

Madrid

2007

Informe

del Estado de Salud de la Población  
de la 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.*

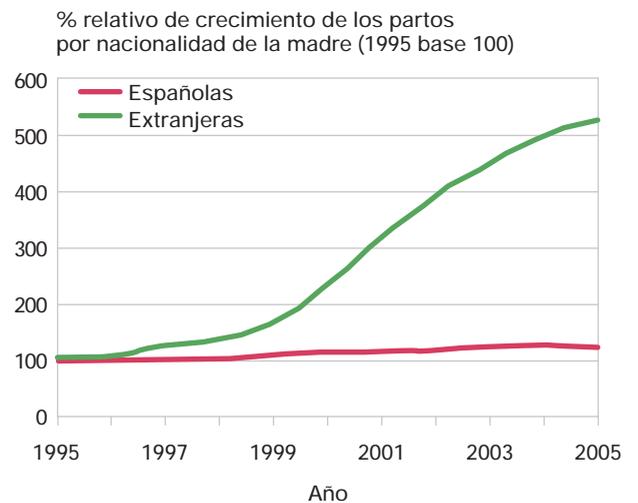
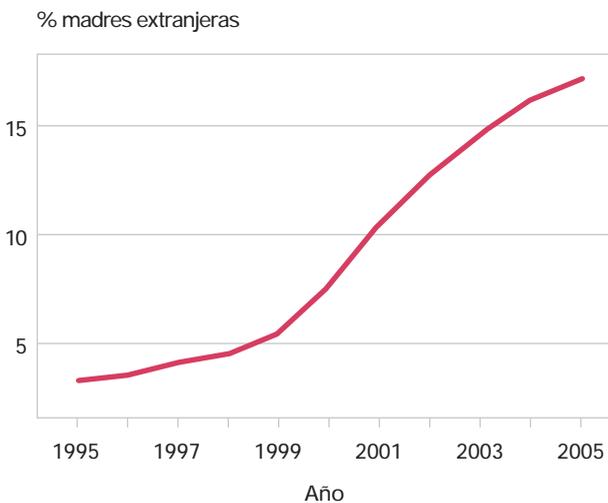
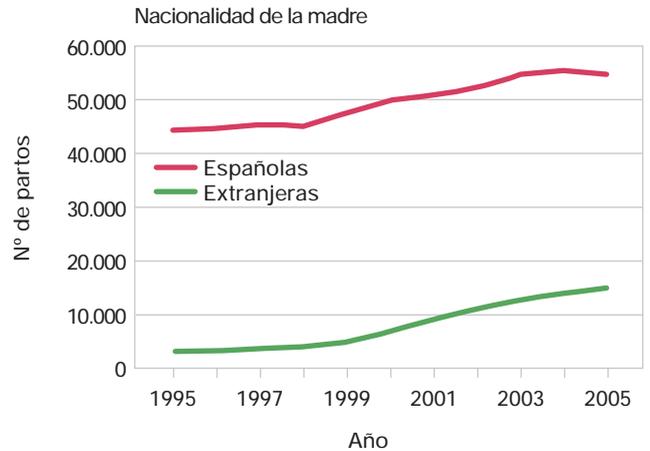
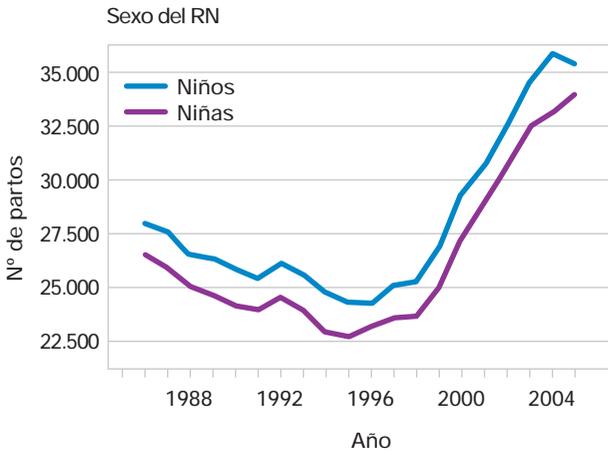
### 3.1. Indicadores generales al nacimiento

Durante el periodo analizado 1986-2005 se evidencia un aumento en el nº de partos fundamentalmente desde el año 1998 (figura 3.1). Como puede observarse el aumento se produce tanto en hijos nacidos de madres españolas como extranjeras, sin embargo en términos relativos el aumento de los nacidos de madre no española es muy importante. Se objetiva también un aumento del nº de los partos múltiples y de la edad media de las madres, así el % de madres mayores de 40 años en el año 2005 es del 4%.

Las principales características de los partos y su evolución en el tiempo se observan en la tabla 3.1. En la tabla 3.2 se analizan estos indicadores por Área de Salud.

**Figura 3.1. Evolución del nº de partos por sexo del RN (nacidos vivos) y nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Partos múltiples, prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad 1ª 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Evolución 1986-2005 de las características de los embarazos y partos											
	Partos múltiples		Prematuridad		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad 1ª 24 horas	
	N	%	N	%	N	%	> de 40 años		< de 20 años		N	Tasa por mil
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	1579	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

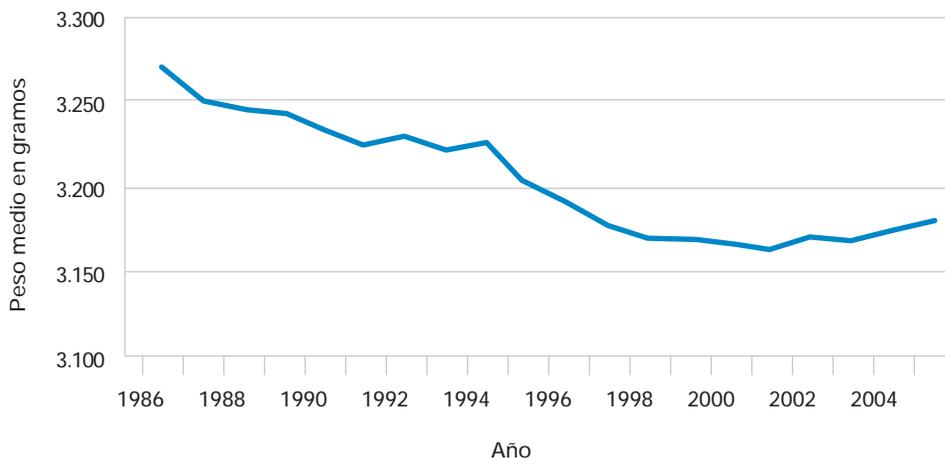
**Tabla 3.2. Características de los partos por Área de Salud: Partos múltiples, prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad 1ª 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Características de los partos por Áreas de Salud, 1986-2005											
	Partos múltiples		Prematuridad		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad 1ª 24 horas	
	N	%	N	%	N	%	> de 40 años		< de 20 años		N	Tasa por mil
1	963	0,76	9.120	7,16	15.275	11,99	3.342	2,62	4.019	3,15	136	1,07
2	3.359	4,22	5.884	7,40	9.783	12,30	2.389	3,00	1.099	1,38	110	1,38
3	2.311	3,66	6.748	10,70	6.295	9,98	1.225	1,94	1.983	3,14	97	1,54
4	1.585	1,60	7.393	7,46	12.582	12,70	2.956	2,98	2.340	2,36	111	1,12
5	2.742	2,13	9.820	7,62	15.484	12,02	3.790	2,94	2.778	2,16	150	1,16
6	3.538	3,25	8.577	7,87	12.007	11,02	3.592	3,30	1.435	1,32	117	1,07
7	3.632	4,22	6.321	7,34	11.038	12,82	2.905	3,37	2.325	2,70	141	1,64
8	2.280	2,95	6.733	8,72	8.358	10,82	1.730	2,24	1.736	2,25	62	0,80
9	1.936	2,52	8.157	10,64	8.602	11,22	1.281	1,67	1.749	2,28	32	0,42
10	1.962	3,62	4.497	8,29	5.701	10,51	1.015	1,87	1.589	2,93	46	0,85
11	1.354	1,04	9.786	7,49	15.869	12,14	3.284	2,51	4.228	3,24	158	1,21
NC	963	1,77	3.838	7,04	4.191	7,68	1.326	0,12	2.431	0,22	110	0,10

### 3.1.1. Peso al nacimiento

El peso medio al nacimiento durante los años estudiados es de 3.197 gramos (DE 507). La evolución en el tiempo, evidencia una ligera disminución del peso de los RN de madres españolas en relación con las no españolas, en posible relación con las características socio-demográficas, fundamentalmente edad, de las madres (figura 3.2). El análisis de media de peso al nacimiento y % de RN de bajo peso al nacer por Área de Salud se muestra en la tabla 3.3. La evolución de estos indicadores por nacionalidad de la madre se muestra en la figura 3.3 (1995 fecha desde la que se recoge la nacionalidad).



**Figura 3.2. Evolución del peso medio al nacimiento. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Áreas de Salud	Nº de partos	Peso medio (gramos)	DE	Bajo peso al nacer			
				MBPN (<1.500)		BPN(<2.500)	
				N	%	N	%
1	122.201	3.205	511	2.013	1,6	8.884	7,3
2	76.665	3.213	505	1.325	1,7	5.216	6,8
3	54.981	3.175	519	2.018	3,7	4.796	8,7
4	95.677	3.197	504	1.599	1,7	7.014	7,3
5	122.538	3.191	503	2.300	1,9	8.968	7,3
6	102.829	3.201	501	1.834	1,8	7.362	7,2
7	82.283	3.210	511	1.638	2,0	5.909	7,2
8	69.910	3.203	508	2.159	3,1	5.032	7,2
9	69.602	3.175	505	1.859	2,7	5.633	8,1
10	50.972	3.190	506	1.081	2,1	3.720	7,3
11	125.591	3.197	507	2.173	1,7	9.544	7,6
No codificado área				2.277	0,2	2.789	0,3
Comunidad de Madrid	973.249	3.197	507	22.276	1,7	74.867	7,7

**Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

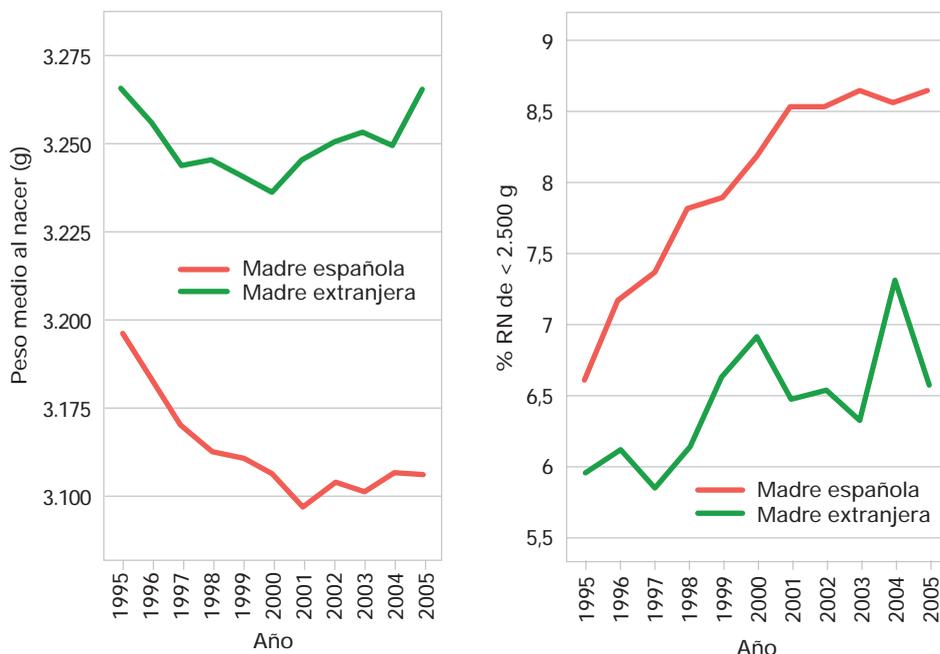
DE: Desviación Estándar

MBPN (<1500): peso al nacer menor de 1.500 g.

BPN (< de 2500): peso al nacer menor de 2.500 g.

**Figura 3.3. Peso al nacimiento: evolución del peso medio y del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2500 g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2005**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



### 3.2. Mortalidad infantil

Actualmente, la mortalidad infantil sigue considerándose como un buen indicador del nivel socioeconómico de una comunidad, así como la mortalidad neonatal precoz es un buen indicador sanitario. Otros investigadores también señalan que la mortalidad neonatal puede ser un indicador válido para medir la calidad de las atenciones recibidas durante el período perinatal. Por este motivo resulta útil realizar un análisis periódico de estos indicadores para ver su evolución en el tiempo.

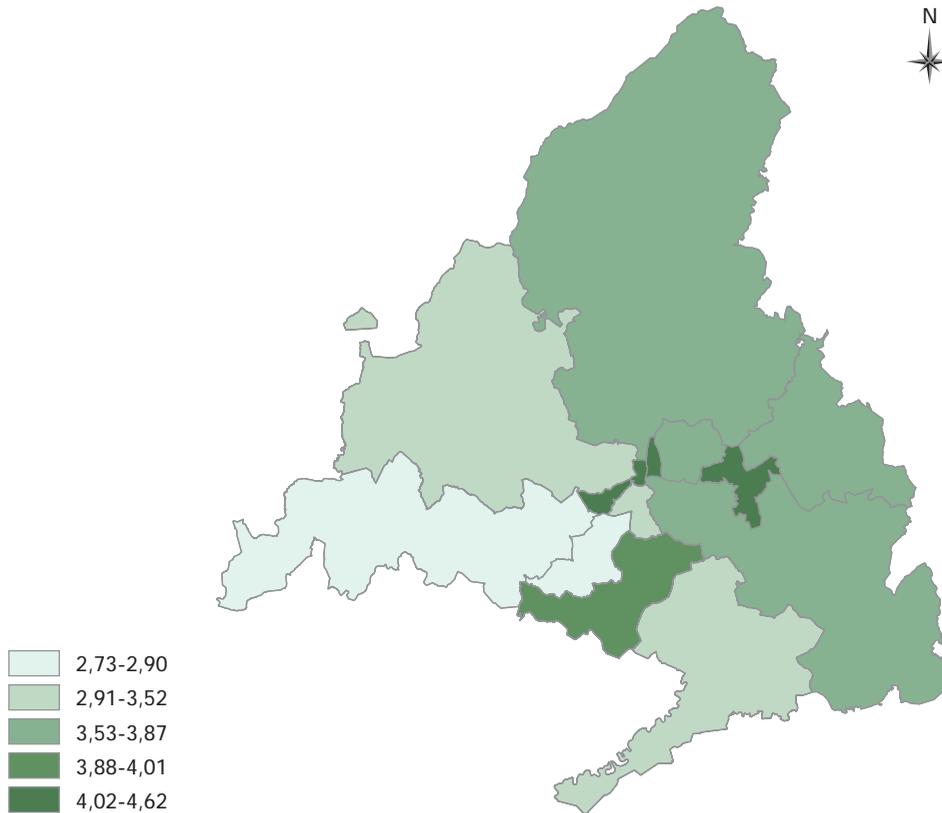
La evolución de la mortalidad infantil en la Comunidad de Madrid es similar a la de España, aunque se sitúa siempre en valores más bajos. La tasa de mortalidad infantil y sus componentes continuaron disminuyendo durante las décadas de los ochenta y noventa, aunque no de manera tan pronunciada como en las anteriores. A continuación se analizan las tendencias de la mortalidad infantil y de sus componentes (neonatal, neonatal precoz, neonatal tardía y posneonatal) de los residentes en la Comunidad de Madrid, entre los años 1986 y 2005.

Durante el periodo analizado 1986-2005, han fallecido en la Comunidad de Madrid un total de 4.923 menores de un año de edad, de ellos 2.163 mujeres (46%) y 2.760 hombres (54%). La tasa de mortalidad infantil en el año 2005 fue de 3,58 por mil nacidos vivos. Se trata de la tasa de mortalidad infantil más baja de la serie estudiada. El análisis geográfico revela que en el periodo 1999-2005 la mortalidad infantil por Área de Salud oscila entre 2,73 y 4,62 (figura 3.4).



**Figura 3.4. Mortalidad infantil, por Áreas de Salud. Tasa por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Unidad de Análisis Geográfico.



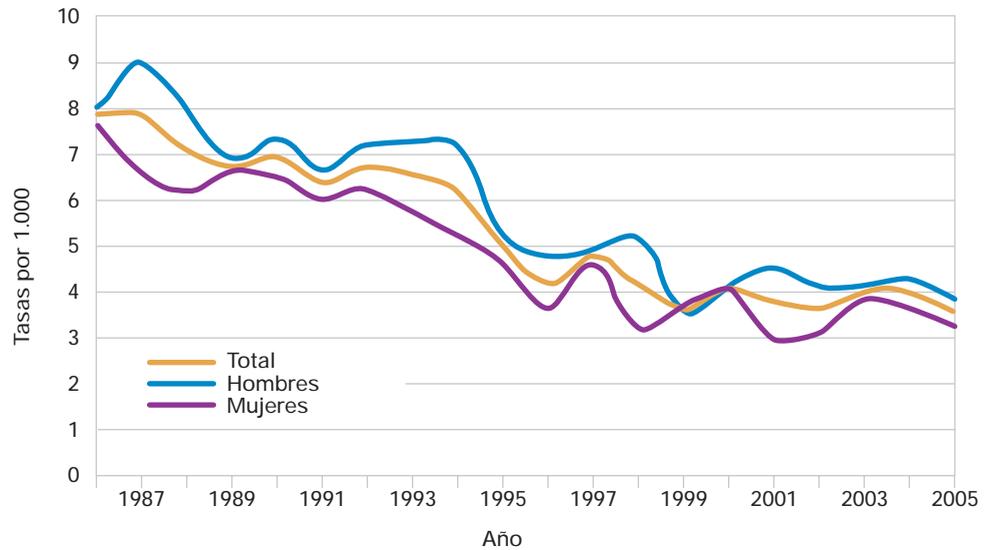
Las tasas de mortalidad infantil calculadas para cada uno de los años estudiados oscilan entre 7,85 por 1.000 nacidos vivos el año 1986, y 3,58 en el año 2005 (figura 3.5).

Los niños presentan tasas de mortalidad infantil más elevadas que las niñas durante todo el periodo estudiado. Este comportamiento diferenciado de las tasas para cada uno de los sexos se da también en las componentes de la mortalidad infantil.

Los hijos de madres procedentes de otros países tienen una mortalidad infantil inferior a los nacidos de madres españolas (figura 3.6). La tasa de mortalidad infantil en hijos de madres no españolas es inferior en casi 2 puntos a la mortalidad en hijos de españolas, este hecho, ya reportado también en otros países, puede estar relacionado con la edad, más jóvenes las no españolas, y el posible efecto condicionante de su presencia en España, el trabajo, asociado a indicadores de salud en mujeres sanas.

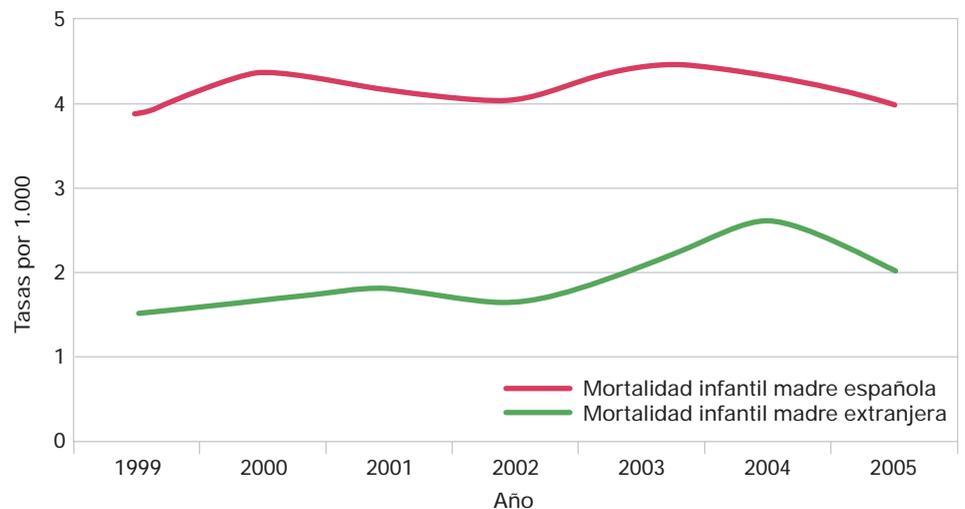
**Figura 3.5. Evolución de la mortalidad infantil por sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



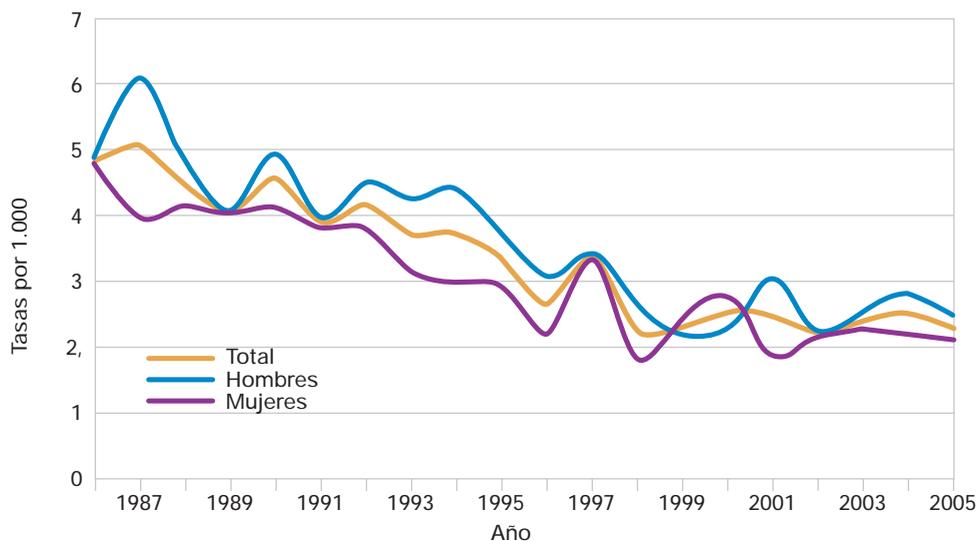
**Figura 3.6. Evolución de la mortalidad infantil por nacionalidad de la madre. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



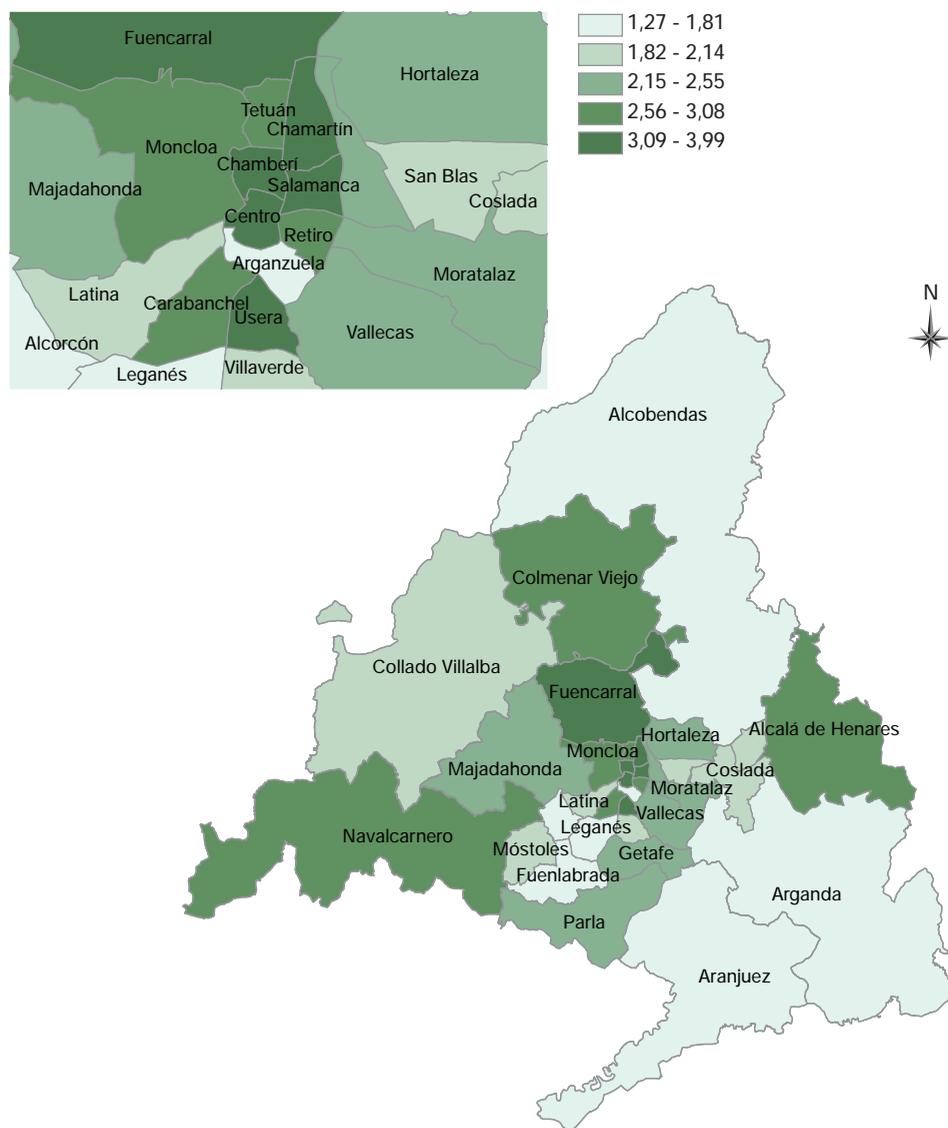
Las tendencias generales de la tasa de mortalidad neonatal, son descendentes (figuras 3.7 a 3.12).

Las tasas de mortalidad posneonatal presentan un comportamiento más estable durante los 18 años estudiados. Únicamente se observa un aumento en el año 1998, con un valor de 1,93 muertes por 1.000 nacidos vivos. Este incremento se hace notar más en niños que en niñas. Asimismo, se percibe un estancamiento de la mortalidad posneonatal en el último período definido, concretamente en los años 1998 y 2004. En el 2005 se observa un ligero descenso llegando a alcanzar la tasa más baja de todo el periodo de estudio (1,27 defunciones por 1.000 nacidos vivos) (figuras 3.13 y 3.14).



**Figura 3.7. Evolución de la mortalidad neonatal por sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

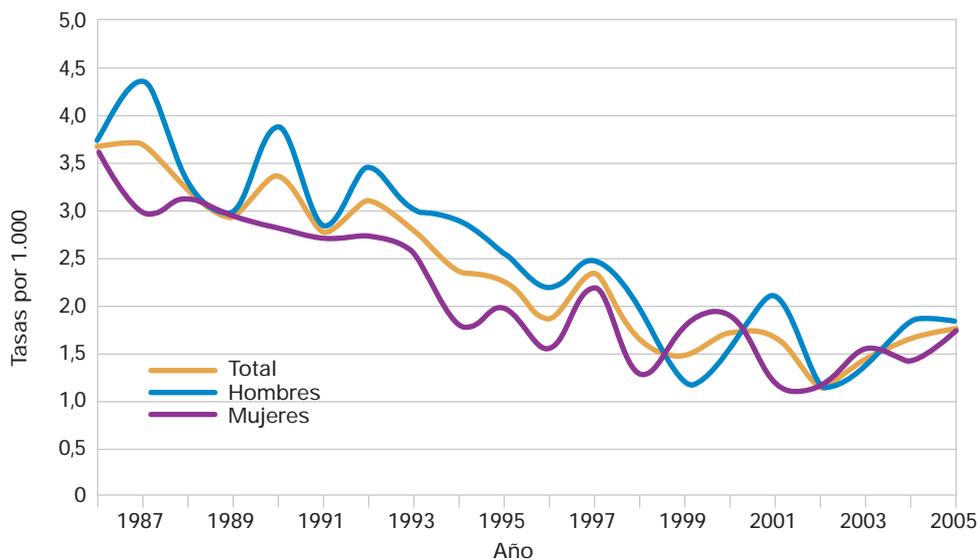


**Figura 3.8. Mortalidad neonatal por Distrito de Salud. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

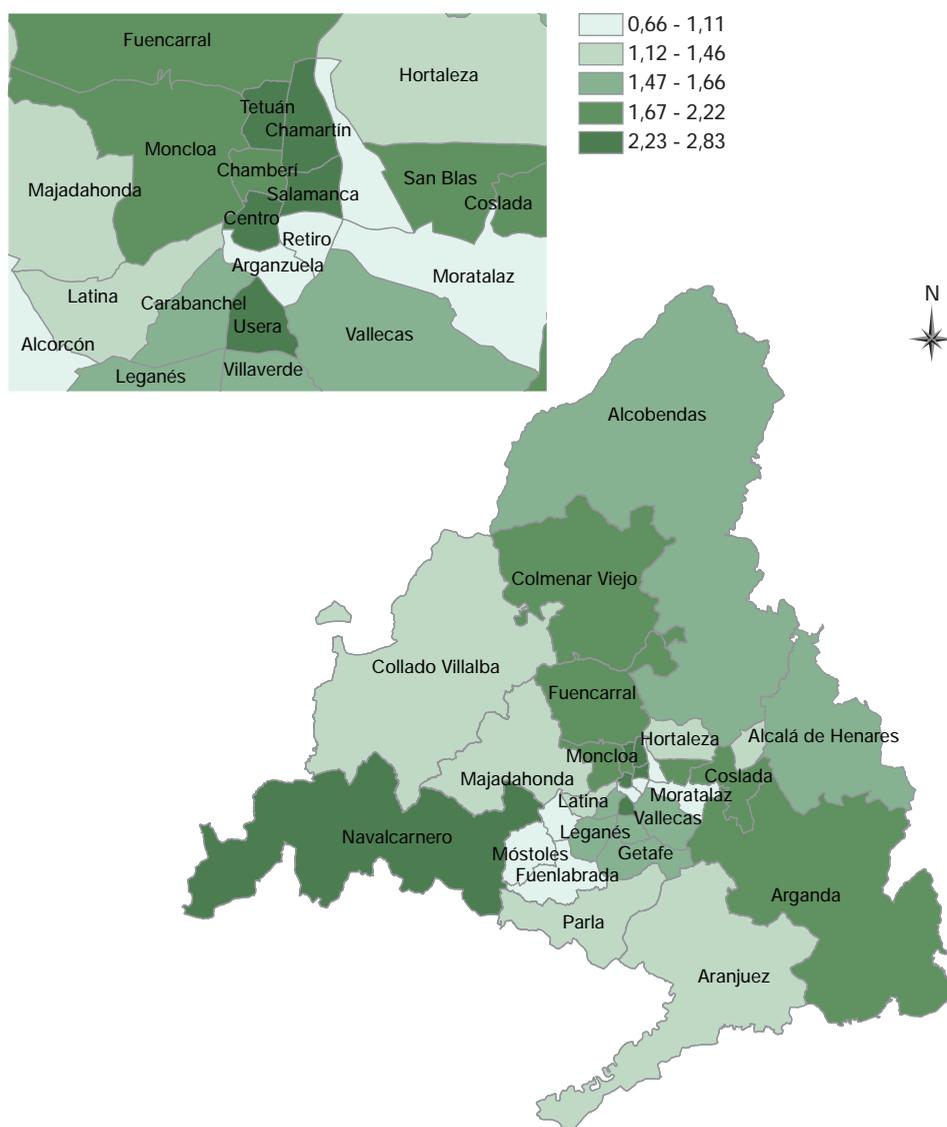
**Figura 3.9. Evolución de la mortalidad neonatal precoz por sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

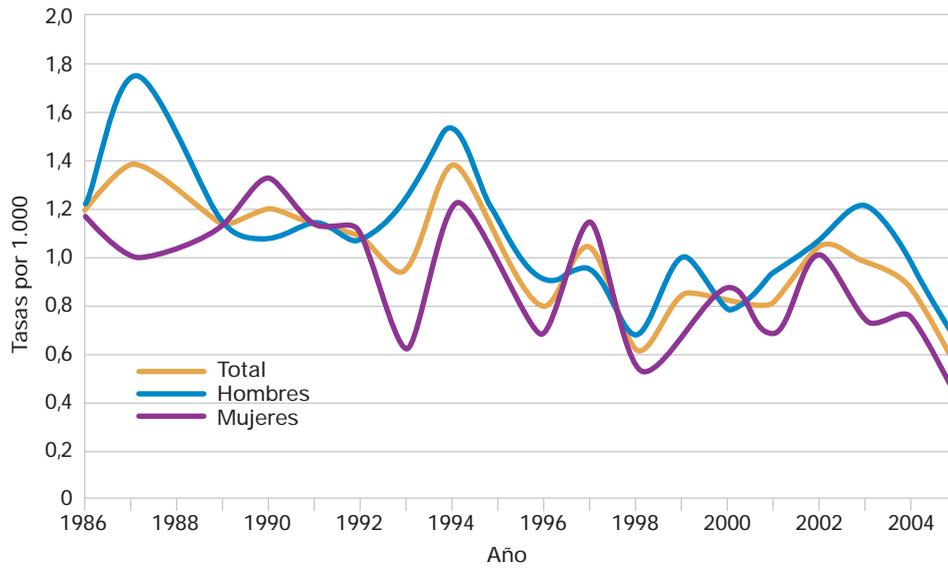
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Figura 3.10. Mortalidad neonatal precoz por Distrito de Salud. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

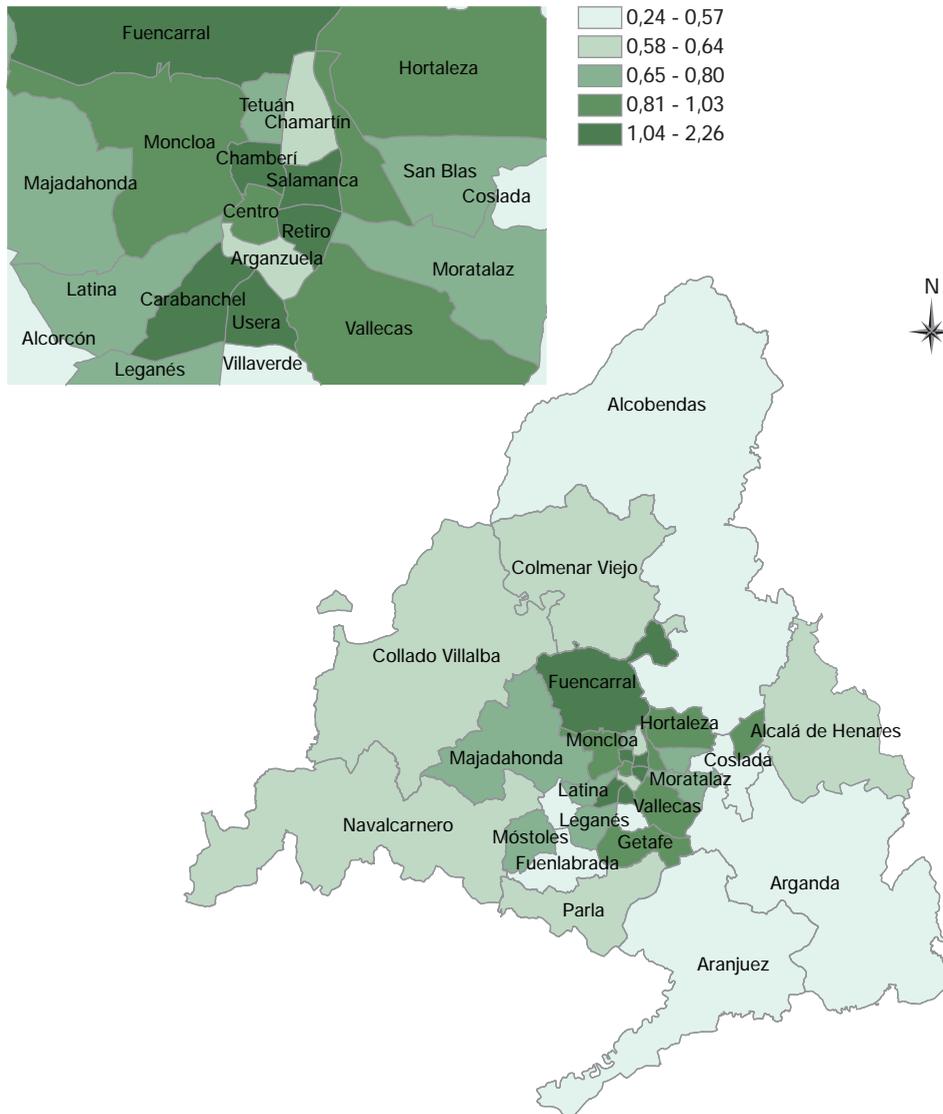
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.





**Figura 3.11. Evolución de la mortalidad neonatal tardía por sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

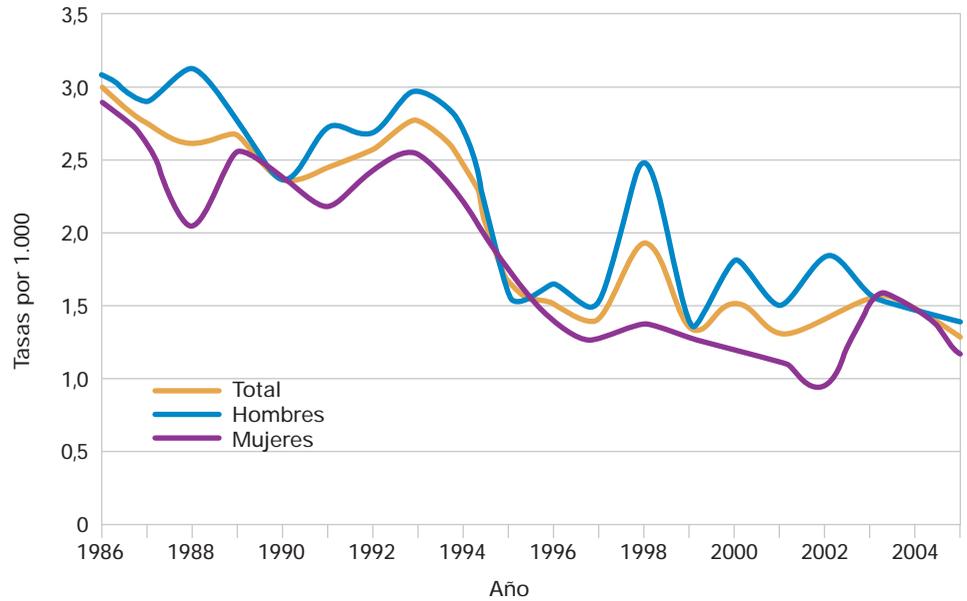


**Figura 3.12. Mortalidad neonatal tardía por Distrito de Salud. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

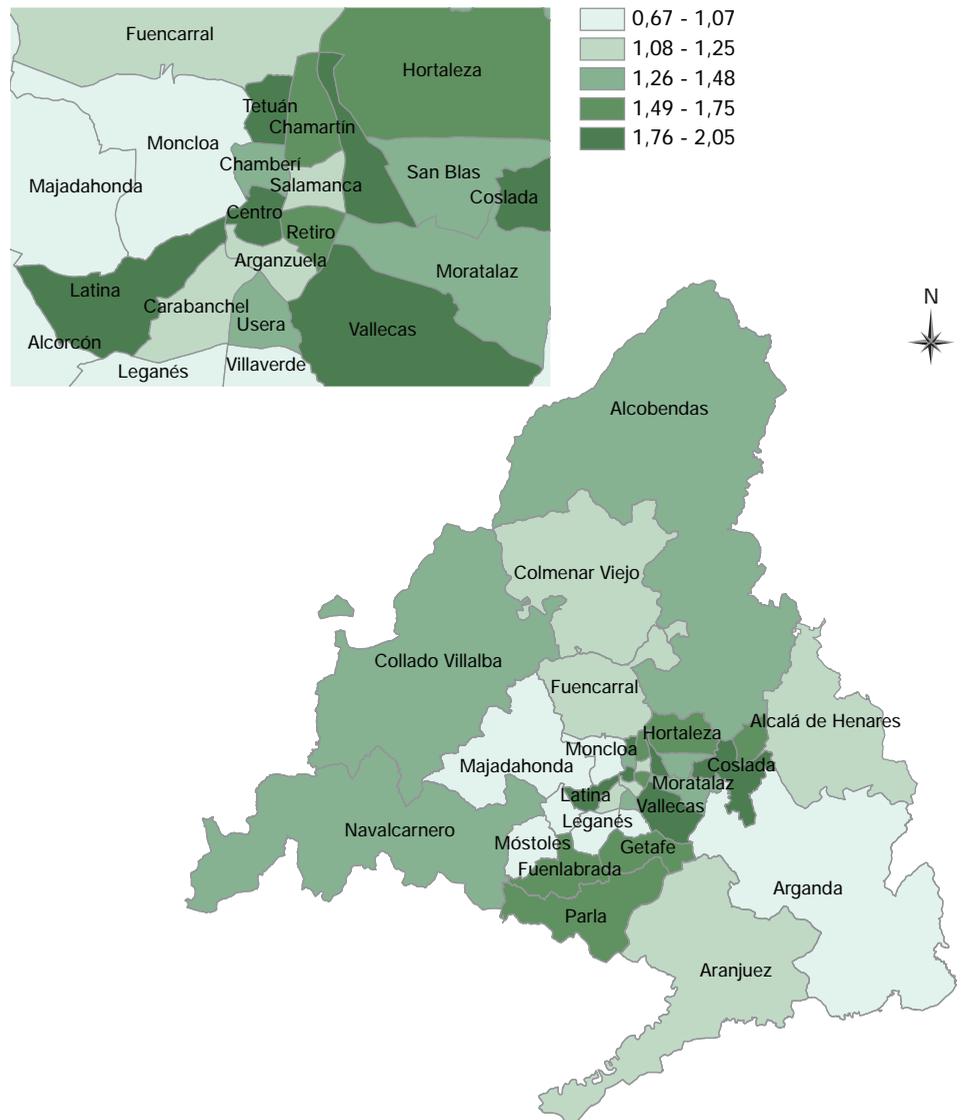
**Figura 3.13. Evolución de la mortalidad postneonatal. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Figura 3.14. Mortalidad postneonatal, por Distrito de Salud. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



### 3.3. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es uno de los indicadores que analizan la mortalidad fetal tardía (después de las 22 semanas), los nacidos muertos y la mortalidad que se produce en nacidos vivos hasta el 7º día de vida. La primera causa de muerte por grandes grupos de causa es la rúbrica 16 "ciertas afecciones del periodo perinatal", patologías que han experimentado una tendencia creciente en los últimos años pasando de 195 en 1999 a 301 en el 2005. La segunda causa de muerte son las alteraciones cromosómicas (tablas 3.4 y 3.5). La distribución de este indicador por Área y Distrito de Salud puede verse en las tablas 3.6 y 3.7 y la figura 3.15.

CIE-10	Número defunciones
00 - Desconocido	4
<b>16 - XVI. Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal</b>	<b>1.246</b>
0821 - Alteraciones asociadas a enfermedad madre	12
0822 - Complicaciones obstétricas	259
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez, desnutrición	25
0824 - Traumatismo al nacimiento	1
0825 - Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer	111
P200 - Hipoxia intrauterina antes inicio trabajo de parto	2
P209 - Hipoxia intrauterina, no especificada	106
P285 - Insuficiencia respiratoria del recién nacido	2
P288 - Otros problemas respiratorios especificados del recién nacido	1
0826 - Infección perinatal	3
0827 - Otras afecciones periodo perinatal	835
P290 - Insuficiencia cardíaca neonatal	2
P291 - Disritmia cardíaca neonatal	61
P503 - Hemorragia fetal hacia el otro gemelo	1
P508 - Otras pérdidas de sangre fetal	12
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 las condiciones ambientales	1
P832 - Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	9
P95 - Muerte fetal de causa no especificada	725
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
<b>17 - XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	<b>50</b>
0830 - Malformaciones congénitas sistema nervioso	4
0840 - Malformaciones congénitas sistema circulatorio	8
0851 - Anomalías cromosómicas	5
0852 - Otras malformaciones congénitas	33
Q330 - Quiste pulmonar congénito	1
Q336 - Hipoplasia y displasia pulmonar	1
Q411 - Ausencia, atresia y estenosis congénita del yeyuno	1
Q459 - Malformación congénita del sistema digestivo, no especificada	1
Q606 - Síndrome de Potter	1
Q790 - Hernia diafragmática congénita	2
Q871 - Síndromes de malformaciones congénitas por estatura baja	1
Q897 - Malformaciones congénitas múltiples, NC en otra parte	7
Q899 - Malformación congénita, no especificada	18
<b>Total</b>	<b>1.300</b>

**Tabla 3.4. Mortalidad perinatal: nacidos muertos, por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

**Tabla 3.5. Mortalidad perinatal: nacidos vivos fallecidos antes del 7º día, por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIE-10	Número defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1
II. Tumores	1
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas	1
VI. Enfermedades del sistema nervioso	4
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	3
XVI. Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal	509
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades. Anomalías cromosómicas	160
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	3
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1
<b>Total</b>	<b>683</b>

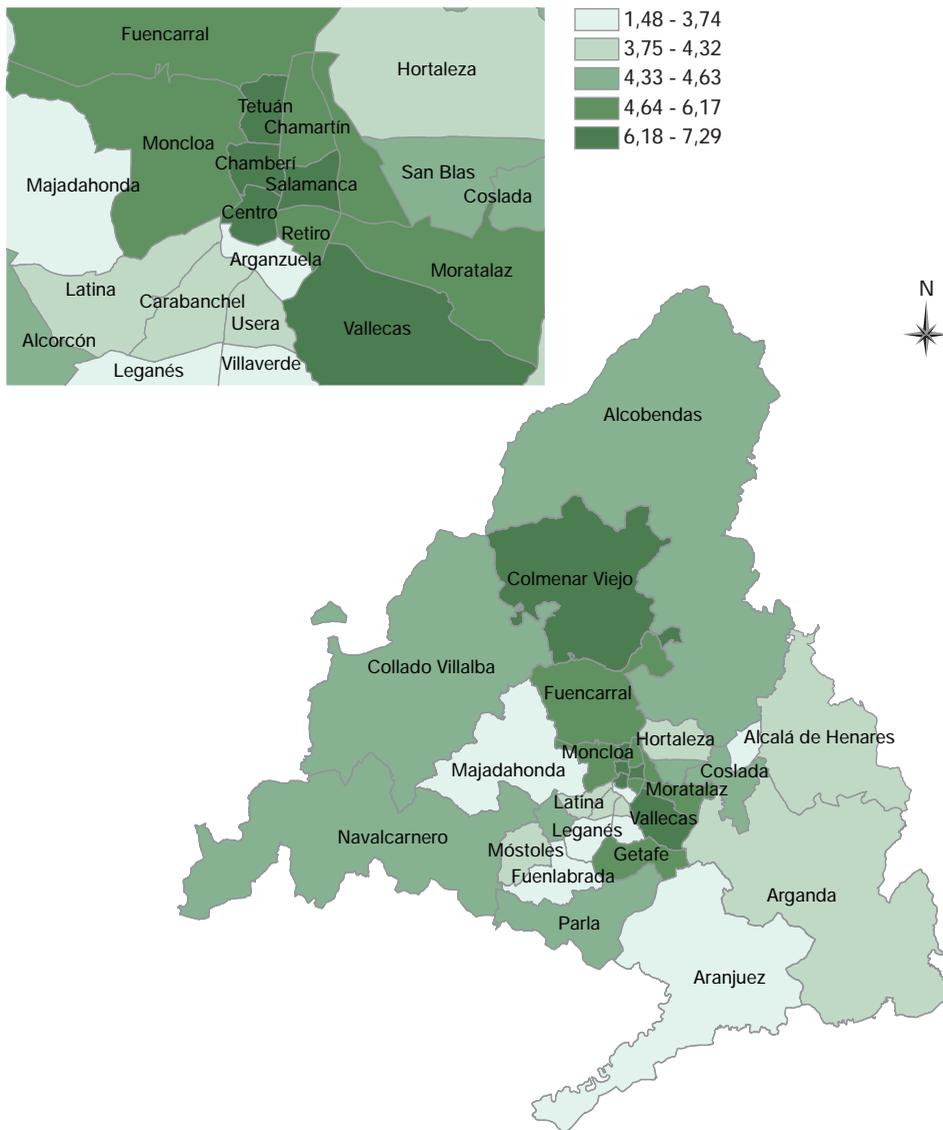
**Tabla 3.6. Mortalidad perinatal por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Área	Muertes fetales tardías *	Muertes neonatales precoces **	Nacidos vivos	Tasa mortalidad perinatal
01 Sur-Este	207	83	51.309	5,65
02 Centro-Norte	106	64	29.204	5,82
03 Este	56	46	27.105	3,76
04 Noreste	143	52	42.317	4,61
05 Norte	194	97	53.781	5,41
06 Oeste	143	88	55.074	4,19
07 Centro-Oeste	122	64	33.415	5,57
08 Sur-Oeste I	97	45	32.810	4,33
09 Sur-Oeste II	38	28	31.107	2,12
10 Sur I	79	37	23.964	4,84
11 Sur II	109	79	56.826	3,31
No zonificadas	6			
<b>Comunidad de Madrid</b>	<b>1.300</b>	<b>683</b>	<b>436.912</b>	<b>4,54</b>

\* Muertes fetales tardías: criterios CIE-10.

\*\* Muertes neonatales precoces: nacidos vivos fallecidos hasta el 7º día de vida.



**Figura 3.15. Mortalidad perinatal por Distrito de Salud. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Tabla 3.7. Mortalidad perinatal por Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 1999-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Distrito	Muertes fetales tardías *	Muertes neonatales precoces **	Nacidos vivos	Tasa mortalidad perinatal
1.1 Arganda	34	8	10.247	4,10
1.2 Moratalaz	47	21	12.703	5,35
1.3 Retiro	21	20	6.646	6,17
1.4 Vallecas	105	34	21.713	6,40
2.1 Coslada	33	16	10.947	4,48
2.2 Salamanca	42	22	8.778	7,29
2.3 Chamartín	31	26	9.479	6,01
3.1 Alcalá de Henares	36	35	17.754	4,00
3.2 Torrejón de Ardoz	20	11	9.351	3,32
4.1 Ciudad Lineal	60	18	15.590	5,00
4.2 San Blas	37	16	11.905	4,45
4.3 Hortaleza	46	18	14.822	4,32
5.1 Alcobendas	61	32	21.010	4,43
5.2 Colmenar Viejo	40	20	9.553	6,28
5.3 Tetuán	44	19	9.993	6,30
5.4 Fuencarral	49	26	13.225	5,67
6.1 Majadahonda	59	40	26.463	3,74
6.2 Collado Villalba	60	29	19.833	4,49
6.3 Moncloa	24	19	8.778	4,90
7.1 Centro	43	22	9.549	6,81
7.2 Chamberí	32	22	8.564	6,31
7.3 Latina	47	17	15.214	4,21
8.1 Móstoles	40	17	13.960	4,08
8.2 Alcorcón	40	16	12.590	4,45
8.3 Navacarnero	17	12	6.260	4,63
9.1 Leganés	7	10	11.505	1,48
9.2 Fuenlabrada	31	18	19.602	2,50
10.1 Parla	39	19	12.580	4,61
10.2 Getafe	40	18	11.384	5,09
11.1 Aranjuez	17	15	11.629	2,75
11.2 Arganzuela	23	10	10.134	3,26
11.3 Villaverde	14	14	10.523	2,66
11.4 Carabanchel	35	22	15.167	3,76
11.5 Usera	20	18	9.373	4,05
No zonificados	6	3		
Total	1.300	683	436.824	4,54

\* Muertes fetales tardías: criterios CIE-10.

\*\* Muertes neonatales precoces: nacidos vivos fallecidos hasta el 7º día de vida.

### 3.4. Morbilidad en Atención Primaria

La atención primaria es la puerta de entrada de los niños al sistema sanitario, que en Madrid es mayoritariamente público, estimándose que de 0 a 4 años el 95,4% de los niños de esta edad son controlados por atención primaria en el sistema sanitario público, como puede observarse en la tabla 3.8. Los episodios de consulta más frecuentes en estas edades se pueden ver en las tablas 3.9 y 3.10.

Área	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	15.309	98,3	14.299	97,1	29.608	97,7
2	7.372	95,2	7.001	92,4	14.373	93,8
3	8.637	98,2	7.955	96,6	16.592	97,4
4	10.989	91,1	10.402	90,0	21.391	90,6
5	13.666	89,8	13.074	90,1	26.740	89,9
6	14.953	88,9	14.067	88,0	29.020	88,5
7	6.174	78,4	5.824	75,8	11.998	77,1
8	10.340	98,9	9.648	98,3	19.988	98,6
9	10.193	110,5	9.544	110,1	19.737	110,3
10	8.376	107,1	7.982	105,9	16.358	106,5
11	17.657	98,3	16.511	96,2	34.168	97,3
CM	123.666	95,4	116.307	94,2	239.973	94,8

**Tabla 3.8. Personas (% de población) de 0-4 años que han acudido a Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIAP-1	N	%	Total		
			Orden	Hombres	Mujeres
R74	345.645	25,6	1	1	1
H71	74.921	5,6	2	2	2
A03	70.419	5,2	3	3	3
D73	59.794	4,4	4	4	4
R78	51.219	3,8	5	5	5
R05	44.160	3,3	6	6	6
R76	38.261	2,8	7	7	8
A97	38.207	2,8	8	8	7
R77	32.397	2,4	9	9	9
R96	26.683	2,0	10	10	13
R72	26.525	2,0	11	11	11
A77	25.442	1,9	12	13	10
F71	24.949	1,9	13	12	12
...	...	...	...	...	...
Total	1.348.150	100			

**Tabla 3.9. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, según sexo. Distribución porcentual y número de orden. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIAP-1	Hombres		Mujeres		Total	
	Tasa	Tasa 1º episodio	Tasa	Tasa 1º episodio	Tasa	Tasa 1º episodio
R74	1.378,3	639,2	1.353,1	633,6	1.366,0	636,5
H71	309,1	218,3	282,4	204,0	296,1	211,3
A03	283,5	220,2	272,8	213,0	278,3	216,7
D73	249,9	208,6	222,1	188,7	236,3	198,9
R78	224,3	167,5	179,5	139,1	202,4	153,7
R05	177,9	134,8	170,9	129,6	174,5	132,3
R76	159,8	127,5	142,2	115,4	151,2	121,6
A97	154,5	123,6	147,4	119,7	151,0	121,7
R77	142,3	121,0	113,1	98,7	128,0	110,1
R96	124,2	84,1	85,7	59,1	105,5	71,9
R72	111,8	91,5	97,5	79,9	104,8	85,8
A77	103,1	86,3	97,9	81,9	100,5	84,2
F71	103,1	95,1	97,9	85,0	98,6	90,2
Total	5.532,9	4.243,5	5.112,7	3.924,4	5.327,9	4.087,8

**Tabla 3.10. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, según sexo. Tasa y tasa de primer episodio por mil\*. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

\* En la tasa de primer episodio se considera sólo los primeros episodios, de manera que si un paciente tiene varios episodios con un mismo código sólo se considera uno.

### 3.5. Morbilidad hospitalaria

El total de altas hospitalarias de niños de 0 años residentes en la Comunidad de Madrid fue de 25.719 en 2005 y de 26.167 en 2006 (tabla 3.11). Las principales causas fueron las perinatales (algo más de un tercio) (tabla 3.12) y las respiratorias (17%). El 8% fueron debidas a anomalías congénitas (tabla 3.13). Las tasas fueron más elevadas en varones que en mujeres. Las causas perinatales más frecuentes fueron el bajo peso al nacer y las ictericias del recién nacido.

**Tabla 3.11. Morbilidad hospitalaria en niños de 0 años. Comunidad de Madrid, 2005-2006.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIE-9-MC	2005		2006	
	N	%	N	%
15 - Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9.216	35,8	10.064	38,5
08 - Enfermedades del aparato respiratorio	4.277	16,6	4.451	17,0
18 - Códigos V	3.182	12,4	2.703	10,3
14 - Anomalías congénitas	1.773	6,9	1.824	7,0
01 - Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.743	6,8	1.650	6,3
09 - Enfermedades del aparato digestivo	1.311	5,1	1.252	4,8
10 - Enfermedades del aparato genito-urinario	1.260	4,9	1.245	4,8
16 - Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1.075	4,2	1.133	4,3
06 - Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	656	2,6	611	2,3
17 - Causas externas de traumatismos y envenenamientos	441	1,7	430	1,6
12 - Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	184	0,7	177	0,7
03 - Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	166	0,6	189	0,7
02 - Tumores	156	0,6	180	0,7
04 - Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	98	0,4	80	0,3
07 - Enfermedades del aparato circulatorio	80	0,3	89	0,3
13 - Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	77	0,3	63	0,2
05 - Trastornos mentales	18	0,1	23	0,1
11 - Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	6	0,0	3	0,0
<b>Total</b>	<b>25.719</b>	<b>100</b>	<b>26.167</b>	<b>100</b>

CIE-9-MC	2005		2006	
	N	%	N	%
765 - Trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso en el nacimiento	2.681	29,1	2.559	25,4
774 - Otras ictericias perinatales	1.448	15,7	1.691	16,8
770 - Otras enfermedades respiratorias del feto y RN	994	10,8	1.386	13,8
771 - Infecciones específicas del periodo perinatal	683	7,4	839	8,3
769 - Síndrome de distress respiratorio	504	5,5	597	5,9
764 - Crecimiento intrauterino retardado y desnutrición fetal	497	5,4	517	5,1
768 - Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer	422	4,6	385	3,8
779 - Otras enfermedades y mal definidas con origen en periodo perinatal	366	4,0	389	3,9
775 - Enfermedades endocrinas/metabólicas propias del RN y feto	356	3,9	495	4,9
773 - Enfermedad hemolítica del feto y RN debida a isoimmunización	327	3,5	341	3,4
763 - Otras complicaciones del parto y alumbramiento que afectan a RN y feto	190	2,1	117	1,2
766 - Trastornos relacionados con gestación larga/peso elevado al nacer	160	1,7	116	1,2
778 - Enfermedades del revestimiento cutáneo/regulación temperatura RN	139	1,5	153	1,5
776 - Enfermedades hematológicas del RN y feto	123	1,3	107	1,1
767 - Trauma de nacimiento	109	1,2	111	1,1
777 - Enfermedades perinatales del aparato digestivo	62	0,7	81	0,8
760 - Feto/RN afectado por estados maternos relacionados o no con el embarazo	52	0,6	66	0,7
761 - Feto o RN afectado por complicaciones maternas del embarazo	41	0,4	47	0,5
772 - Hemorragia fetal/neonatal	39	0,4	32	0,3
762 - Complicaciones de la placenta, cordón y membranas que afectan al feto y RN	23	0,2	35	0,3
<b>Total</b>	<b>9.216</b>	<b>100</b>	<b>10.064</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.12. Morbilidad hospitalaria por causas perinatales en niños de 0 años. Comunidad de Madrid, 2005-2006.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIE-9-MC	2005		2006	
	N	%	N	%
750 - Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior	256	14,4	221	12,1
745 - Anomalías del cierre septal cardiaco y bulbo arterioso	229	12,9	245	13,4
753 - Anomalías congénitas del sistema urinario	169	9,5	172	9,4
754 - Deformaciones musculoesqueléticas congénitas	135	7,6	140	7,7
743 - Anomalías congénitas de ojo	132	7,4	129	7,1
747 - Otras anomalías congénitas del aparato circulatorio	119	6,7	138	7,6
755 - Otras anomalías congénitas de extremidades	118	6,7	103	5,6
756 - Otras anomalías musculoesqueléticas congénitas	101	5,7	116	6,4
751 - Otras anomalías congénitas del sistema digestivo	87	4,9	93	5,1
749 - Fisura paladar y labio leporino	79	4,5	91	5,0
748 - Anomalías congénitas del sistema respiratorio	58	3,3	48	2,6
744 - Anomalías congénitas de oído/cara/cuello	56	3,2	78	4,3
752 - Anomalías orgánicas de órganos genitales	54	3,0	56	3,1
746 - Otras anomalías congénitas cardiacas	51	2,9	75	4,1
758 - Anomalías cromosómicas	49	2,8	26	1,4
742 - Otras anomalías congénitas del sistema nervioso	31	1,7	39	2,1
757 - Anomalías congénitas del tegumento	22	1,2	13	0,7
759 - Otras anomalías congénitas y no especificadas	17	1,0	25	1,4
741 - Espina bífida	8	0,5	15	0,8
740 - Anencefalo y anomalías afines	2	0,1	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1.773</b>	<b>100</b>	<b>1.824</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.13. Morbilidad hospitalaria por anomalías congénitas en niños de 0 años. Comunidad de Madrid, 2005-2006.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

### 3.6. Morbilidad atendida en urgencias (SUMMA 112)

La atención urgente en domicilio es también uno de los indicadores que permiten analizar la morbilidad en el primer año de vida, suponiendo en esta edad un 30.226 atenciones realizadas en la Comunidad de Madrid por el SUMMA 112 en los 3 últimos años (tabla 3.14). En el grupo de 1 a 4 años se registraron 65.261 atenciones (tabla 3.15).

**Tabla 3.14. Morbilidad atendida por SUMMA 112 en niños de 0 años. Comunidad de Madrid, 2004-2006.**

Fuente: Sistema de información SUMMA 112. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Consultas SUMMA 112 en niños de 0 años de edad		
	N	%
Consultas médicas y farmacológicas (incluye tos)	18.790	62,10
Enfermedad pediátrica	5.414	17,89
Fiebre de diversos orígenes	1.458	4,82
Crisis asmáticas - disnea	306	1,01
Dolor en diversos sitios	212	0,70
Convulsiones	63	0,21
Hemorragias	62	0,20
Inconsciente en domicilio	38	0,13
Intoxicación por gas - CO - humos o productos domésticos	36	0,12
Enfermedad en vía pública	21	0,07
Intoxicación medicamentosa o drogas	18	0,06
Parada cardiorrespiratoria	18	0,06
Quemados - quemaduras diversas	14	0,05
Inconsciente vía pública	8	0,03
Desorientación - incoherencia - focalidad neurológica	6	0,02
Accidente de tráfico	5	0,02
<b>Total</b>	<b>30.226</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.15. Morbilidad atendida por SUMMA 112 en niños de 1-4 años. Comunidad de Madrid, 2004-2006.**

Fuente: Sistema de información SUMMA 112. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

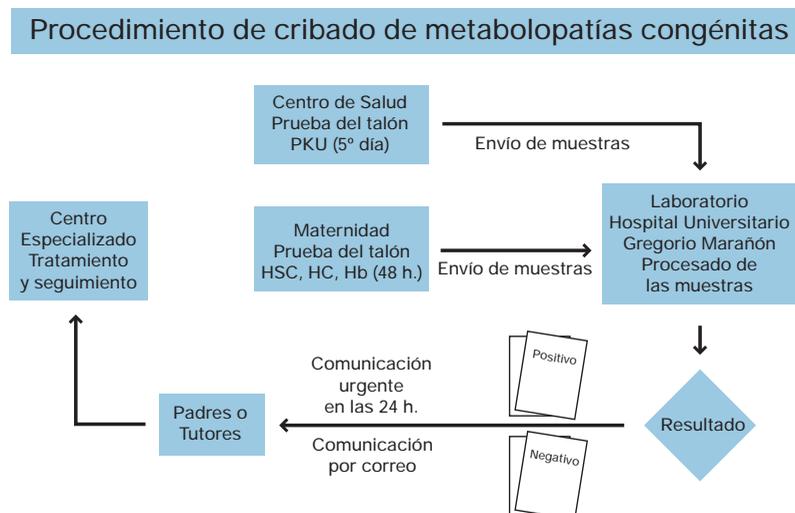
Consultas SUMMA 112 en niños de 1 a 4 años		
	N	%
Consultas médicas y farmacológicas (incluye tos)	42.121	64,54
Fiebre de diversos orígenes	4.665	7,15
Enfermedad pediátrica	2.942	4,51
Dolor en diversos sitios	1.420	2,18
Convulsiones	723	1,11
Crisis asmáticas - disnea	546	0,84
Intoxicación por gas - CO - humos o productos domésticos	474	0,73
Intoxicación medicamentosa o drogas	449	0,69
Hemorragias	298	0,46
Inconsciente en domicilio	142	0,22
Quemados - quemaduras diversas	82	0,13
Caída vía pública	74	0,11
Enfermedad en vía pública	69	0,11
Accidente de tráfico	43	0,07
Desorientación - incoherencia - focalidad neurológica	40	0,06
Inconsciente vía pública	31	0,05
Parada cardiorrespiratoria	24	0,04
Descompensación diabética	18	0,03
Accidente escolar	14	0,02
Mareos - vértigos	8	0,01
Constatación de defunción	5	0,01
Golpe de calor	5	0,01
Otras patologías no seleccionadas	11.068	16,95
<b>Total</b>	<b>65.261</b>	<b>100</b>

### 3.7. Prevención de enfermedades metabólicas congénitas

El cribado neonatal de metabopatías tiene carácter universal, permitiendo diagnosticar y tratar precozmente a todos los niños que nacen con ciertos errores metabólicos antes de que aparezcan graves manifestaciones clínicas y prevenir eficazmente sus secuelas irreversibles: minusvalías psíquicas, neuropatías, trastornos de conducta, sordera, enanismo, shock hipovolémico y otras patologías. Este programa de cribado se inició en la Comunidad de Madrid el año 1973 consiguiendo una cobertura total de recién nacidos a inicios de los noventa. La Consejería de Sanidad dictó las Normas del Programa de Prevención de Minusvalías en la Orden 918/92. B.O.C.M de 15 de Diciembre de 1992 para lograr la máxima equidad y calidad en la realización del Cribado Metabólico Neonatal.

Este cribado neonatal se realiza a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid, en los 26 hospitales con maternidad del ámbito público y privado. La sistemática es la siguiente:

- **Test o Prueba:** Dos pequeñas muestras de sangre tomadas del talón del recién nacido, la primera a las 48 horas del nacimiento para la detección de Hipotiroidismo Congénito (H.C.), Hiperplasia suprarrenal (H.S.C.) y Hemoglobinopatía congénita (Hb), posteriormente a los cinco días de vida, la detección de Hiperfenilalaninemias (PK.U.).
- **Procedimiento:** El Laboratorio del Cribado Neonatal del Hospital Gregorio Marañón envía mensualmente a todas las maternidades los equipos necesarios para realizar las pruebas. A través de un servicio de mensajería, el laboratorio recoge dos veces por semana, de todas las maternidades las pruebas realizadas. La primera prueba de sangre extraída en las primeras 48 horas del recién nacido, mediante punción del talón se impregna en la primera parte de la tarjeta de la que se separa. La segunda muestra la realizan los sanitarios de atención primaria en el centro de salud a los cinco días del nacimiento y se remite al laboratorio por correo. Los resultados si son negativos se envían desde el laboratorio mediante cartas personalizadas a los padres. Cuando los resultados bioquímicos presentan valores dudosos o patológicos se avisará a los padres urgentemente para que acudan a repetir la prueba o a la consulta de los especialistas de referencia (figura 3.16).



**Figura 3.16. Procedimiento de cribado de metabopatías congénitas.**

Fuente: Laboratorio de Cribado de Metabopatías, HGUGM. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

### 3.7.1. Indicadores de evaluación y análisis de resultados

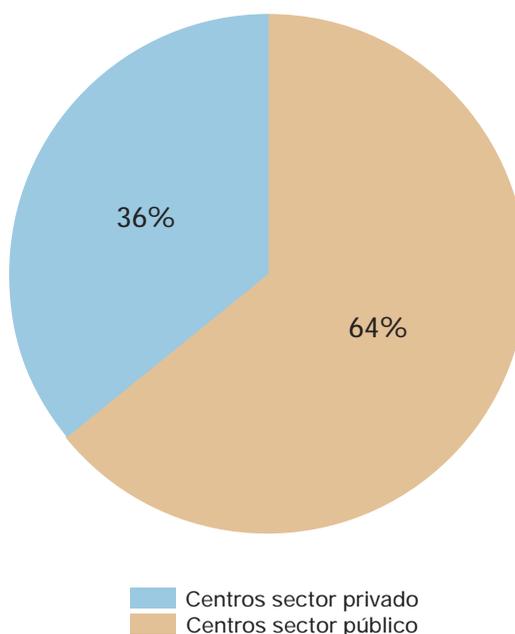
Se han establecido siete indicadores con el fin de recoger los datos necesarios para evaluar la eficacia del cribado y el seguimiento del procedimiento. Los datos son enviados desde el Hospital Universitario Gregorio Marañón al Servicio de Prevención de la Enfermedad del Instituto de Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Los indicadores son:

- Número de niños analizados de las distintas patologías congénitas.
- Número de positivos detectados de las 4 patologías, por variable de sexo.
- Tiempo de toma de muestra expresado en días de vida del niño/a.
- Intervalo de la toma de muestra y llegada al laboratorio.
- Tiempo de obtención del resultado.
- Intervalo que transcurre entre nacimiento y comunicación de resultado.
- Nº de muestras enviadas por maternidad.

En el año 2006 se han analizado 74.497 primeras muestras de niños/as procedentes de 26 maternidades alcanzando una cobertura del 100% y 73.547 segundas muestras. El 63,8% de nacimientos de 2006 se han producido en maternidades públicas y 36,2% en maternidades privadas (figura 3.17). La evolución de pruebas realizadas y casos detectados en los últimos cuatro años y la desagregación por patologías sobre las que se realiza el cribado se muestra en la tabla 3.16.

**Figura 3.17. Realización de pruebas metabólicas neonatales por procedencia de la muestra. Comunidad de Madrid, 2006.**

Fuente: Laboratorio de Cribado de Metabolopatías, HGUGM. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



	2003		2004		2005		2006		Total	
	muestras	casos								
HSC	69.031	5	71.663	6	71.790	4	74.497	5	286.981	20
HC	69.031	38	71.663	43	71.790	30	74.497	27	286.981	138
Hb	46.785	249	71.663	368	71.790	443	74.497	403	264.735	1.463
PKU	68.202	8	70.604	7	71.114	9	73.547	12	283.467	36

HSC: Hiperplasia suprarrenal  
 HC: Hipotiroidismo congénito  
 Hb: Hemoglobinopatía congénita  
 PKU: Hiperfenilalaninemias

Los cribados neonatales se realizan para detectar enfermedades raras debidas a errores congénitos endocrino metabólicos de baja incidencia poblacional y la incidencia en estos estudios se expresa mediante la proporción que indica por cada cuantas personas cribadas se detecta un caso. De acuerdo con esta valoración la incidencia en el año 2006 que se ha producido para la Hiperplasia suprarrenal congénita, Hipotiroidismo congénito, Hemoglobinopatías y Fenilcetonuria es de 1 caso por 13.806, 1.817, 188 y 8.525 respectivamente. En los últimos cuatro años la incidencia global en la Comunidad de Madrid se expresa en la tabla 3.17.

Hiperplasia Suprarrenal Congénita	1 caso/14.349 recién nacidos
Hipotiroidismo Congénito	1 caso/2.080 recién nacidos
Hemoglobinopatías	1 caso/181 recién nacidos
*Hiperfenilalaninemias	1 caso/7.874 recién nacidos

\*Hiperfenilalaninemias es el término que engloba las Fenilcetonurias severas y las benignas o leves

El tiempo medio que transcurre desde que nace el niño hasta que se realiza la primera muestra está en torno a los dos días y medio para las pruebas de H.S.C, H.C, Hb y de ocho días para la segunda muestra de P.K.U., estos tiempos se mantienen estables en los cuatro últimos años.

El tiempo medio que se invierte en el transporte de las muestras al laboratorio del H.U.G.M. es de algo menos de 5 días para las pruebas de H.S.C, H.C, Hb, y para la P.K.U, está en torno a ocho días. El plazo medio de tiempo que transcurre para comunicar los resultados a los padres de los casos positivos no llega a dos días.

El intervalo medio desde que el niño nace y los padres reciben la notificación de los casos negativos para cualquiera de las metabolopatías ha resultado de ocho días y medio para la primera muestra y algo menos de 18 días para la segunda muestra.

### 3.7.2. Conclusiones

- La detección poblacional mediante cribado neonatal de errores innatos del metabolismo supone realizar programas sanitarios preventivos y utilizar una herramienta diagnóstica de primer orden para aquellas enfermedades que cumplen los criterios reportados por la OMS desde 1968<sup>1</sup>.

**Tabla 3.16. Pruebas metabólicas y casos por patologías. Comunidad de Madrid, 2003-2006.**

Fuente: Laboratorio de Cribado de Metabolopatías, HGUGM. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

**Tabla 3.17. Incidencia global de metabolopatías congénitas. Comunidad de Madrid, 2003-2006.**

Fuente: Laboratorio de Cribado de Metabolopatías, HGUGM. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

- El Programa de Cribado Neonatal para la Detección Precoz de Endocrino Metabolopatías Congénitas tiene resultados óptimos de acuerdo a los Indicadores de calidad establecidos<sup>2-5</sup>.
- Los tiempos transcurridos entre el nacimiento y los resultados se consiguen mantener dentro del tiempo recomendado para iniciar los tratamientos precozmente. Aunque se trabaja para seguir acortando estos tiempos se está estudiando la validación de una nueva estrategia que incluiría realizar una única muestra entre las 48-72 horas del nacimiento.
- La cobertura del cribado de endocrino metabolopatías es del 100% de los recién nacidos en la Comunidad de Madrid.
- La incidencia encontrada de hipotiroidismo, hiperplasia suprarrenal y de fenilcetonuria o hiperfenilalaninemias<sup>6-8</sup> corresponde a la esperada en la región europea y mediterránea ya que son enfermedades genéticas relacionadas con los movimientos migratorios. La incidencia de hemoglobinopatías ha sido mayor a la estimada en el estudio piloto<sup>9</sup> y está aumentando debido a la llegada de población inmigrante de zonas con mayor incidencia.

#### Bibliografía

- <sup>1</sup> Sanjurjo Crespo P, Baldellou Vázquez A, Aldámiz-Echevarría Azuara L. Enfermedades congénitas del metabolismo: bases diagnósticas para el pediatra. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2003.
- <sup>2</sup> Mayayo E y Grupo de Trabajo de Tiroides de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). Recomendaciones para optimizar los resultados de los programas de screening neonatal del hipotiroidismo congénito. An Esp Pediatr. 1995; 43:53-7.
- <sup>3</sup> Chamorro Ureña F, Dulin Iñiguez E (presidenta), Espada Sáenz-Torre M, Remón Álvarez-Arenas J, Pámpols Ros T. Comisión de Errores Metabólicos Congénitos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Procedimiento para la obtención y recogida de especímenes de sangre sobre papel de filtro en los programas de detección precoz neonatal de errores congénitos del metabolismo. Química Clínica 2001; 20(2): 81-8
- <sup>4</sup> National Committee for Clinical Laboratory Standards. Blood Collection on Filter Paper for Neonatal Screening Programs. Third Edition; Approved Standard: Fourth Edition NCCLS document LA4-A4. Vol 23, Nº 21. NCCLS; 2003
- <sup>5</sup> Fernández J, Saudubray JM, Van den Berghe G, editors. Inborn Metabolic Diseases. Diagnosis and Treatment. 3rd ed. Berlin: Springer-Verlag; 2000.
- <sup>6</sup> Dulin Iñiguez E, Cortés Castell E, Chamorro Ureña F, Eguileor Gurtubai I, Espada Sáenz-Torre M, Pámpols Ros T, Remón Álvarez-Arenas J. Comisión de Errores Metabólicos Congénitos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). Actividad de los centros de detección precoz neonatal de errores congénitos del metabolismo en España. Evaluación sanitaria (1996-1999). Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. 2001; agosto: 9-23.
- <sup>7</sup> Dulin Iñiguez E, Cortés Castell E, Chamorro Ureña F, Eguileor Gurtubai I, Espada Sáenz-Torre M, Pámpols Ros T, Remón Álvarez-Arenas J. Comisión de Errores Metabólicos Congénitos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). Estado actual de los programas de cribado neonatal en España. Acta Pediatr Esp. 2001; 59(9): 8-25.
- <sup>8</sup> Cortés Castell E, Chamorro Ureña F, Dulin Iñiguez E, Eguileor Gurtubai I, Espada Sáenz-Torre M, Remón Álvarez-Arenas J, Pámpols Ros T, Comisión de Errores Metabólicos Congénitos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). El cribado neonatal y la colaboración entre instituciones científicas. An Esp Pediatr. 2002; 56: 201-3.
- <sup>9</sup> Dulin Iñiguez E, Cantalejo López MA, Cela de Julián ME, Galarón García P. Detección precoz neonatal de anemia falciforme y otras hemoglobinopatías en la Comunidad Autónoma de Madrid. Estudio piloto. An Esp Pediatr. 2003; 58(2): 146-55.

### 3.8. Análisis de los partos en la Comunidad de Madrid a partir del CMBD

El análisis sistemático de los partos y de la atención a los mismos es uno de los indicadores que deben ser analizados por parte del sistema sanitario. El aumento tan importante en el número de cesáreas en los últimos años es cada vez una fuente de preocupación mayor en la sociedad, incluido el sector sanitario y los profesionales más directamente relacionados con la atención al parto.

Se realizó un estudio a partir de la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de la Comunidad de Madrid (CM) del año 2005, en el que se incluyeron a las mujeres que tuvieron un parto en un hospital de la CM durante el año 2005. Se analizaron un total de 68.806 partos realizados en hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid. Se analizaron las características de estos partos prestando una especial atención a las indicaciones de cesárea y a la adecuación de las indicaciones de este procedimiento quirúrgico a las normas técnicas internacionales. Los principales indicadores se pueden ver en la tabla 3.18.

Partos: 68.806	
64,9% en hospital público	35,1% en hospital privado
% de cesáreas: 25,9%	
21,1% en hospital público	34,9% en hospital privado
Estancia media: 3,2 días	
Cesárea: 4,8 días	Vaginal: 2,6 días
Circunstancias del ingreso	
Urgente: 79%	Programado: 21%

**Tabla 3.18. Algunas características de los partos. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

El 79% de los partos fueron urgentes y el 21% programados. El porcentaje de cesáreas en los partos urgentes es la mitad en los privados que en los públicos y en los partos programados hay aproximadamente 4 veces más cesáreas en los privados que en los públicos. Los factores de riesgo para la indicación de cesáreas pueden verse en la tabla 3.19.

**Tabla 3.19. Factores de riesgo para la indicación de cesáreas. Comunidad de Madrid, 2005.**

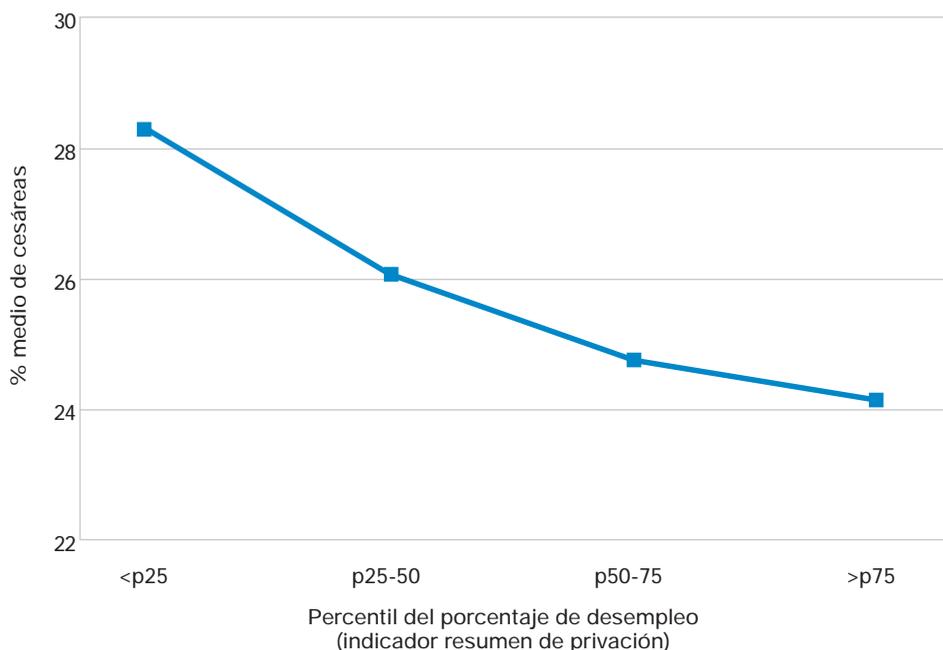
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

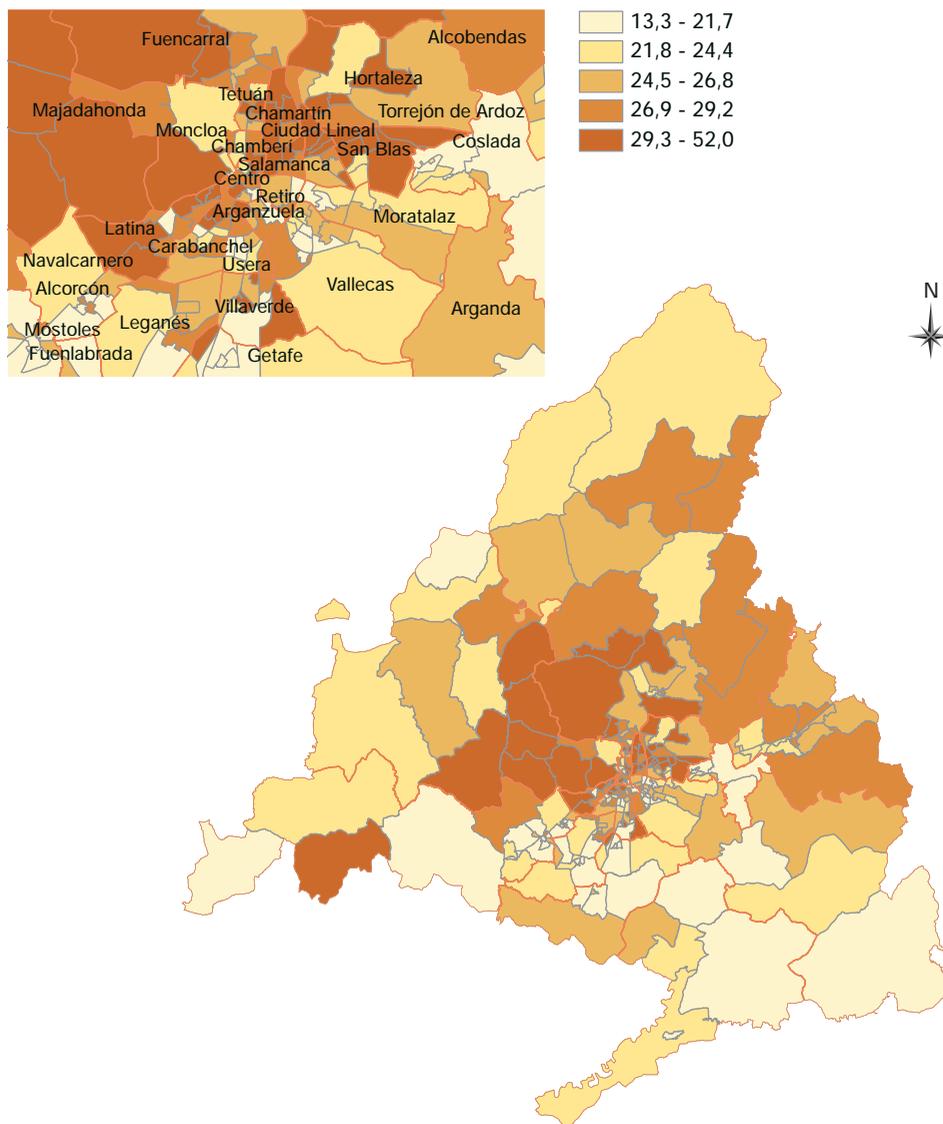
Factor de riesgo	OR	IC 95%	
Inducción fallida	140,1	101,5	193,3
Desproporción pelvicefálica	123,0	96,2	157,1
Nalgas	63,6	49,9	81,0
Parto obstruido	14,4	12,4	16,7
Sufrimiento fetal	11,9	9,5	14,9
Anomalía de la placenta	11,3	9,3	13,9
Cesárea previa	8,0	7,5	8,5

Se georreferenciaron el 79,74% de los domicilios de las mujeres que dieron a luz en un hospital de la Comunidad de Madrid. Las Zonas Básicas de Salud (ZBS) que están por debajo del percentil 25 de desempleo de la región de Madrid, presentan los mayores porcentajes de cesáreas, porcentaje medio del 28% (figuras 3.18 y 3.19). Además existe una correlación positiva entre el porcentaje de desempleo de cada ZBS, y el porcentaje de partos en hospitales públicos.

**Figura 3.18. Cesáreas en relación con la distribución socioeconómica de la Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.





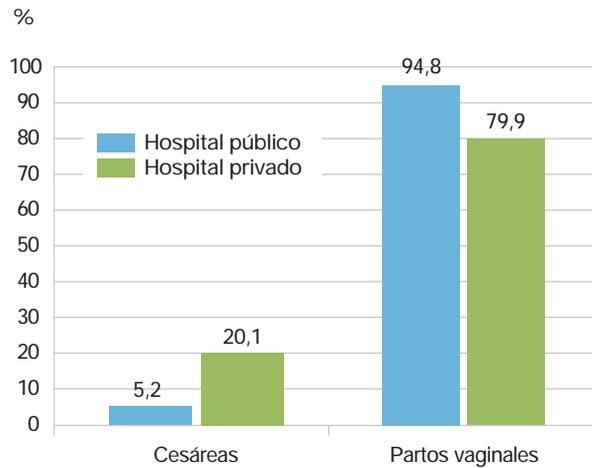
**Figura 3.19. Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos, por Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La proporción de cesáreas es mayor en los hospitales privados, donde más de un tercio de los niños nacen por cesárea. Esta notable diferencia no se explica porque acudan mujeres con más factores de riesgo médicos a la asistencia privada que a la pública, ya que ocurre justo lo contrario (figura 3.20). Hay hospitales privados con una proporción de cesáreas sin ninguna indicación de tipo médico de más de un 30% frente a una media del 5% en los hospitales públicos (tabla 3.20). No se han detectado diferencias por nacionalidad de la madre.

**Figura 3.20. Partos sin factores de riesgo para cesárea: Porcentaje de cesáreas según titularidad del hospital. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Mujeres sin ningún factor de riesgo: 64,1%

61,9% de las mujeres que van a un hospital público no tienen ningún factor de riesgo y en los hospitales privados este porcentaje es de un 69,7%

Cesáreas innecesarias: 4.763  
Hospital público: 1.414  
Hospital privado: 3.349

**Tabla 3.20. Partos sin factores de riesgo para cesárea: Porcentaje de cesáreas según hospital. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Hospitales públicos	Parto vaginal		Cesárea	
	N	%	N	%
A	942	94,7	53	5,3
B	2.253	92,3	187	7,7
C	349	96,1	14	3,9
D	1.207	98,4	20	1,6
E	5.199	94,8	283	5,2
F	6.103	93,8	401	6,2
G	1.996	96,8	67	3,2
H	869	95,4	42	4,6
I	1.979	93,7	134	6,3
J	2.053	96,2	80	3,8
K	1.518	96,2	60	3,8
L	1.414	96,1	73	4,9

Hospitales privados	Parto vaginal		Cesárea	
	N	%	N	%
Ñ	1.838	61,0	1.176	39,0
O	1.052	59,6	713	40,4
P	577	89,5	68	10,5
Q	1.173	88,3	156	11,7
R	1.289	87,0	193	13,0
S	1.834	92,1	158	7,9
T	1.749	92,1	151	7,9
U	522	96,0	22	4,0
V	608	91,6	56	8,4
W	1.389	70,5	580	29,5
X	833	94,3	50	5,7
Y	263	92,6	21	7,4
Z	34	87,2	5	12,8

### 3.9. Conclusiones y recomendaciones

En relación con la salud materno-infantil en la Comunidad de Madrid debe destacarse en primer lugar el aumento en el número de partos que se ha producido desde el año 1998. Este aumento se produce tanto en hijos nacidos de madres españolas como extranjeras. Sin embargo, en términos relativos el aumento de los nacidos de madre no española es muy importante. Se objetiva también un aumento del número de partos múltiples (3,6%), y de la edad media de las madres (el porcentaje de madres mayores de 40 años en el año 2005 es del 4%). El porcentaje de prematuros es del 8,4% y el de partos distócicos del 12,3%. El porcentaje de cesáreas es más elevado en el sistema sanitario privado que en el público. La mortalidad infantil en el año 2005 es 3,58 por mil nacidos vivos. El análisis geográfico revela que en el periodo 1999-2005 la mortalidad infantil por Área de Salud oscila entre 2,73 y 4,62 por mil nacidos vivos. Los indicadores integrados de atención primaria y salud pública son adecuados y contemplan la atención a la salud perinatal, ofreciendo las tecnologías adecuadas, cribados neonatales y atención al niño sano con coberturas próximas al 100%.

Sin embargo es necesario priorizar la salud de las mujeres desde el punto de vista preventivo con el fin de garantizar servicios adecuados tanto de planificación familiar como de atención perinatal. Debe promoverse la puesta en marcha de programas preventivos que favorezcan la integración de las mujeres, tanto de grupos desfavorecidos como de aquellas que acuden a trabajar a la Comunidad de Madrid desde otros países, y evaluar de forma sistemática los problemas de salud que tienen que ver tanto con los factores de riesgo, como con políticas de salud del país de origen, incorporándola a la realidad preventiva de la Comunidad de Madrid. También es necesario realizar esfuerzos para informar al público acerca de los avances en tecnología genética y de las opciones derivadas de dichos avances y sus implicaciones éticas.

3.10. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos

- ***Programa de promoción de la salud de las mujeres.***
- ***Programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.***
- ***Programa de salud materno-infantil, prevención de enfermedades congénitas y discapacidad.***
- ***Programa de detección de hipoacusias en recién nacidos.***