

Madrid

2009

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid

Objetivo 3

Iniciar la vida en buena salud

3

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

Para el año 2020, todos los recién nacidos, los lactantes y los niños en edad preescolar de la región deberán tener mayor nivel de salud, garantizando un comienzo sano de la vida.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Los Estados Miembros invierten en el bienestar económico y social de los padres y las familias, y aplican políticas que fomenten el desarrollo de familias capaces de prestar apoyo, con unos hijos deseados y con unas buenas capacidades educativas por parte de los padres, con el fin de garantizar un inicio de la vida sano a todos los niños;*
- *Los Estados Miembros cuentan con políticas completas y con programas comunitarios locales con el fin de garantizar servicios adecuados de planificación familiar y de salud reproductiva;*
- *Se concede gran prioridad a la salud de las mujeres en las políticas nacionales y subnacionales;*
- *Los servicios integrados de atención primaria de salud incluyen una amplia red de servicios de planificación familiar, una atención de salud perinatal basada en las tecnologías esenciales, en la promoción de la salud infantil, en la prevención de las enfermedades infantiles –incluyendo la vacunación de, al menos, el 95% de los lactantes y niños pequeños–, y en el tratamiento adecuado de los niños enfermos;*
- *Las políticas públicas, los entornos sociales y los servicios sanitarios promueven y apoyan que las madres amamenten a sus hijos, de modo que, al menos, el 60% de los recién nacidos sean amamantados durante sus seis primeros meses de vida;*
- *Las actuaciones comunitarias respaldadas por instrumentos legales están dirigidas a la drástica reducción del número de niños objeto de abusos, agresiones, abandono o marginación;*
- *Los padres cuentan con los medios y las capacidades para educar y cuidar a sus hijos en un entorno social que proteja los derechos de la infancia;*
- *Las autoridades de la comunidad local proporcionan asistencia a las familias al garantizar un entorno seguro y educativo, así como unas instalaciones de atención a la infancia promotoras de la salud;*
- *Los sectores relacionados con la educación, la sanidad y el bienestar trabajan conjuntamente con el fin de proporcionar asistencia a los lactantes y a los niños en los momentos de crisis familiar;*
- *Se realizan esfuerzos para informar al público acerca de los avances en tecnología genética y de las opciones derivadas de dichos avances y sus implicaciones éticas.*

3.1. Indicadores generales al nacimiento

Atendiendo al periodo analizado (1986-2006), podemos observar un notable incremento del número de partos atendidos en la Comunidad de Madrid, fundamentalmente desde el año 1998 (figura 3.1). Al desglosar estas cifras en función de la nacionalidad de la madre, vemos que este crecimiento ocurre tanto para mujeres españolas como extranjeras. Sin embargo, en términos relativos, el aumento es significativamente mayor en el caso de mujeres de nacionalidad no española.

En las tablas 3.1 y 3.2 observamos las principales variables relacionadas con los embarazos y partos ocurridos en la Comunidad de Madrid (serie 1986-2006). En la primera se expone esta información de un modo global, mientras que en la segunda se presentan los datos desagregados por Área de Salud.

Sexo del recién nacido

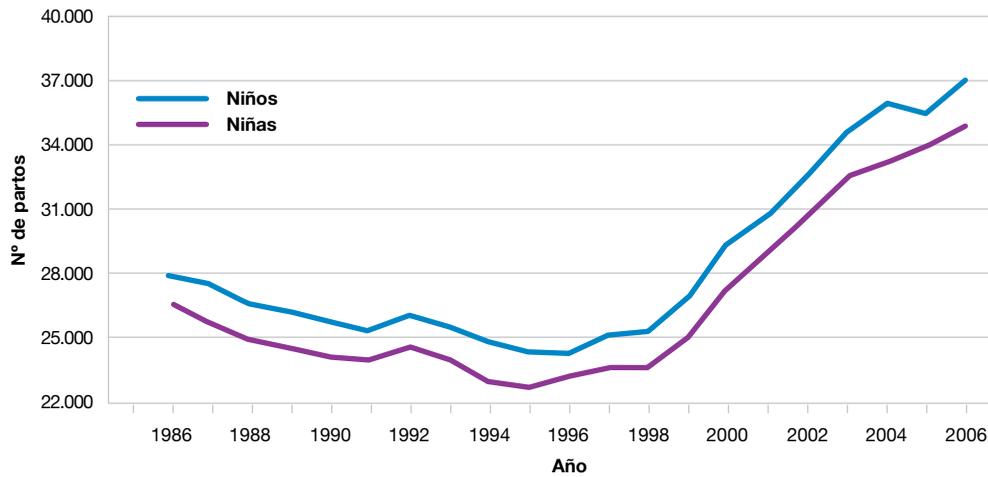
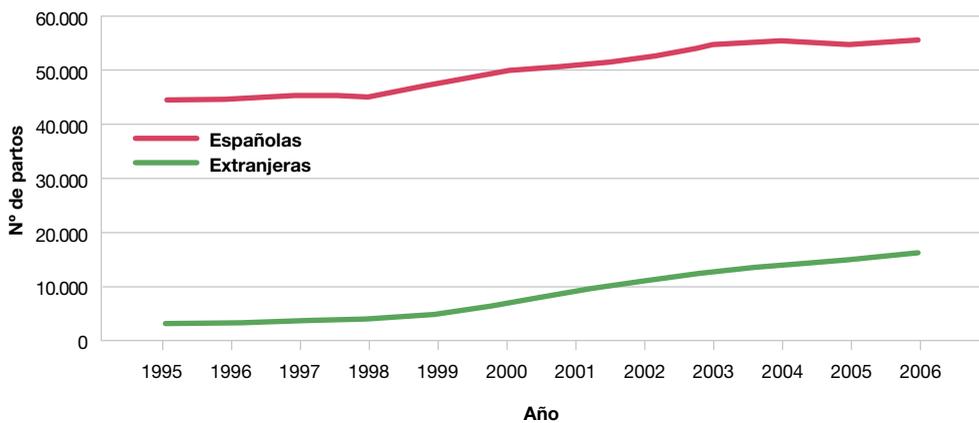


Figura 3.1. Evolución del nº de nacidos vivos según sexo, y del nº de partos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Nacionalidad de la madre



% relativo de crecimiento de los partos por nacionalidad de la madre (respecto a 1995)

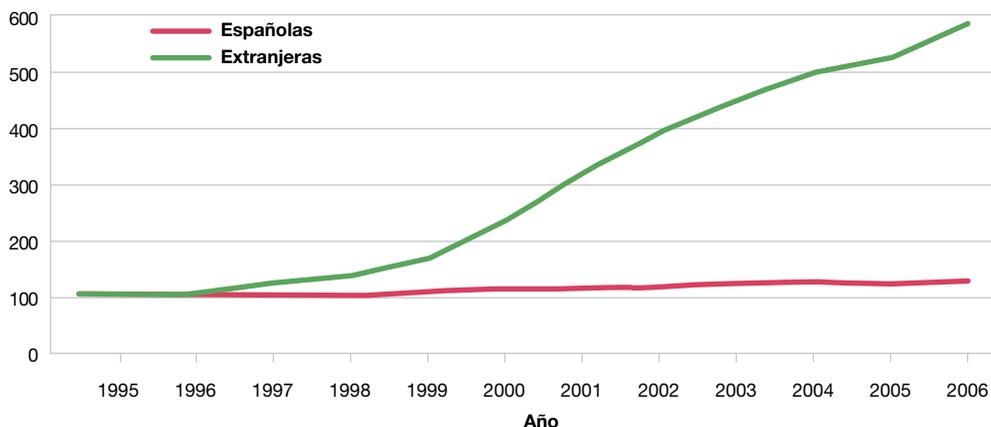


Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Partos múltiples, prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Evolución de las características de los partos (1986-2006)											
	Partos múltiples		Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	N	%	≥ 40 años		< 20 años		N	Tasas por 1.000
1986	963	1,8	3.838	7,0	4.191	7,7	1.326	2,4	2.431	4,5	110	2,02
1987	975	1,8	3.956	7,4	4.630	8,7	1.184	2,2	2.254	4,2	97	1,82
1988	937	1,8	3.637	7,1	4.492	8,7	1.186	2,3	2.110	4,1	75	1,46
1989	922	1,8	4.094	8,0	4.668	9,2	1.061	2,1	1.796	3,5	57	1,12
1990	1.000	2,0	4.705	9,4	4.688	9,4	1.025	2,1	1.579	3,2	79	1,58
1991	1.010	2,0	5.543	11,2	5.205	10,6	985	2,0	1.503	3,0	45	0,91
1992	1.048	2,1	4.536	9,0	5.568	11,0	961	1,9	1.361	2,7	78	1,54
1993	1.066	2,2	3.053	6,2	5.097	10,3	945	1,9	1.181	2,4	77	1,56
1994	1.073	2,3	5.210	10,9	5.807	12,2	956	2,0	1.034	2,2	65	1,36
1995	1.137	2,4	2.841	6,0	6.149	13,1	976	2,1	895	1,9	66	1,40
1996	1.177	2,5	3.446	7,3	6.243	13,1	1.018	2,1	831	1,7	47	0,99
1997	1.271	2,6	3.446	7,1	6.319	13,0	1.112	2,3	852	1,7	61	1,25
1998	1.329	2,7	3.293	6,7	6.678	13,7	1.243	2,5	836	1,7	42	0,86
1999	1.568	3,0	3.658	7,0	7.003	13,5	1.388	2,7	955	1,8	49	0,94
2000	1.828	3,2	4.307	7,6	7.070	12,5	1.608	2,8	1.036	1,8	49	0,87
2001	2.048	3,4	4.537	7,6	7.688	12,9	1.871	3,1	1.191	2,0	45	0,75
2002	2.166	3,4	5.163	8,2	8.312	13,2	2.127	3,4	1.379	2,2	40	0,63
2003	2.478	3,7	5.694	8,5	8.062	12,0	2.342	3,5	1.541	2,3	48	0,72
2004	2.432	3,5	6.113	8,9	8.791	12,7	2.672	3,9	1.471	2,1	64	0,93
2005	2.467	3,6	5.804	8,4	8.524	12,3	2.849	4,1	1.476	2,1	76	1,10
2006	2.593	3,6	5.852	8,1	8.577	11,9	3.108	4,3	1.750	2,4	50	0,70

Tabla 3.2. Características de los partos por Área de Salud: Prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Características de los partos por Áreas de Salud (1986-2006)									
	Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	≥ 40 años		< 20 años		N	Tasas por 1.000
1	9.810	7,22	16.252	11,96	3.709	2,73	4.294	3,16	142	1,05
2	6.225	7,43	10.253	12,23	2.599	3,10	1.181	1,41	113	1,35
3	7.195	10,64	6.863	10,15	1.337	1,98	2.099	3,10	101	1,49
4	7.918	7,50	13.392	12,68	3.323	3,15	2.473	2,34	118	1,12
5	10.498	7,62	16.570	12,03	4.216	3,06	2.948	2,14	153	1,11
6	9.304	7,87	12.900	10,92	4.110	3,48	1.541	1,30	120	1,02
7	6.703	7,38	11.621	12,79	3.204	3,53	2.463	2,71	145	1,60
8	7.121	8,61	9.006	10,89	1.913	2,31	1.848	2,23	71	0,86
9	8.613	10,54	9.324	11,41	1.402	1,72	1.856	2,27	34	0,42
10	4.852	8,29	6.236	10,66	1.115	1,91	1.690	2,89	47	0,80
11	10.649	7,54	17.154	12,15	3.689	2,61	4.638	3,29	166	1,18
NC	3.838	7,04	4.191	7,68	1.326	3,10	2.431	4,46	110	2,02

NC: No zonificados

3.1.1. Peso al nacimiento

Durante el periodo de estudio (1986-2006) se evidencia un ligero descenso del peso medio de los recién nacidos, oscilando los valores registrados entre un máximo de 3.272 gramos (1986) y un mínimo de 3.167 gramos (2001) (figura 3.2). Este descenso del peso medio al nacer ocurre fundamentalmente en hijos de madres españolas (figura 3.3).

En la tabla 3.3 se detallan, para el total de recién nacidos de la Comunidad de Madrid durante el periodo 1986-2006, los pesos medios y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer. Los datos se presentan también desagregados por Área de Salud.

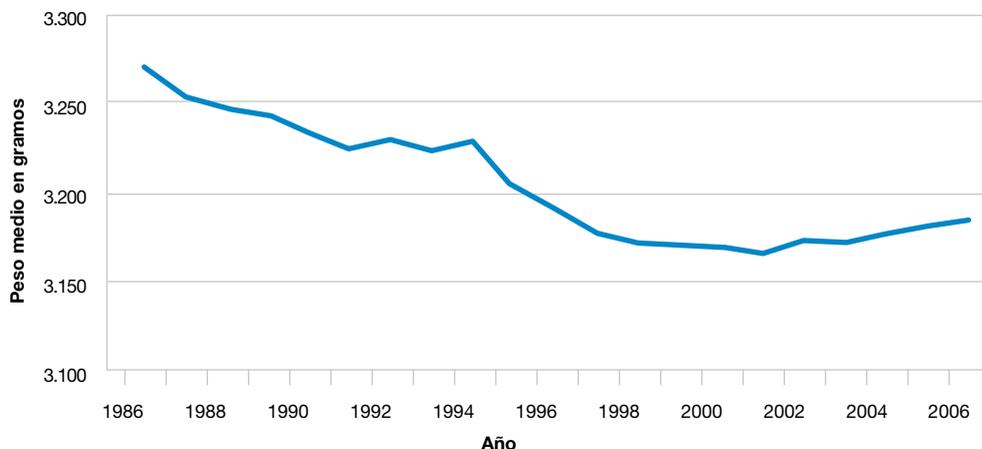
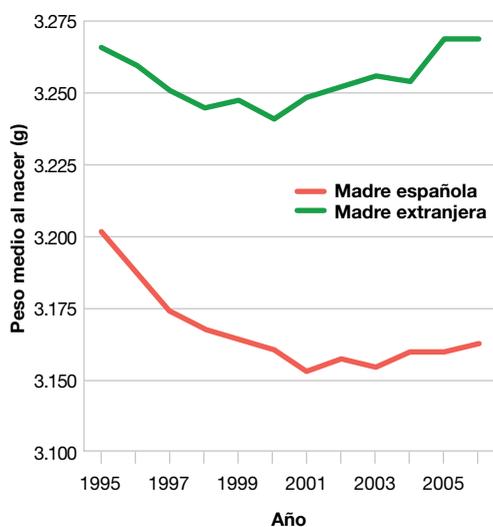


Figura 3.2. Evolución del peso medio al nacimiento. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Evolución del peso medio



Evolución del porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer

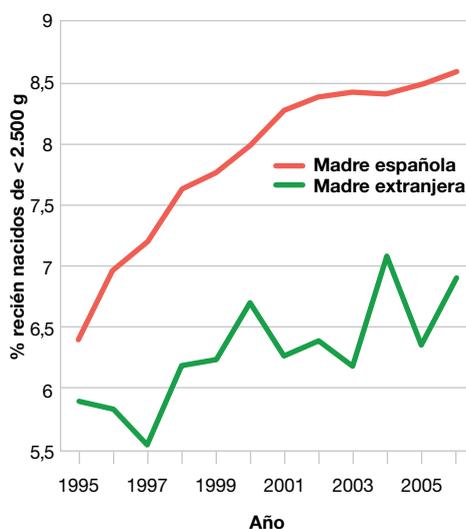


Figura 3.3. Peso al nacimiento: evolución del peso medio y del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios

Áreas de salud	Nº de partos	Peso medio (gramos)	DE	Bajo peso al nacer			
				MBPN (<1.500)		BPN (<2.500)	
				N	%	N	%
1	129.603	3.207	505	700	0,5	8.970	6,9
2	80.474	3.215	500	452	0,5	5.182	6,2
3	58.939	3.177	516	407	0,6	4.882	8,3
4	101.478	3.199	499	566	0,5	6.945	6,6
5	130.343	3.194	497	753	0,5	8.785	6,4
6	111.053	3.203	497	627	0,5	7.511	6,4
7	86.331	3.213	506	504	0,6	5.778	6,4
8	74.813	3.205	505	420	0,5	5.152	6,2
9	74.292	3.176	506	453	0,6	5.853	7,2
10	54.882	3.192	504	330	0,6	3.871	6,6
11	134.939	3.198	506	740	0,5	9.582	6,8
NC				185		2.382	
Comunidad Madrid	1.037.147	3.185	503	6.137	0,5	74.893	6.5

Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

NC: No zonificados
 DE: Desviación estándar
 MBPN (<1.500): peso al nacer menor de 1.500 g. No incluye recién nacidos muertos
 BPN (<2.500): peso al nacer menor de 2.500 g

3.2. Mortalidad infantil

El concepto de mortalidad infantil se refiere a las defunciones durante el primer año de vida. Este indicador se puede desagregar en diferentes componentes: mortalidad neonatal precoz (periodo que abarca desde el momento de nacimiento hasta los 6 días de vida cumplidos); mortalidad neonatal tardía (7-27 días cumplidos); y mortalidad postneonatal (28-364 días cumplidos). Mientras que bajas tasas de mortalidad neonatal precoz se consideran un buen indicador de la atención sanitaria recibida durante el periodo perinatal, los demás componentes de la mortalidad infantil se reconocen como indicadores del nivel socioeconómico de una comunidad.

En conjunto, el total de muertes infantiles en el periodo 1986-2006 ha sido de 6.141, siendo el 56% de los fallecidos varones y el 44% mujeres.

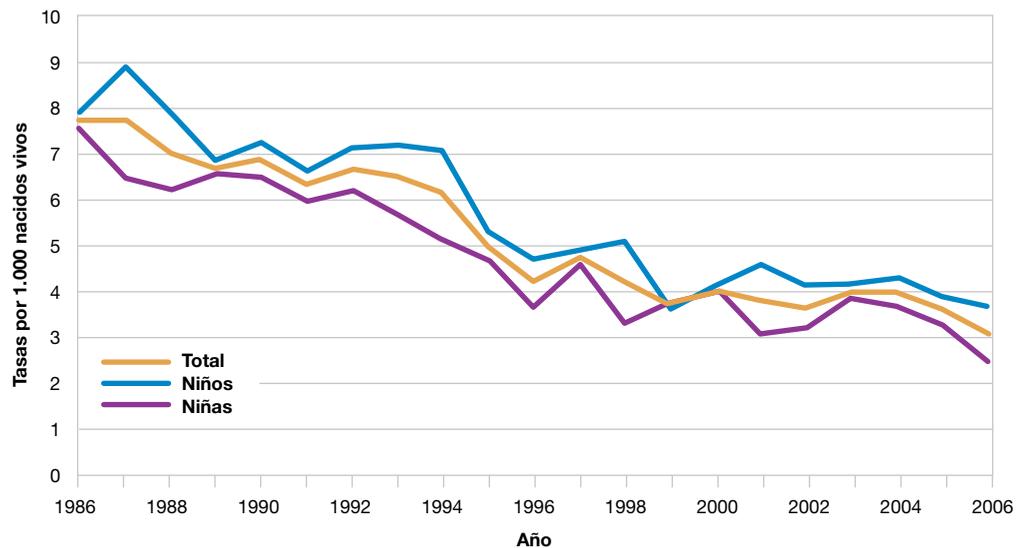
Si observamos las tasas de mortalidad infantil (figura 3.4), podremos apreciar el notable descenso experimentado por las mismas durante los años de estudio. Así, en dos décadas la mortalidad se ha reducido desde tasas que alcanzaban las 9 defunciones por cada 1.000 recién nacidos vivos, hasta tasas menores al 4 por 1.000. Al descomponer este indicador por sus principales componentes, observamos este mismo comportamiento (figuras 3.5. y 3.6).

Por sexos, en toda la serie estudiada se mantiene la proporción observada, siendo siempre más elevada la mortalidad en los varones. Este comportamiento diferenciado de las tasas para cada uno de los sexos se da también en los diferentes componentes de la mortalidad infantil.

Evolución de la mortalidad infantil

Figura 3.4. Evolución de la mortalidad infantil por sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Evolución de la mortalidad neonatal

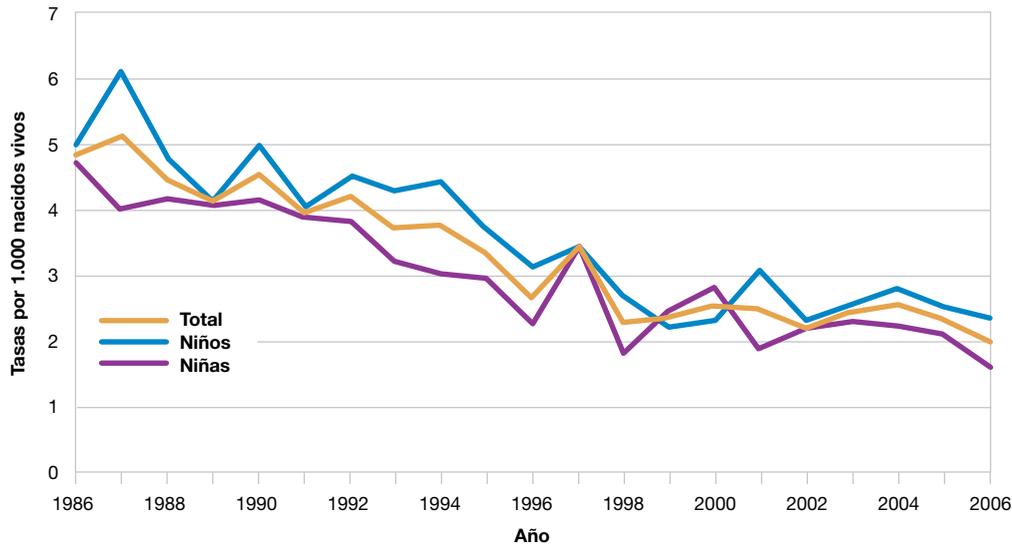
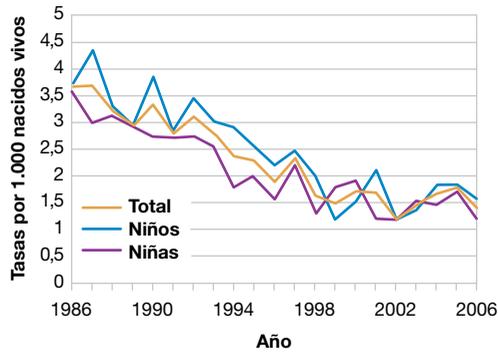


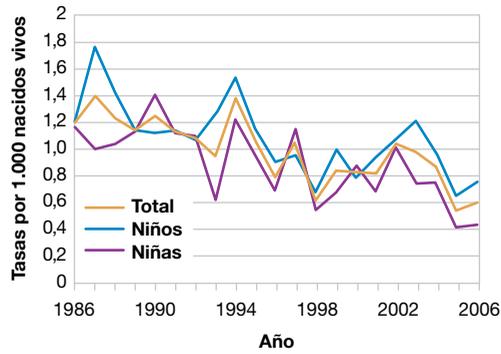
Figura 3.5. Evolución de la mortalidad neonatal por sexo: mortalidad neonatal precoz y mortalidad neonatal tardía. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Evolución de la mortalidad neonatal precoz



Evolución de la mortalidad neonatal tardía



Evolución de la mortalidad postneonatal

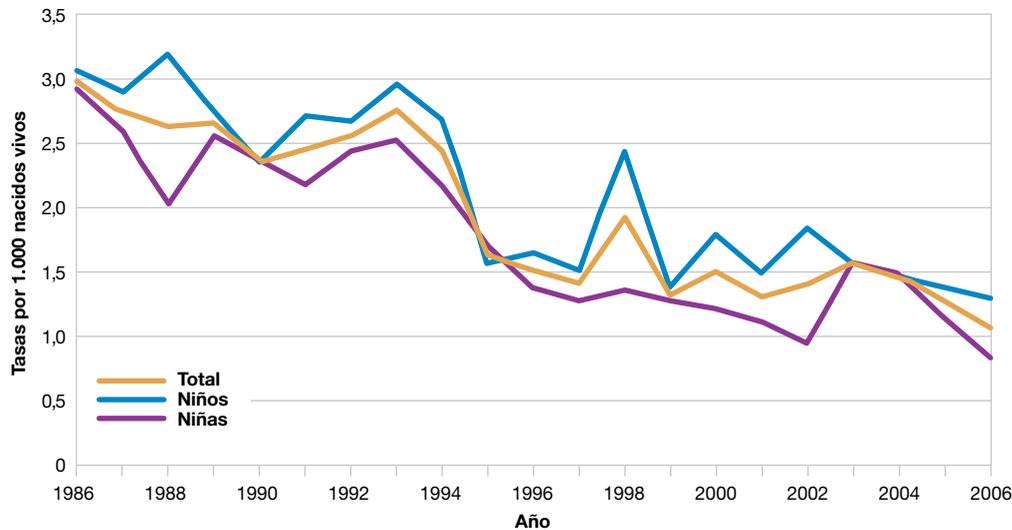


Figura 3.6. Evolución de la mortalidad postneonatal por sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

3.3. Mortalidad perinatal

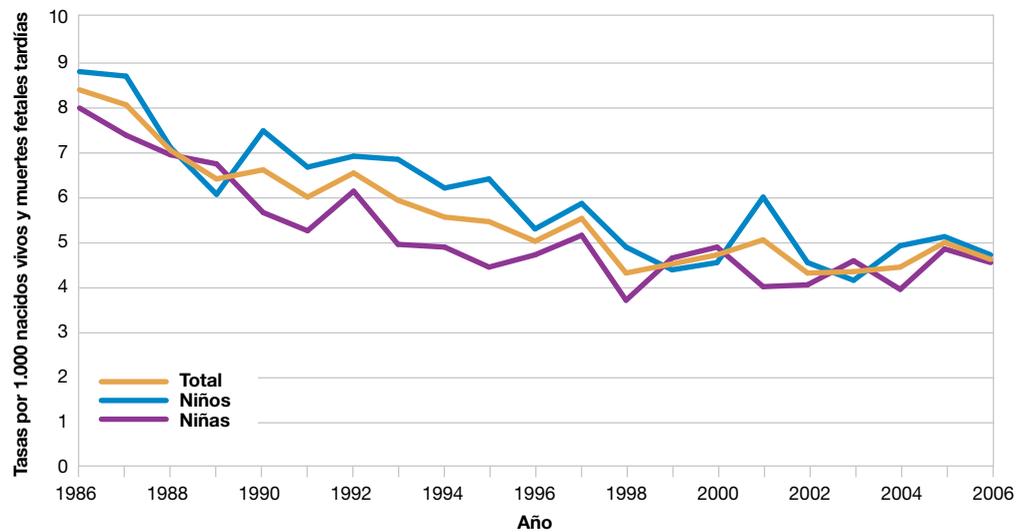
La mortalidad perinatal se define como el agregado de la mortalidad fetal tardía (tras la 22 semana de gestación) y la mortalidad neonatal precoz. La figura 3.7 muestra la evolución de las tasas de mortalidad perinatal durante el periodo 1986-2006.

En la tabla 3.4 podemos observar, para los años estudiados (1999-2006), las principales causas de mortalidad fetal tardía. Bajo la rúbrica 16 “ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal” quedan englobadas el 96% de las patologías causantes de muerte antes del nacimiento, fundamentalmente recogidas bajo los código 0822 (“complicaciones obstétricas”) y 0827 (“otras afecciones del periodo perinatal”). Así mismo en la tabla 3.5 podemos ver que las causas más prevalentes de mortalidad neonatal precoz están registradas bajo la misma rúbrica “ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal”.

Figura 3.7. Evolución de la mortalidad perinatal por sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2006

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Evolución de la mortalidad perinatal



CIE-10	Número de defunciones
00-Desconocido	4
16-XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.514
0821- Alteraciones asociadas a enfermedad de la madre	15
0822 - Complicaciones obstétricas	312
P021 - Otras formas de desprendimiento y hemorragia placentario	106
P025 - Otra compresión de cordón umbilical	102
Resto de causas P010-P039	103
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez, desnutrición	37
0824 - Traumatismo al nacimiento	1
0825 - Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer	127
0826 - Infección perinatal	4
0827 - Otras afecciones del periodo perinatal	1.018
P290 - Insuficiencia cardíaca neonatal	2
P291 - Disritmia cardíaca neonatal	72
P 503 - Hemorragia fetal hacia el otro gemelo	1
P508 - Otras pérdidas de sangre fetal	15
P550 - Incompatibilidad Rh del feto y del recién nacido	1
P610 - Trombocitopenia neonatal transitoria	1
P700 - Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional	2
P760 - Síndrome del tapón de meconio	1
P810 - Hipertermia del recién nacido inducida por condiciones ambientales	1
P832 - Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	11
P95 - Muerte fetal de causa no especificada	892
P964 - Terminación del embarazo, feto y recién nacido	2
P968 - Otras afecciones especificadas originadas en el periodo perinatal	1
P969 - Afección no especificada originada en el periodo perinatal	16
17-XVII. Malformaciones congénitas. Deformidades y anomalías cromosómicas	60
0830 - Malformaciones congénitas del sistema nervioso	4
0840 - Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	9
0851 - Anomalías cromosómicas	7
0852 - Otras malformaciones congénitas	40
Total	1.578

Tabla 3.4. Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

CIE-10	Número de defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1
II. Tumores	3
IV. Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales	2
VI. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	4
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	3
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	626
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	240
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos.	3
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1
Total	885

Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid, 1999-2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2007 el 83,4% de los niños de 0 a 4 años de edad fueron atendidos en Atención Primaria en el sistema sanitario público (tabla 3.6), no observándose diferencias por sexo. Las principales causas de morbilidad atendida en Atención Primaria están relacionadas con patología aguda (fundamentalmente del aparato respiratorio), y en segundo lugar con consultas referidas a problemas generales e inespecíficos (figura 3.8). Los episodios de consulta más frecuentes se han relacionado fundamentalmente con síntomas y procesos infecciosos, correspondiendo un 25,4% a infecciones respiratorias agudas superiores (tabla 3.7).

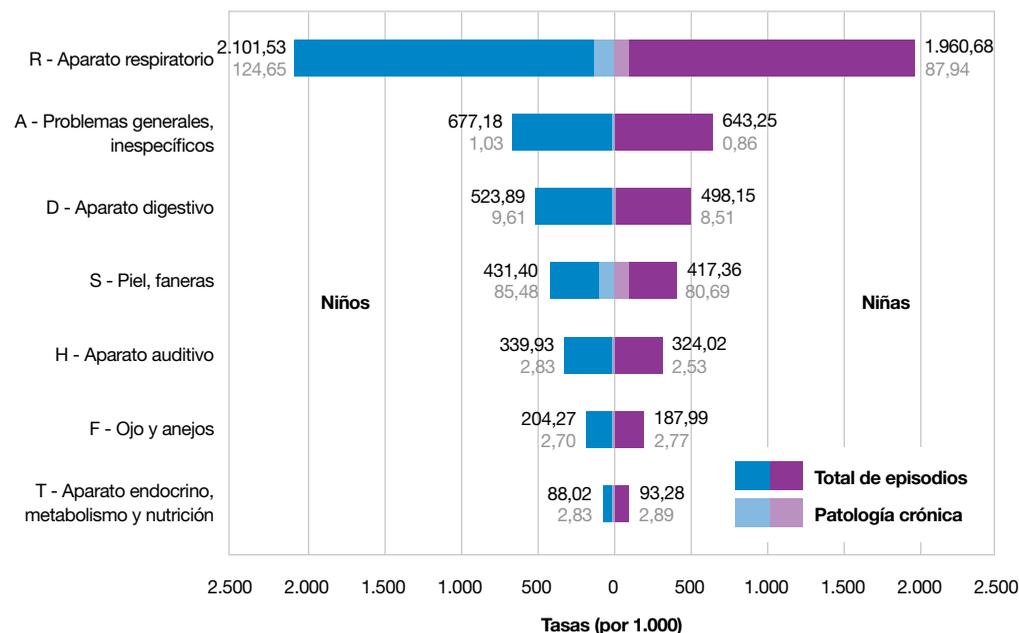
Tabla 3.6. Personas (% de población) de 0-4 años con historia activa en Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Área	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	18.048	88,6	16.993	88,0	35.041	88,3
2	8.188	80,9	7.912	80,3	16.100	80,6
3	10.415	86,8	9.745	85,9	20.160	86,4
4	12.948	83,1	12.336	82,6	25.284	82,9
5	17.238	81,5	16.115	80,7	33.353	81,1
6	18.769	82,8	17.591	81,4	36.360	82,2
7	7.934	65,3	7.433	63,7	15.367	64,5
8	11.199	84,4	10.463	83,6	21.662	84,0
9	11.263	93,6	10.582	93,0	21.845	93,3
10	9.598	85,9	8.995	85,1	18.593	85,5
11	20.784	85,9	19.618	85,1	40.402	85,5
CM	146.384	83,8	137.783	82,9	284.167	83,4

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 3.8. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



	N	Total		Niños		Niñas		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74 - Infección respiratoria aguda superior	396.387	25,4	1	1.162,7	1	1.164,2	1	1.161,1
A03 - Fiebre	86.087	5,5	2	252,5	3	256,6	2	248,2
H71 - Otitis media/miringitis aguda	85.357	5,5	3	250,4	2	260,6	3	239,6
D73 - Infección intestinal inespecífica	68.250	4,4	4	200,2	5	209,4	4	190,5
R78 - Bronquitis/bronquiolitis aguda	64.859	4,2	5	190,2	4	211,7	5	167,7
R05 - Tos	56.492	3,6	6	165,7	6	167,7	6	163,6
A97 - Sin enfermedad	45.711	2,9	7	134,1	7	136,4	7	131,7
R76 - Amigdalitis aguda	39.319	2,5	8	115,3	9	121,4	8	108,9
R77 - Laringitis/traqueítis aguda	38.665	2,5	9	113,4	8	123,7	9	102,6
R96 - Asma	31.324	2,0	10	91,9	10	108,0	13	74,9
R72 - Faringitis/amigdalitis estreptocócica	31.201	2,0	11	91,5	11	97,6	10	85,1
F71 - Conjuntivitis alérgica	28.747	1,8	12	84,3	12	89,2	12	79,2
A77 - Otras enfermedades virales no especificadas	28.588	1,8	13	83,9	13	84,3	11	83,4
S87 - Dermatitis/eccema atópico	22.092	1,4	14	64,8	14	66,7	15	62,8
S88 - Dermatitis de contacto/alérgica	21.695	1,4	15	63,6	15	62,4	14	64,9
Total	1.560.657	100,0		4.577,8		4.740,1		4.407,1

Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

3.5. Morbilidad hospitalaria

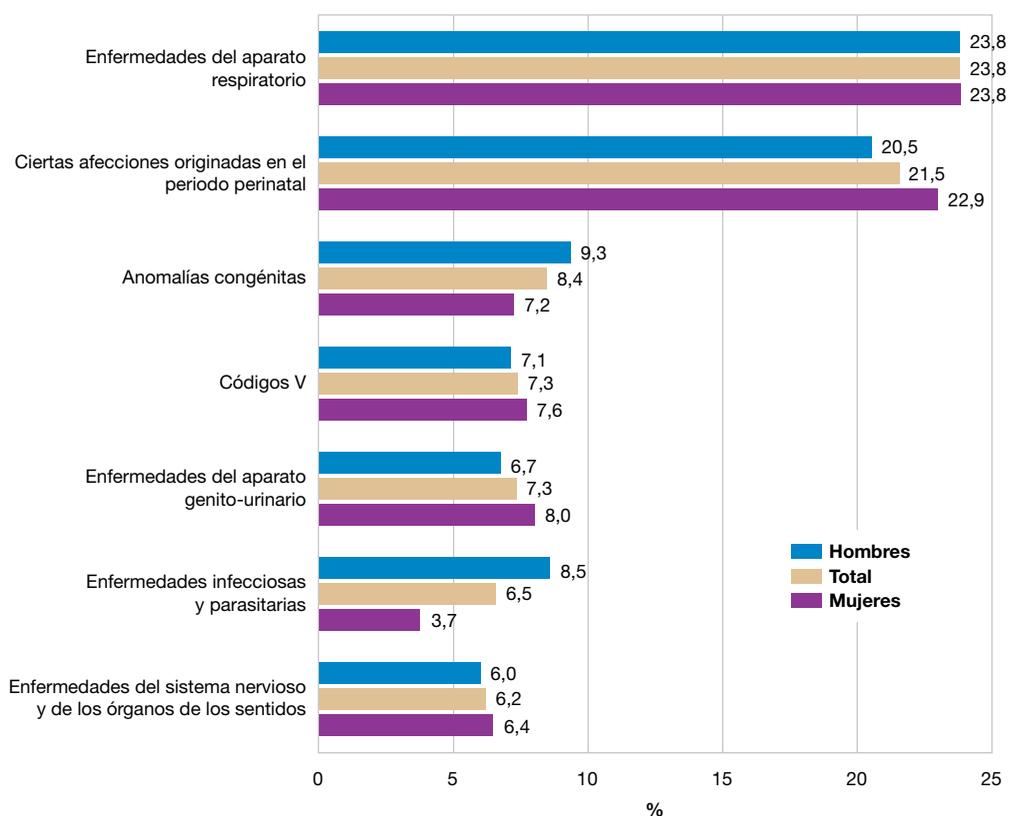
En el grupo de edad de 0-4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, seguidas por las afecciones perinatales (tabla 3.8). En niños destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo la proporción mayor que en niñas (figura 3.9). Para el resto de causas no se observan diferencias por sexo en este grupo de edad.

Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

	N	Tasa
Total	50.107	147,33
Enfermedades del aparato respiratorio	11.918	35,04
Afecciones perinatales	10.782	31,70
Anomalías congénitas	4.210	12,38
Enfermedades del aparato digestivo	3.679	10,69
Códigos V	3.636	10,82
Enfermedades del aparato genitourinario	3.260	9,59
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.085	9,07

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 3.9. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.



Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

La bronquiolitis es una infección respiratoria de etiología vírica que afecta especialmente a los lactantes y niños menores de dos años, en los que puede provocar cuadros graves. A lo largo de 2007 se produjeron 2.512 altas hospitalarias por bronquiolitis, de las cuales 2.349 correspondieron a menores de un año de edad (93,5%) y en el 55,4% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Las bronquiolitis que requirieron ingreso fueron más frecuentes en los tres primeros meses de vida y entre los varones (figura 3.10.) y presentaron un claro incremento durante los meses de noviembre y diciembre (figura 3.11), a expensas fundamentalmente de las producidas por el VRS.

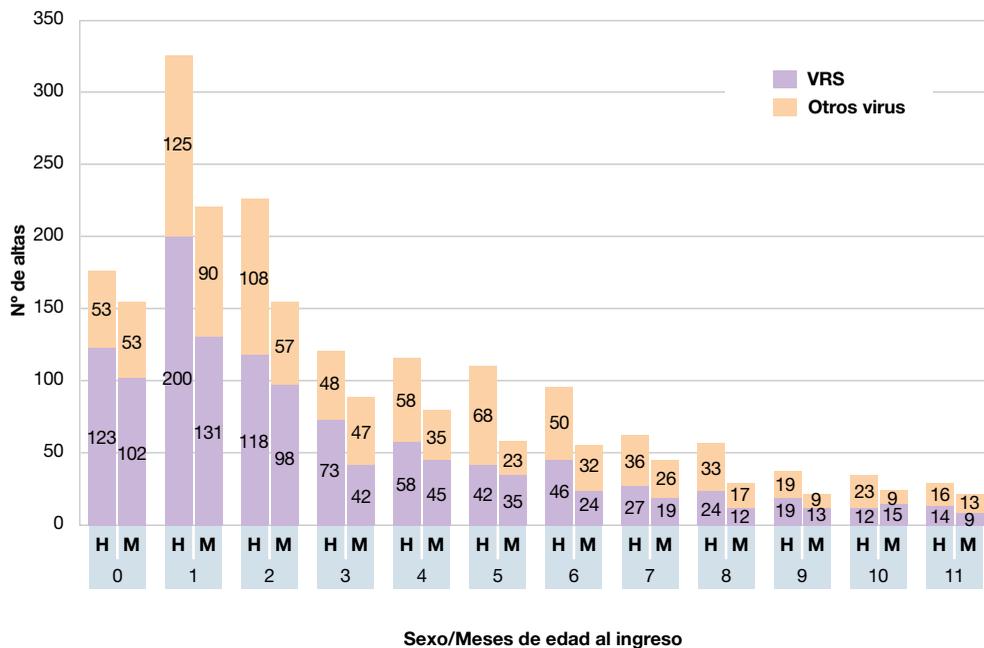


Figura 3.10. Altas hospitalarias por bronquiolitis en menores de un año según sexo, edad y etiología. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

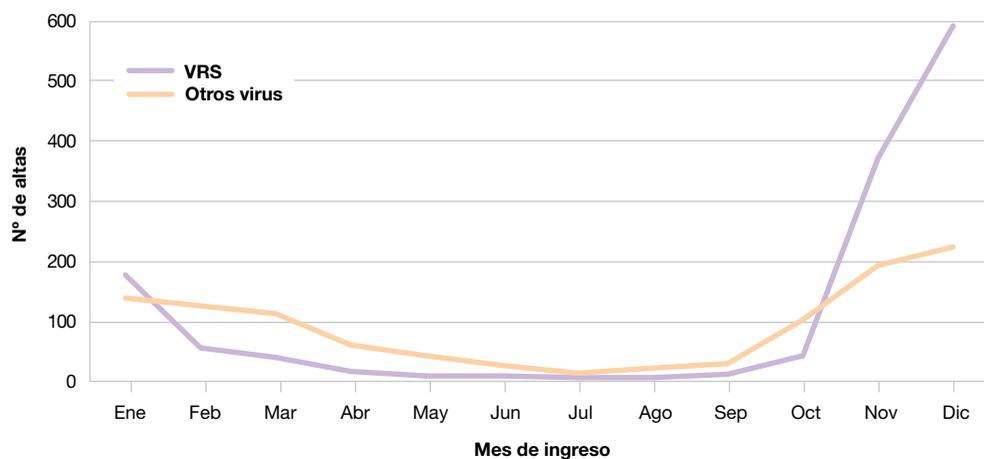


Figura 3.11. Altas hospitalarias por bronquiolitis en menores de un año, distribución mensual según etiología. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

3.6. Conclusiones y recomendaciones

Tras analizar los principales indicadores generales al nacimiento desde el año 1986 hasta el 2006, se observa en la Comunidad de Madrid un aumento del número de partos atendidos, fundamentalmente desde el año 1998. Este aumento es en términos relativos, mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples y partos distócicos atendidos. La tasa de mortalidad en las primeras 24 horas registrada en este año es la menor del periodo analizado.

La mortalidad infantil registrada en el año 2006 es de 3,04 por mil nacidos vivos, siendo ésta la menor tasa observada en la Comunidad de Madrid hasta la actualidad. Las principales causas siguen siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Cuatro de cada cinco niños de 0 a 4 años acudió en 2007 a los centros de Atención Primaria, con un total de más de un millón y medio de episodios de enfermedad, de los cuales el 25,4% correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda superior. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, que supusieron el 23,8% sobre un total de 50.107 altas.

Los indicadores analizados son adecuados y contemplan la adecuada atención pregestacional, a lo largo del embarazo y durante los primeros años de vida.

Es necesario priorizar programas preventivos centrados en la etapa preconcepcional y gestacional que garanticen la adecuada información, el consejo genético y el cribado de patologías. Estas actividades deberán incorporar las innovaciones tecnológicas de probada utilidad, así como adecuarse a las características reales de nuestra población, tomando en consideración los cambios sociodemográficos que están teniendo lugar (inmigración, aumento de las gestantes de más edad...) y que pueden suponer modificaciones en los factores de riesgo tradicionalmente tenidos en cuenta. Deberá garantizarse la máxima cobertura posible, incidiendo especialmente en alcanzar a la población más desfavorecida.

También deberán priorizarse las actividades destinadas a disminuir las enfermedades transmisibles que afectan al aparato respiratorio, que son las causantes de la mayor parte de la morbilidad en los más pequeños. En este aspecto tanto la vacunación en el caso de patologías inmunoprevenibles como las campañas informativas sobre la forma de prevenir la transmisión, podrían repercutir directamente en la disminución de su incidencia.