ESTADÍSTICAS SARDÁ 2024

Recolección y registro de datos

Procesamiento y análisis epidemiológico de los datos
Dra. Daniela Ventura, Bioestadística y epidemiología perinatal

Revisión
Dra. Jessica Campos Flores, Dr. Ricardo Nieto, Dra. María Elina Serra

El propósito del siguiente documento es presentar las estadísticas del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá del año 2024

ESTADÍSTICAS DE PARTO

NÚMERO DE PARTOS, FORMAS DE TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN

Se presenta la tendencia de la natalidad observada durante los últimos seis años. Asimismo, se muestra el número anual de partos correspondientes a dicho período (Figura 1). Esta cifra incluye el total de eventos obstétricos ocurridos, independientemente de la vía de finalización del parto, abarcando nacimientos por vía vaginal, cesárea, fórceps u otras intervenciones obstétricas.

En nuestra institución, la tasa de partos vaginales es del 59% en el año 2024, mientras que la finalización por cesárea es del 40%. Ver tabla 1 y figura 2.

Figura 1. Total de partos en los últimos 6 años (2019-2024)

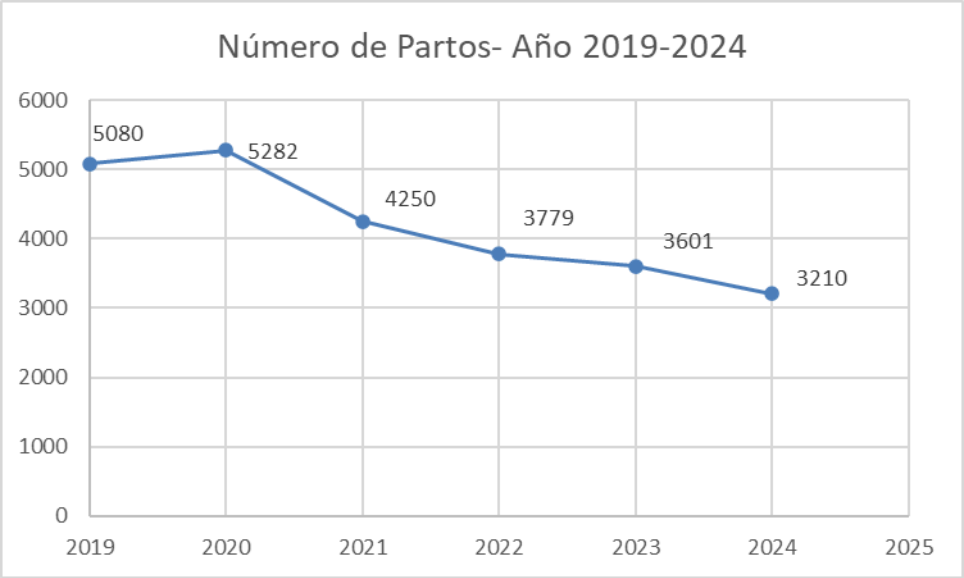
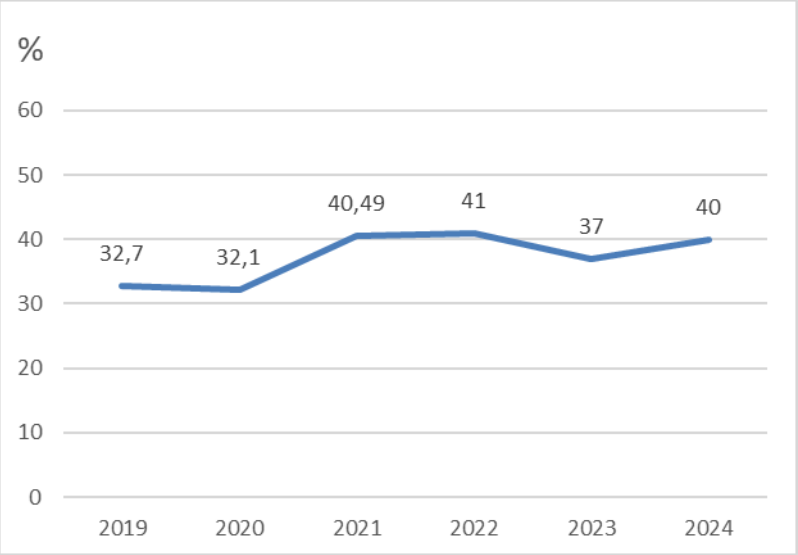


Tabla 1. Distribución de frecuencias de parto según formas de terminación. Año 2024.

Total Eventos 2024		%
Partos	1893	59
Cesareas	1275	40
Forceps	42	1
Total	3210	100

Figura 2. Porcentaje de cesáreas por año en HMIRS. Años 2019 a 2024.



Este porcentaje corresponde a un valor global y no contempla la estratificación según la clasificación de Robson (Ver tabla 2). Desde el año 2021, en el servicio de urgencias se registra la información de acuerdo con dicha clasificación y se implementan estrategias orientadas a reducir la tasa de cesáreas en los grupos de menor riesgo, mediante la adopción de un protocolo de referencia internacional [1,2].

En el año 2024 las cesáreas en los grupos de menor riesgo (1 a 4) se produjeron 530 cesáreas, lo que representa un 24,25 % [3].

Tabla 2. Clasificación de Robson

Clasificación de Robson- Composición de los grupos de Riesgo
1 - Nulíparas, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio espontáneo.
2 - Nulíparas, único, cefálica, >= 37 semanas,inicio inducido o cesárea electiva.
3 - Multíparas, s/cicatriz de cesárea, único, cefálica,>= 37 semanas, inicio espontáneo.
4 - Multíparas, s/cicatriz de cesárea, único, cefálica,>= 37 semanas, inicio inducido o cesárea electiva.
5 - Todas las multíparas con al menos una cesárea previa, único, cefálica, >= 37 semanas.
6 - Todas las nulíparas, único, podálica.
7 - Todas las multíparas, único, podálica, incluye mujeres con cesárea previa.
8 - Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluye mujeres con cesárea previa.
9 - Todas las mujeres, único, en transversa u oblicua, incluye mujeres con cesárea previa.
10 - Todas las mujeres, único, cefálica, <= 36 semanas, incluye mujeres con cesárea previa.

INTERRUPCIONES DEL EMBARAZO

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se refiere a la interrupción de la gestación hasta la semana 14 inclusive, con la solicitud y la firma de un consentimiento informado como requisito. Ley 27.610 [4]. La interrupción legal del embarazo (ILE) hace referencia al derecho al aborto contemplando las siguientes situaciones: si el embarazo es producto de una violación o si está en peligro la vida o la salud de la persona gestante. La Ley 1044 establece el derecho al aborto legal en el caso que un feto padezca una patología incompatible con la vida cuando presenta gravísimas malformaciones, irreversibles e incurables, que producirán su muerte intraútero o a las pocas horas de nacer [5].

Durante el año 2024 se realizaron un total de 268 interrupciones del embarazo por IVE/ILE. Ver Tabla 3 [6].

Tabla 3. Distribución de la edad gestacional al momento de la provisión del tratamiento

EG	n	%
<13	221	82,50%
13 a 14,6	9	3,40%
15 a 17,6	8	3,00%
18 a 19,6	2	0,70%
20 a 21,6	12	4,50%
22 a 23,6	5	1,90%
≥24	4	1,50%
sd	3	1,10%
no corresponde	4	1,50%
TOTAL	268	100,00%

EDAD MATERNA

La población se clasifica para su análisis en tres grupos según la edad: el primer grupo incluye a las pacientes entre 10 y 19 años, que corresponde a madres adolescentes. El segundo grupo comprende a las pacientes de entre 20 y 34 años. Finalmente, el tercer grupo considera a las madres de edad avanzada, es decir, aquellas con 35 años o más [7].
En la figura 4 se observa la distribución de la edad materna en el año 2024.
El rango etario materno con mayor concentración de partos es entre los 20 y 34 años con mediana de 27 años. Ver tabla 3 y 4, donde se comparan los últimos 3 años. El porcentaje de madres adolescentes se mantiene igual que en el año 2023 en 8 % y las madres con edad avanzada en 18%.

Figura 4. Distribución de la edad materna. Año 2024.

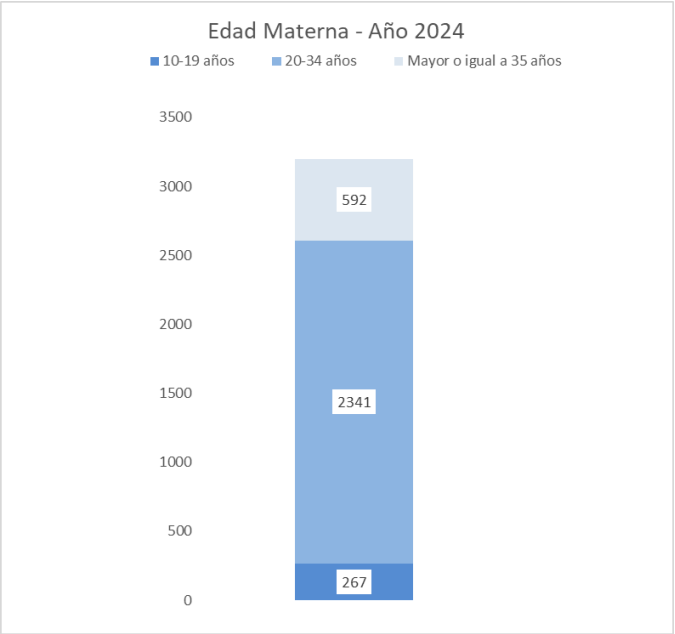


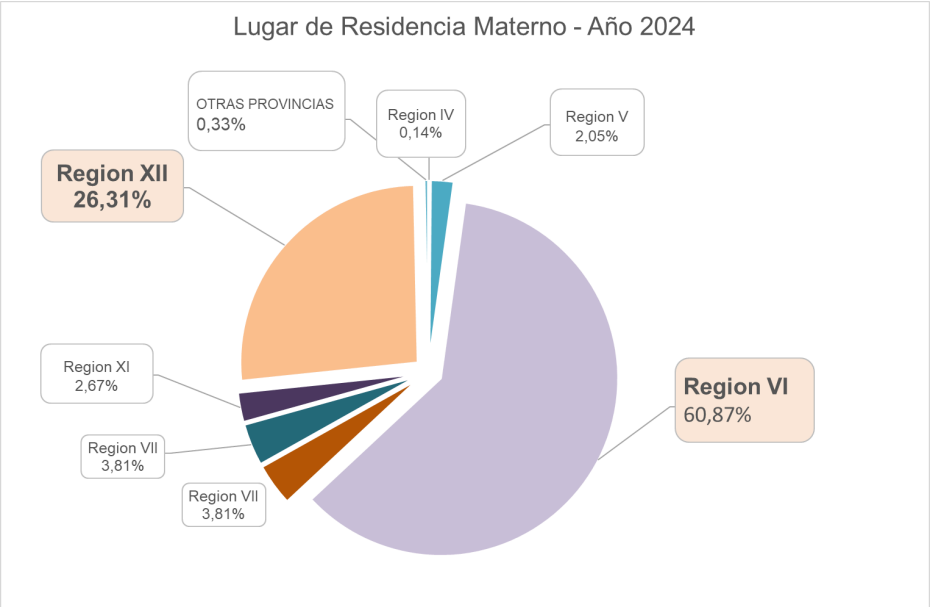
Tabla 3. Medidas de tendencia central y variabilidad de la edad en años de gestantes al momento del parto. Años 2022,2023 y 2024.

Año	2022	2023	2024
Mediana	28	27	27
Min/Max	14/47	13/51	14/48

LUGAR DE RESIDENCIA MATERNA

A continuación, se presenta la distribución geográfica de las pacientes. La proporción de mujeres residentes en la provincia de Buenos Aires atendidas en el hospital se ha mantenido estable en torno al 60%, sin evidenciar variaciones significativas respecto de años previos.
En 2024, el 65% de los partos correspondió a gestantes provenientes de la provincia de Buenos Aires, mientras que el 35% restante correspondió a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Entre las pacientes residentes en la provincia de Buenos Aires, la mayoría procede de la Región Sanitaria VI (60,8%), seguida de la Región Sanitaria XII (26,3%). Se observa, además, una proporción marginal de pacientes provenientes de otras regiones y provincias (ver Figura 5).

Figura 5. Distribución del lugar de residencia de las gestantes según región sanitaria de la Provincia de Bs. As. en porcentaje del total - Año 2024



*Región VI: Ezeiza, Esteban Echeverría, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Florencio Varela, Berazategui, Quilmes, Avellaneda y Lanús
**Región XII: La matanza

RECIÉN NACIDOS

Definiciones

Los nacimientos según la condición al nacer se clasifican en nacidos vivos o nacidos muertos.

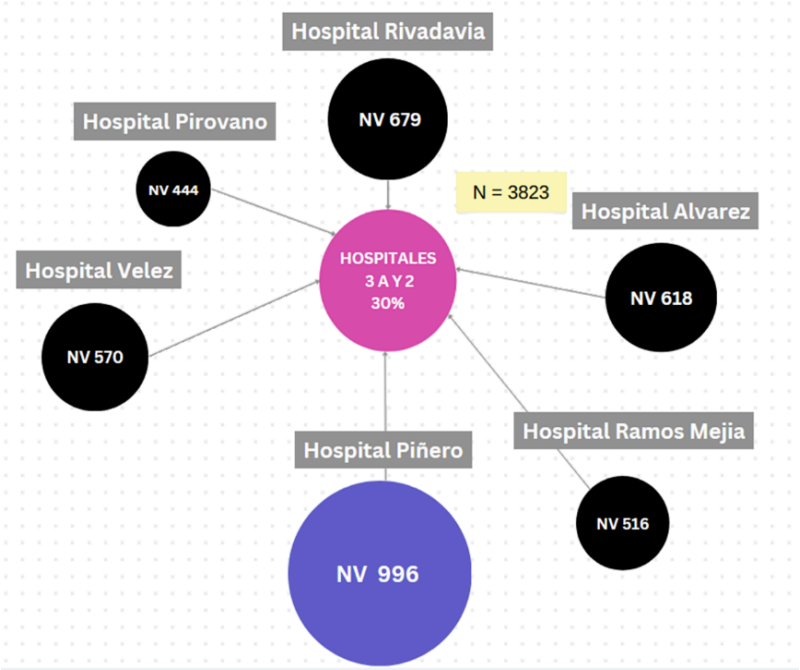
Nacidos vivos: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo [8].

Defunciones fetales / nacidos muertos: Las defunciones fetales se definen como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción a partir de las 20 semanas de gestación, cualquiera que haya sido la duración del embarazo, la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

Defunciones neonatales: defunciones ocurridas en el transcurso de los primeros 27 días de vida.

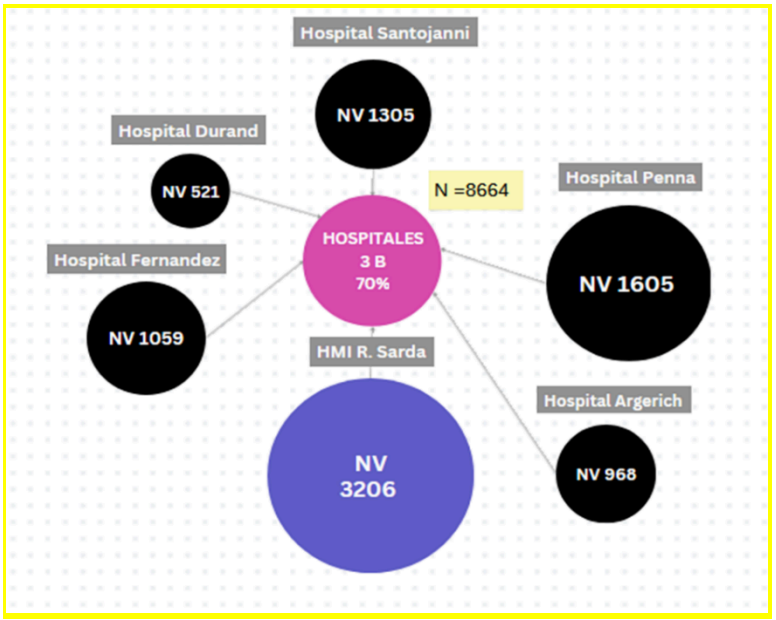
Durante el año 2024 se registraron en el país un total de 413.135 nacidos vivos. La provincia de Buenos Aires concentró el mayor volumen, con 147.081 nacimientos. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se contabilizaron 21.454 nacimientos, de los cuales 12.487 ocurrieron en el subsector público de maternidades. Dentro de este conjunto, el HMI Ramón Sardá registró 3.206 nacidos vivos, siendo el establecimiento 3B que concentra la mayoría de los nacimientos en GCBA. Ver figura 6 y 7.

Figura 6. Datos de la distribución de nacimientos en las maternidades de CABA. Hospitales 3 A y 2. Año 2024.



Elaboración: Daniela Ventura. Eugenia Campos. Datos estadísticos de la red de maternidades públicas de GCBA

Figura 7. Datos de la distribución de nacimientos en las maternidades de CABA. Hospitales 3 B. Año 2024.



Elaboración: Daniela Ventura. Eugenia Campos. Datos estadísticos de la red de maternidades públicas de GCBA

En el año 2024, la distribución de los nacidos vivos según sexo mostró una proporción de 48% de sexo femenino (n = 1549) y 52% de sexo masculino (n = 1657). Ver tabla 6. En cuanto al puntaje APGAR, en el año 2024 se mantuvo una tendencia similar al año anterior, con el 93%

de los recién nacidos con puntaje mayor o igual a 7 al primer minuto de vida, mientras que el 3% obtuvo un puntaje menor o igual a 3. A los 5 minutos de vida, los puntajes APGAR menores o iguales a 3 disminuyeron al 2%. Ver Tabla 7.

Tabla 4. Total de nacimientos según condición al nacer (vivo o muerto). Año 2024

Año	2024
Total de nacimientos	3261
Nacidos Vivos	3206
Defunciones Fetales	55
% Nacidos muertos	1,69

Tabla 5. Distribución de frecuencia de RN según sexo y año de nacimiento. Año 2024.

Sexo	2024	
	n	%
Femenino	1549	48
Masculino	1657	52
Total	3206	

Tabla 6. Distribución de frecuencia de RN según Apgar al 1er y 5to minuto. Año 2024

	2024	
Apgar 1'	n	%
0 a ≤3	98	3
≥4 a ≤6	114	3,5
≥7	3049	93,5
Total	3261	
Apagar 5'	n	%
0 a ≤3	65	2
≥4 a ≤6	26	0,8
≥7	3170	97,2
Total	3261	

En las tablas 7 y 8 se detallan los nacimientos según edad gestacional y peso.
Se consideran recién nacidos de edad gestacional extremadamente baja o ELGAN (del inglés, *Extremely Low Gestational Age Newborns*) a los recién nacidos con edad gestacional menores de 28 semanas al nacer, en concordancia con la clasificación propuesta por la OMS (Organización Mundial de la Salud) [9].
En el año 2024 nacieron 85 prematuros menores de 32 semanas de EG. Dentro de este grupo, 25 correspondieron a ELGAN.
El número de recién nacidos prematuros de 32 a 34 semanas fue de (n=57) y de prematuros tardíos de 34 a 37 semanas de EG (n= 277).
De manera global los recién nacidos prematuros representan el 13% de los recién nacidos vivos. Los menores de 32 semanas de EG al nacer representan el 2,6 % de los recién nacidos vivos.

En relación con la distribución según peso al nacer, se registraron 73 recién nacidos vivos de Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN/VLBW, de su sigla en inglés *Very Low Birth Weight)* definidos como aquellos con peso al nacer menor de 1500 gramos. Además, se observan n=248 con peso entre 1500 y 2500 g, y 2885 con peso superior a 2500 g.

Tabla 7. Distribución de frecuencia de nacimientos según Edad Gestacional. Año 2024

Edad Gestacional semanas	Año 2024	
	n	%
<28	25	0,78
>=28 - <30	23	0,72
>=30 - <32	37	1,15
>=32 - <34	57	1,78
>=34 - <37	277	8,64
>=37	2787	86,93
Total	3206	100

Tabla 8. Distribución de frecuencia de nacimientos según intervalo de peso en gramos. Años 2024

Peso al nacer gramos	Año 2024	
	n	%
<500	1	0,03
>=500 <1000	34	1,06
>=1000 <1500	38	1,19
>=1500 <2500	248	7,74
>=2500	2885	89,99
Total	3206	100

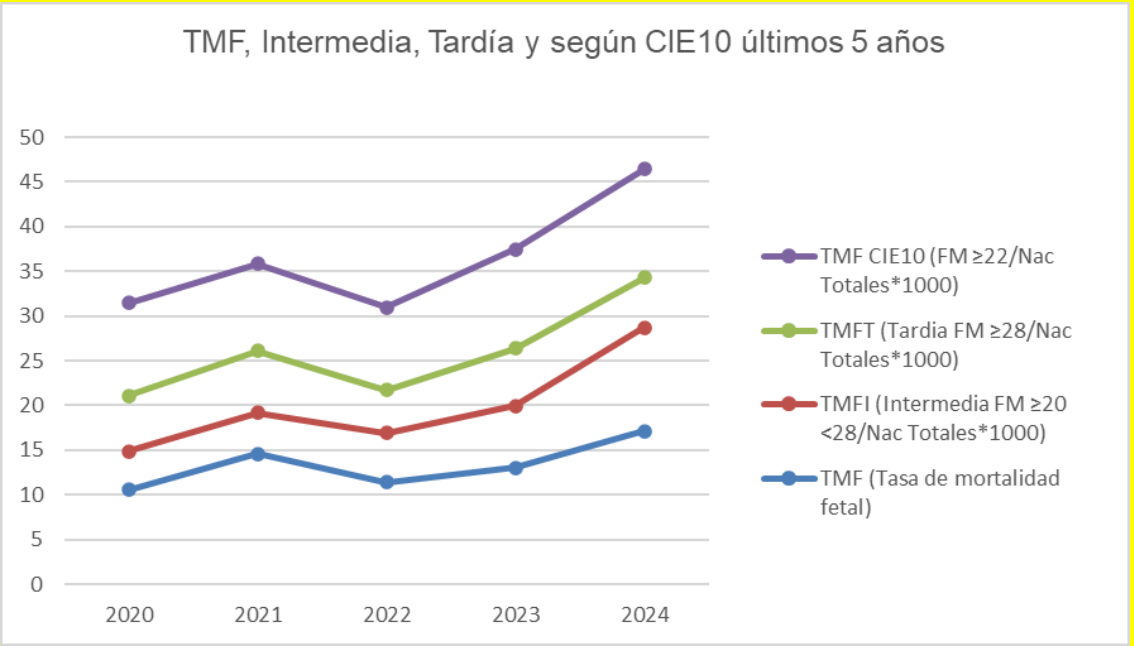
MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL

DEFUNCIONES FETALES

Las defunciones fetales se definen como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción a partir de las 20 semanas de gestación.[10]
El número de defunciones fetales en el año 2024 fue de n=55 (1,1%)
Tasa de mortalidad fetal, considera las muertes fetales de más de 20 semanas de edad gestacional hasta el término.
Tasa de mortalidad fetal intermedia se define como la muerte fetal que ocurre entre las 20 y 28 semanas de gestación
Tasa de mortalidad fetal tardía se define como la muerte fetal que ocurre en la semana 28 de gestación o más.[11]
Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) se clasifica como muerte fetal tardía o "mortinato" cualquier defunción fetal ocurrida a partir de la semana 22 de gestación.[12]

En el año 2024 la tasa de mortalidad fetal, fetal intermedia y tardía fue de 17,16; 11,64 y 5,61 por mil nacidos vivos, respectivamente. La mortalidad fetal según CIE 10 fue de 12,16 ‰. Estos valores se encuentran aumentados ligeramente con respecto a años anteriores. Ver figura 8.

Figura 8. Tasas de mortalidad fetal. Años 2020 al 2024.



Tasas	2020	2021	2022	2023	2024
TMF	10,6	14,56	11,38	13,05	17,16
TMFI	4,30	4,62	5,56	6,94	11,54
TMFT	6,20	6,93	4,76	6,39	5,61
TMF CIE10	10,40	9,71	9,26	11,11	12,16

DEFUNCIONES NEONATALES

Durante el año 2024 se registraron 41 fallecidos en la etapa neonatal, con una mayor prevalencia para el sexo masculino (59%). Ver tabla 12. Estas muertes representan el 1,3% de los recién nacidos vivos. Ver Tabla 9.
Los fallecidos menores de 28 semanas de EG representan el 31,7% (n=13). Entre estos, 8 fallecieron antes de los 7 días de vida. Ver Tabla 10.
Durante el año 2024, ocurrieron 23 muertes antes de los primeros 7 días de vida, esto representa el 56% de la mortalidad. Ver Tabla 11.
La supervivencia muestra un aumento progresivo en relación con la mayor edad gestacional siendo en los pacientes los pacientes ELGAN de 36% (n=25, sobrevivieron n=9). Ver tabla 13.
En el caso de los prematuros de MBPN/VLBW, la sobrevida es del 78,5 % (n=56, sobrevivieron n= 44). La sobrevida de los recién nacidos de Extremo Bajo Peso (ELBW, de su sigla en inglés *Extremely Low Birth Weight)* es decir, aquellos que nacieron con peso menor a 1000 gramos, en el año 2024 fue 42 % (n=35, sobrevivieron n=15).

Tabla 9. Distribución de muertes neonatales según intervalo de EG en semanas. Año 2024

EG (sem)	Año 2024 RNV= 3206	
	n	%
≥20<22 s	0	0,0
22 <28 s	13	0,4
≥28	28	1
Total	41	1,3

Tabla 10. Distribución de muertes neonatales según EG y días de vida al morir. Año 2024

EG (sem)	Año 2024			
	<7 días	7 a <28 días	≥28 días	Total
≥20<22	0	0	0	0
22 <28	8	5	0	13
≥28	15	6	7	28
Total	23	11	7	41

Tabla 11. Distribución de muertes neonatales según días de vida al morir. Año 2024.

Edad (dias)	2024	
	n	%
<7dias	23	56
≥7 <28	11	26
≥28	7	17
Total	41	100

Tabla 12. Distribución de muertes neonatales según sexo. Año 2024.

Sexo	Año 2024	
	n	%
Femenino	17	41
Masculino	24	59
Total	41	100

Tabla 13. Distribución de nacidos vivos según EG. Sobrevida. Fallecidos con malformaciones. Año 2024.

EG (sem)	Año 2024		
	NV	Sobrevida	con malf
20	0	0	0
21	0	0	0
22	0	0	0
23	3	2	0
24	8	0	0
25	3	1	0
26	5	3	0
27	6	3	0
28	13	7	1
29	10	5	1
30	8	8	0
31	29	27	2
32	31	29	2
33	26	23	2
34	56	55	1
35	69	69	0
36	152	152	0
37	300	299	1
38	655	652	3
39	952	950	2
40	660	660	0
41	219	219	0
42	1	1	0
Total	3206	3165	15

Tabla 14. Distribución de nacidos vivos según peso. Sobrevida. Fallecidos con malformaciones. Año 2024.

Peso (gramos)	Año 2024		
	NV	Sobrevida	con malf
<500	1	0	0
500-749	17	7	0
750-999	17	8	2
1000-1249	13	8	2
1250-1499	25	21	3
1500-1749	28	28	0
1750-1999	44	44	0
2000-2249	56	54	2
2250-2499	120	117	3
2500-2749	174	172	2
2750-2999	361	360	0
3000-3499	1142	1140	2
3500-3999	915	914	0
4000-4499	237	237	0
4500-4999	52	51	0
5000-5499	4	4	0
5500-5599	0	0	0
Sin datos	0	0	0
Total	3206	3165	16

TASAS DE MORTALIDAD

A continuación, se describen los resultados obtenidos en los siguientes indicadores:

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL (TMN), definida como el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina sobre el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL CORREGIDA (TMNC), definida como el número de niños fallecidos sin malformaciones en los primeros 27 días de vida extrauterina sobre el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos. Ver tabla 16.

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (TMNP), defunciones ocurridas entre 0 y 6 días de vida.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA (TMNT), defunciones ocurridas entre 7 y 27 días de vida. Ver tabla 17.

En la figura 9 se observa la evolución de las tasas desde el año 2019 al 2024.

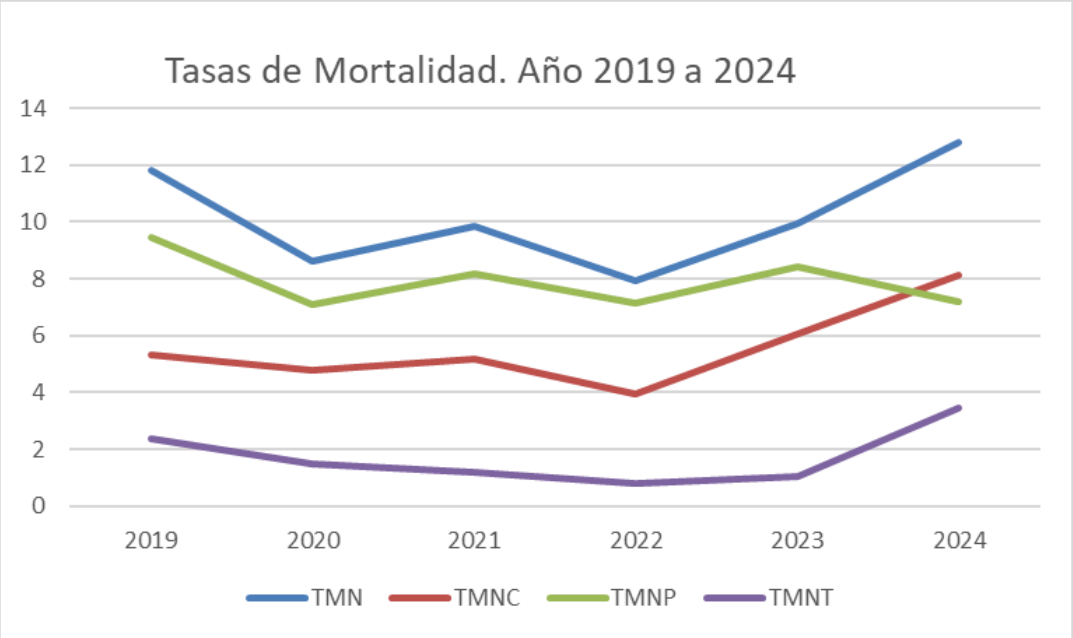
Tabla 15. Tasa de mortalidad neonatal y tasa de mortalidad neonatal corregida. Años 2022 a 2024.

	Tasa mortalidad neonatal	Tasa mortalidad neonatal corregida
Año 2022	7,91	3,95
Año 2023	9,96	6,08
Año 2024	12,79	8,11

Tabla 16. Tasa de mortalidad neonatal precoz y tardía. Años 2022 a 2024

	Tasa mortalidad neonatal Precoz	Tasa mortalidad neonatal Tardía
Año 2022	7,12	0,79
Año 2023	8,44	1,05
Año 2024	7,17	3,43

Figura 9. Tasas de mortalidad neonatal. Años 2019 al 2023.



Tasas‰	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024
Tasa mortalidad neonatal	11,8	8,6	9,85	7,91	9,96	12,79
Tasa mortalidad neonatal corregida	5,31	4,8	5,16	3,95	6,08	8,11
Tasa mortalidad neonatal Precoz	9,44	7,1	8,2	7,12	8,44	7,17
Tasa mortalidad neonatal Tardía	2,36	1,5	1,17	0,79	1,05	3,43

ATENCIÓN AMBULATORIA

En nuestro hospital se asisten aproximadamente 110000 pacientes por año. En la tabla 17 se detallan las consultas totales ambulatorias mensuales registradas durante el año 2024.
En el consultorio externo de Pediatría se atiende a los recién nacidos sanos durante su primer mes de vida, y se realiza el seguimiento médico de los bebés prematuros. Además, la maternidad dispone de especialistas en genética, cardiología, neurología y oftalmología. Se atendieron 26989 pacientes en el año 2024.
El servicio de Tocoginecología del hospital brinda servicios tanto en turno mañana como en la tarde. Durante el año 2024 se asistieron 80450 pacientes ambulatorias en los distintos sectores del servicio de Tocoginecología.
En las tablas 18 y 19 se muestra la cantidad de consultas mensuales durante el año 2024 en ambos servicios.

Tabla 17. Consultas ambulatorias del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda. Tocoginecología y Pediatría. Año 2024.

Consultas ambulatorias totales Tocoginecología y Pediatría	Año 2024
Enero	9162
Febrero	7440
Marzo	7597
Abril	9141
Mayo	9239
Junio	7833
Julio	8843
Agosto	9591
Septiembre	9062
Octubre	9799
Noviembre	10117
Diciembre	9615
Total	107439

Tabla 18. Consultas Pediátricas. Año 2024.

Consultas Pediatría	Año 2024
Enero	2093
Febrero	1792
Marzo	1901
Abril	2365
Mayo	2591
Junio	2051
Julio	2421
Agosto	2390
Septiembre	2171
Octubre	2475
Noviembre	2301
Diciembre	2438
Total	26989

Tabla 19. Consultas Servicio Tocoginecología. Años 2024.

Consultas Tocoginecología	Año 2024
Enero	7069
Febrero	5648
Marzo	5696
Abril	6776
Mayo	6648
Junio	5782
Julio	6422
Agosto	7201
Septiembre	6891
Octubre	7324
Noviembre	7816
Diciembre	7177
Total	80450

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Clasificación de Robson. Disponible en https://www.paho.org/es/documentos/clasificacion-robson-manual-aplicacion*
2. *Dumont, A., Betrán, A. P., Kaboré, C., de Loenzien, M., Lumbiganon, P., Bohren, M. A., Mac, Q. N. H., Opiyo, N., Carroli, G., Annerstedt, K. S., Ridde, V., Escuriet, R., Robson, M., Hanson, C., The QUALI-DEC research group, Hansen, C., Molsted-Alvesson, H., Annerstedt, K. S., Robson, M., … Ridde, V. (2020). Implementation and evaluation of nonclinical interventions for appropriate use of cesarean section in low- and middle-income countries: protocol for a multisite hybrid effectiveness-implementation type III trial. Implementation Science: IS, 15(1). https://doi.org/10.1186/s13012-020-01029-4*
3. *Datos del Centro Obstétrico provistos por la Dra. Julieta Repeto.*
4. *Ministerio de Salud. Salud sexual y reproductiva. Ley 27.610. https://www.argentina.gob.ar/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile*
5. *Ley 1044. Procedimiento aplicable a mujeres embarazadas con fetos que padecen anencefalia o patologías incompatibles con la vida. http://www.legisalud.gov.ar/atlas/salud_reproductiva.html*
6. *Datos provistos por Departamento de Tocoginecologia. Dra Sandra Susacasa.*
7. *SOGIBA. Edad materna avanzada. https://www.sogiba.org.ar/index.php/publicaciones/la-comunidad/801-edad-materna-avanzada*
8. *Nacimientos prematuros. Organización Mundial de la Salud. Sitio Web. Accedido marzo 2024.https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth*
9. *Ministerio de Salud. Dirección de estadísticas e información de la salud. Definiciones y conceptos. https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/ses/definiciones*
10. *Ministerio de Salud Sistema estadístico de salud. Estadísticas vitales. Año 2015. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero59.pdf*
11. *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10). Vol 1 y Vol 2. https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf https://ais.paho.org/classifications/chapters/*
12. *Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261–1271. doi:10.1016/S0140-6736(23)00878-4*