudiados.

Tabla 1. La incidencia de recién nacidos de muy bajo peso (MBP) es significativamente más alta de la existente en la República Argentina (1,0%). Puede observarse un ascenso también significativo en el año 2010 (1,72%) con respecto al anterior (1,55%). Es bien conocido que este grupo de recién nacidos es el principal componente de la mortalidad neonatal.

Tabla 2. Nuevamente en esta Tabla se evidencia que la población de recién nacidos Sardá difiere significativamente de la esperable. Puede observarse que la n de recién nacidos menores de 1000 g (55) prácticamente no difiere del grupo siguiente 1000 a 1500 g (67). Esto significa que, dentro del grupo de muy bajo peso, el porcentaje del subgrupo menor de 1000 g necesariamente impacta negativamente en la mortalidad neonatal.

Tabla 3. Este Tabla permite demostrar la afirmación de que la población de recién nacidos de la Maternidad Sardá 2010 es diferente de la del año anterior. El porcentaje de recién nacidos igual o menor de 28 semanas de EG asciende de 0,84 a 1,03 y el número de recién nacidos de 24 sem (límite de la viabilidad) aumenta de 2 a 8.

En el *Tabla 4* nuevamente se observa el ascenso en una variable de fuerte impacto como es la

puntuación de APGAR 3 o menor al 5º minuto. Este resultado expresa el alto porcentaje de fallecidos inmediatos al parto (FIP) representados por recién nacidos con prematuridad extrema o malformaciones letales.

La *Tabla 5* resulta a priori, el más preocupante dado que muestra un aumento de la mortalidad neonatal de 8,3 a 9,9%. En realidad existe una explicación evidenciable cuando uno aplica la razón TMN/MBP, que evalúa la calidad de la asistencia neonatal al relacionarla con la incidencia de muy bajo peso que, como dijimos, es el principal componente de la mortalidad neonatal. Al igual que en años anteriores la razón, que se considera satisfactoria cuando es menor a 1, no varió (0,53-0,57).

Para finalizar, los objetivos actuales de la División Neonatología apuntan principalmente a la reducción de la morbilidad neonatal: displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, sepsis tardía

Tabla 1.

PN (g) (%)	2009	2010
<1500	1,55	1,72
<1000	0,77	0,82

Tabla 2.

PN (g) (n)		
500 a 749	24	55
750 a 999	31	
1000 a 1249	32	67
125 a 1499	35	

Tabla 3.

EG (sem)		
<28 (%)	0,84	1,03
24 (n)	2	8

Tabla 4.

APGAR 5´ < 3 (%)	0,31	0,51
------------------	------	------

Tabla 5.

TMN (‰)	8,33	9,94
TMN/MBP	0,53	0,57

y desnutrición posnatal, objetivos que se cumplen. Esto también se evidencia en la relación RN fallecidos observados/esperados = 0,8 (score Neocosur 2010).

Nota: Si bien no efectuamos comentarios específicos, los determinantes sociales son los principales causales de resultados desfavorables.

Comentarios de la Dra. Ingrid Di Marco, Jefa de División Obstetricia

Del análisis de los datos se observa que se sostiene, como en años anteriores, la procedencia dominante del conurbano bonaerense de las mujeres asistidas en la Maternidad, con un 61%, y las residentes de Ciudad de Buenos Aires representan el 39%, lo cual indica diferencias en las dificultades de accesibilidad que ha debido enfrentar el grupo mayoritario, y que a pesar de ello, ha optado por asistirse en la institución.

El 84,47% de las mujeres asistidas alcanzó un nivel de instrucción hasta primaria completa.

El 97,82% de la población asistida no poseía cobertura social al momento de su embarazo y parto.

El 95,35% de las embarazadas no trabajaba y no buscaba trabajo, lo cual representa una cifra muy elevada, que ubica a nuestras mujeres asistidas dentro de un contexto socio-económico muy particular.

La tasa de cesáreas mostró una leve disminución respecto a años anteriores, al igual que el parto instrumental, con aumento consiguiente de la finalización por parto espontáneo.

En el análisis de la Mortalidad Fetal se observa un aumento en el grupo de fetos entre los 500 a 1249 gramos y también en el de alto peso, de 4500 a 4599 gramos, lo cual refleja las consecuencias de patologías del embarazo que impactan en la descendencia, aumentando los resultados adversos fetales.

Tomando en cuenta los datos del SIP se ve reflejada la prevalencia de varias patologías del embarazo, aunque con un subregistro en la carga del sistema, considerando que durante el año 2009 y 2010 se

ha realizado un gran esfuerzo por parte del equipo de profesionales que coordina y lleva adelante la responsabilidad de la carga de las historias clínicas al sistema, con el compromiso institucional hacia una mejora sostenida en el porcentaje de cobertura de carga de datos, como así también en la calidad del llenado, y puesta en valor de este instrumento, superando barreras y en proceso de capacitación continua en SIP y SIP/Gestión.

El 27,8% de falta de datos del 2010 se encuentra en vías de superación, con una proyección a completarse en forma simultánea a la carga de datos del año 2011, que supera el 96%.

Pueden observarse las siguientes características:

El 90% de las pacientes que dieron a luz en la institución realizaron control prenatal en la Maternidad Sardá u otro centro asistencial.

El 51,2% presentó alguna patología propia del embarazo o asociada al mismo, lo cual refuerza el concepto de la importancia del control prenatal precoz, adecuado y completo.

Las patologías de mayor prevalencia del embarazo, de acuerdo al SIP fueron la rotura prematura de membranas, la amenaza de parto pretérmino, los trastornos hipertensivos del embarazo, la infección urinaria, diabetes gestacional y la restricción del crecimiento intrauterino.

La Maternidad Sardá es centro de derivación de patologías maternas y/o fetales ya sea dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, como del conurbano y diferentes provincias del país. Ejemplo de ello es que es una de las instituciones que forma parte de la Red Nacional de Cardiopatías Congénitas, entre otras.

Las metas y objetivos de la División Obstetricia son brindar una atención perinatal en el marco de una Maternidad Segura y Centrada en la Familia, con mejora continua de la calidad de la atención para reducir la morbi-mortalidad materna y fetoneonatal, basada en la mejor evidencia disponible en la utilización de prácticas beneficiosas, con desarrollo y actualización continua de Guías de Práctica Clínica para la atención de la embarazada normal o con patologías, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, para dar respuesta a las necesidades de nuestra población.