

Objetivo 3

Iniciar la vida en buena salud

3

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

Objetivos estratégicos de la OMS en la Región de Europa

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual, reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

La OMS/Europa desarrolla estrategias y herramientas para ayudar a los responsables políticos y expertos destacados a adaptar y aplicar el marco de los Riesgos del Embarazo a los diferentes contextos nacionales. Para los responsables políticos, se ha proporcionado:

- El enfoque estratégico europeo sobre los riesgos del embarazo;
- Una herramienta para evaluar el desempeño del sistema de salud para mejorar la salud materna, neonatal, infantil y adolescente;
- Una herramienta para evaluar la calidad de la atención hospitalaria de las madres y los recién nacidos;
- Un paquete de capacitación en la atención perinatal efectiva;
- Un conjunto de directrices para la gestión integrada del embarazo y el parto;
- La OMS/Europa se basa en ellos para crear capacidad en los Estados Miembros.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

3.1. Indicadores generales al nacimiento

3.1.1. Peso al nacimiento

3.2. Mortalidad infantil

3.3. Mortalidad perinatal

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

3.5. Morbilidad hospitalaria

3.6. Lactancia materna

3.7. Conclusiones

3.1. Indicadores generales al nacimiento

Atendiendo al periodo analizado, podemos observar un notable incremento del número de partos atendidos en la Comunidad de Madrid, fundamentalmente desde el año 1998 hasta el año 2008; en 2009 se inicia un descenso que continúa en 2010 (Figura 3.1). Al desglosar estas cifras en función de la nacionalidad de la madre (Figura 3.2), vemos que este crecimiento ocurre tanto para mujeres españolas como extranjeras y lo mismo ocurre con el descenso. Al considerar el porcentaje relativo de crecimiento anual de los partos (Figura 3.3) destaca en los partos de madre extranjera, el aumento importante hasta 2008 y el descenso que se produce en los últimos dos años, fruto de los movimientos de población que ha producido la crisis económica de los últimos años.

Figura 3.1. Evolución anual del número de nacidos vivos, según sexo. Comunidad de Madrid, 1998-2010.

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

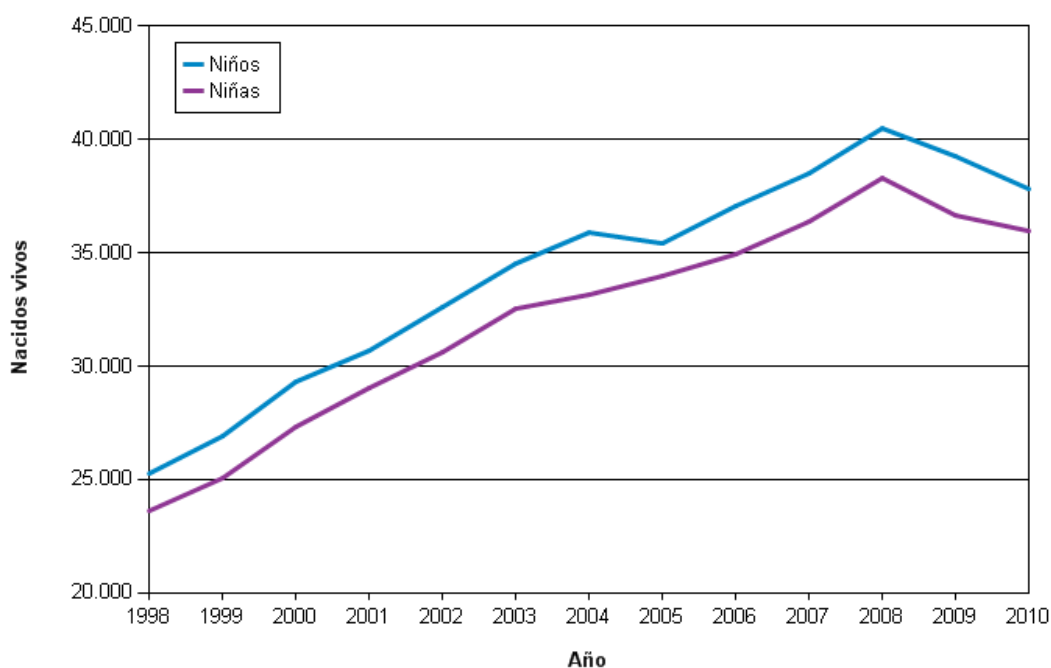


Figura 3.2. Evolución anual del número de nacidos vivos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1998-2010.

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

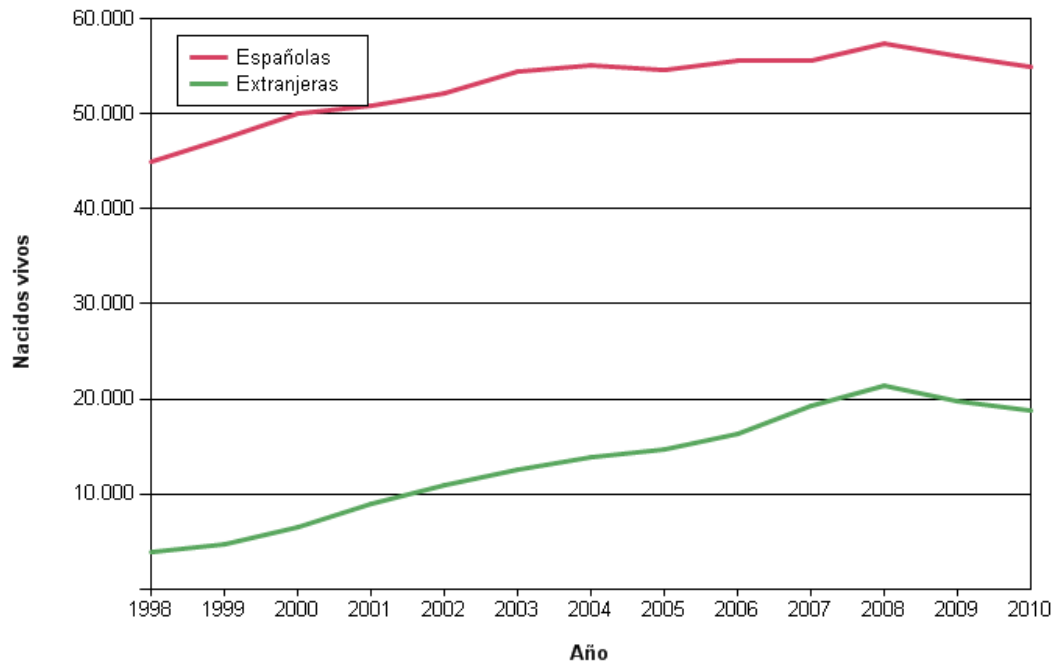
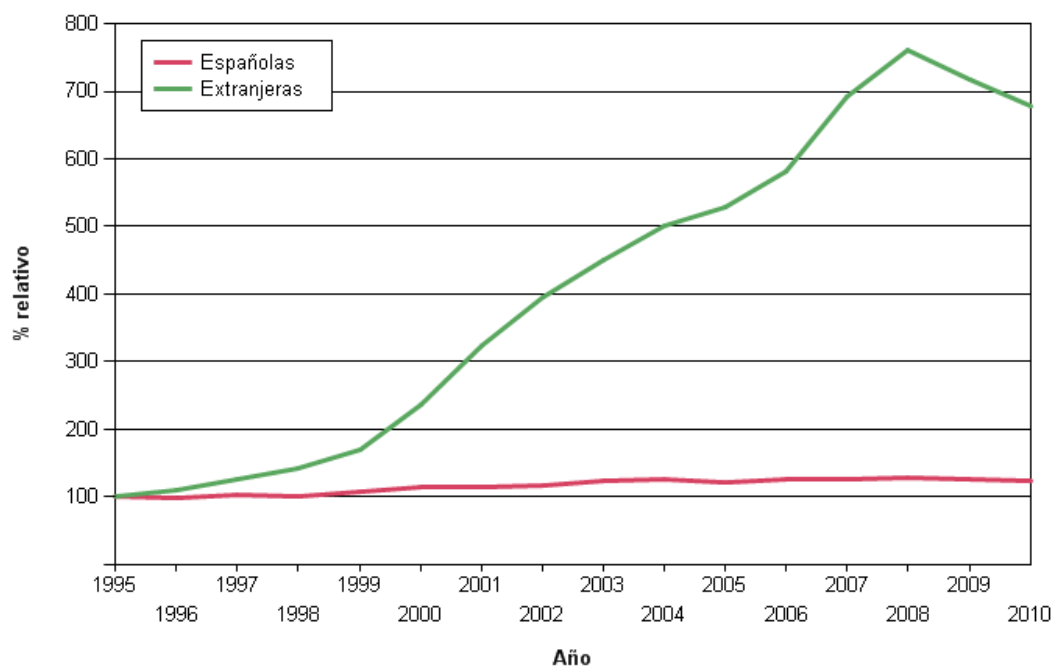


Figura 3.3. Porcentaje relativo de crecimiento anual de los partos por nacionalidad de la madre (respecto a 1995). Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



En la [Tabla 3.1](#) se observan las principales variables relacionadas con los embarazos y partos ocurridos en la Comunidad de Madrid, desde 1986 hasta 2010. Se observa un aumento del porcentaje de partos múltiples y en los últimos 5 años una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. La edad de la madre ha aumentado de forma progresiva, de manera que en 2010 las madres mayores de 40 años representan un 5,8% del total de los partos. En la [Tabla 3.2](#) se puede ver la información desagregada por Dirección Asistencial.

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, 1986-2010.

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

	Evolución de las características de los partos											
	Partos Múltiples		Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	N	%	≥ 40		<20		N	Tasas (x1.000)*
1986	963	1,8	3.065	5,6	4.191	7,7	1.326	2,4	2.431	4,5	110	2,02
1987	975	1,8	3.062	5,7	4.630	8,7	1.184	2,2	2.254	4,2	97	1,82
1988	937	1,8	2.726	5,3	4.492	8,7	1.186	2,3	2.110	4,1	75	1,46
1989	922	1,8	2.741	5,4	4.668	9,2	1.061	2,1	1.796	3,5	57	1,12
1990	1.000	2,0	2.747	5,5	4.688	9,4	1.025	2,1	1.579	3,2	79	1,58
1991	1.010	2,0	2.817	5,7	5.205	10,6	985	2,0	1.503	3,0	45	0,91
1992	1.048	2,1	2.784	5,5	5.568	11,0	961	1,9	1.361	2,7	78	1,54
1993	1.066	2,2	2.545	5,1	5.097	10,3	945	1,9	1.181	2,4	77	1,56
1994	1.073	2,3	3.190	6,7	5.807	12,2	956	2,0	1.034	2,2	65	1,36
1995	1.137	2,4	3.694	7,9	6.149	13,1	976	2,1	895	1,9	66	1,40
1996	1.172	2,5	3.551	7,5	6.243	13,1	1.018	2,1	831	1,7	47	0,99
1997	1.271	2,6	3.551	7,3	6.319	13,0	1.112	2,3	852	1,7	61	1,25
1998	1.329	2,7	3.406	7,0	6.678	13,7	1.243	2,5	836	1,7	42	0,86
1999	1.568	3,0	3.743	7,2	7.003	13,5	1.388	2,7	955	1,8	49	0,94
2000	1.828	3,2	4.406	7,8	7.070	12,5	1.608	2,8	1.036	1,8	49	0,87
2001	2.048	3,4	4.475	7,5	7.688	12,9	1.871	3,1	1.191	2,0	45	0,75
2002	2.166	3,4	5.061	8,0	8.312	13,2	2.127	3,4	1.379	2,2	40	0,63
2003	2.478	3,7	5.567	8,3	8.062	12,0	2.342	3,5	1.541	2,3	48	0,72
2004	2.432	3,5	5.884	8,5	8.791	12,7	2.672	3,9	1.471	2,1	64	0,93
2005	2.467	3,6	5.632	8,1	8.524	12,3	2.849	4,1	1.476	2,1	76	1,10
2006	2.593	3,6	4.932	6,9	8.577	11,9	3.108	4,3	1.750	2,4	50	0,70
2007	2.847	3,8	4.801	6,4	7.764	10,4	3.455	4,6	1.827	2,4	39	0,52
2008	2.928	3,7	4.964	6,3	8.367	10,6	3.788	4,8	1.982	2,5	37	0,47
2009	3.061	4,0	5.004	6,6	8.192	10,8	4.178	5,5	1.769	2,3	34	0,45
2010	2.966	4,0	4.817	6,5	7.859	10,7	4.313	5,8	1.385	1,9	41	0,56

* Nacidos Vivos.

Tabla 3.2. Características de los partos por Dirección Asistencial: Prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

Evolución de las características de los partos										
DA	Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	>= 40		<20		N	Tasas (x1.000)*
Centro	10.412	7,3	18.800	13,1	6.657	4,7	4.323	3,0	102	0,71
Norte	7.943	7,6	12.138	11,6	4.906	4,7	1.873	1,8	72	0,69
Este	9.500	8,0	13.785	11,7	4.845	4,1	2.398	2,0	94	0,80
Sureste	8.346	7,2	14.010	12,1	4.653	4,0	3.203	2,8	81	0,70
Sur	6.824	7,4	11.204	12,1	2.457	2,7	1.866	2,0	43	0,46
Oeste	6.756	7,1	10.942	11,6	2.619	2,8	1.631	1,7	56	0,59
Noroeste	9.996	7,4	14.408	10,7	7.280	5,4	1.909	1,4	102	0,76
Desconocido	854	7,3	1.411	12,0	412	3,5	615	5,2	22	1,87

* Nacidos Vivos.

3.1.1. Peso al nacimiento

Durante el periodo de estudio se evidencia un ligero descenso del peso medio de los recién nacidos (Figura 3.4). La leve recuperación del peso medio a partir de 2001 se relaciona con el progresivo aumento de los nacidos vivos de madre no española, porque el descenso global ocurre fundamentalmente en hijos de madres españolas (Figura 3.5). En la Figura 3.6 puede observarse el porcentaje de recién nacidos de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y la diferencia que existe entre madres españolas y de otra nacionalidad.

Figura 3.4. Evolución anual del peso medio al nacimiento, total y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1986-2010.

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

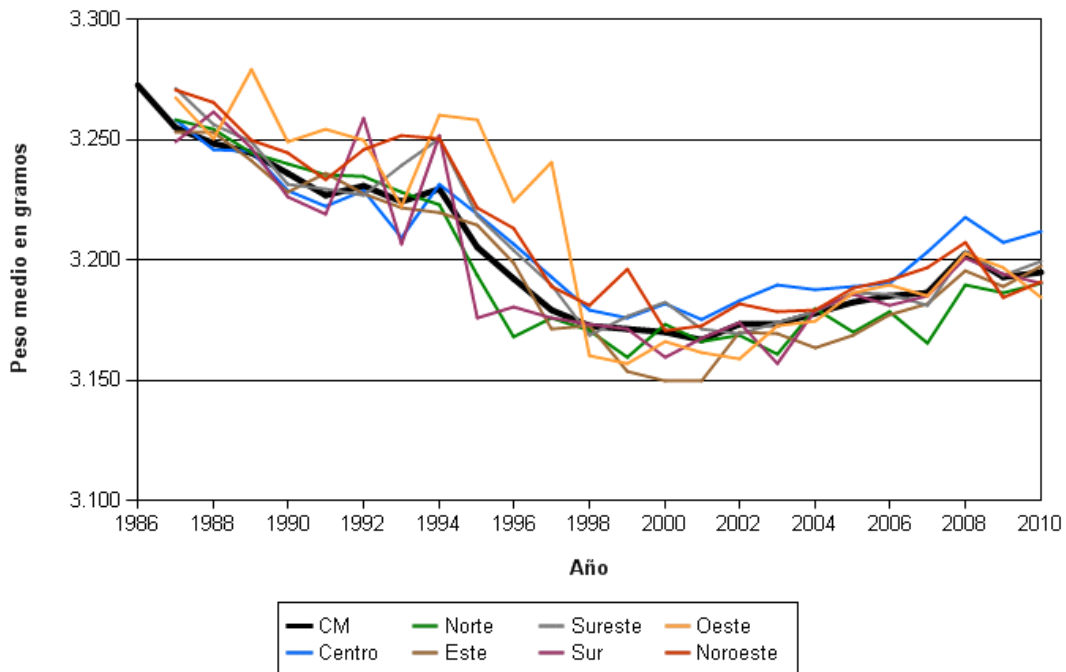


Figura 3.5. Evolución anual del peso medio al nacimiento según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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

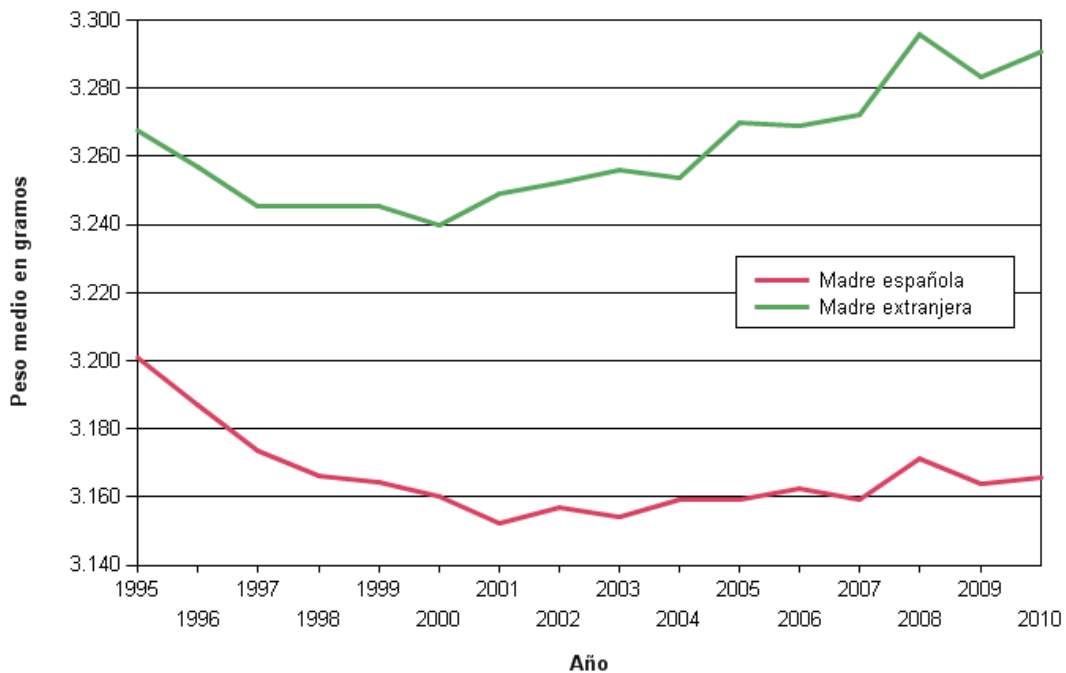
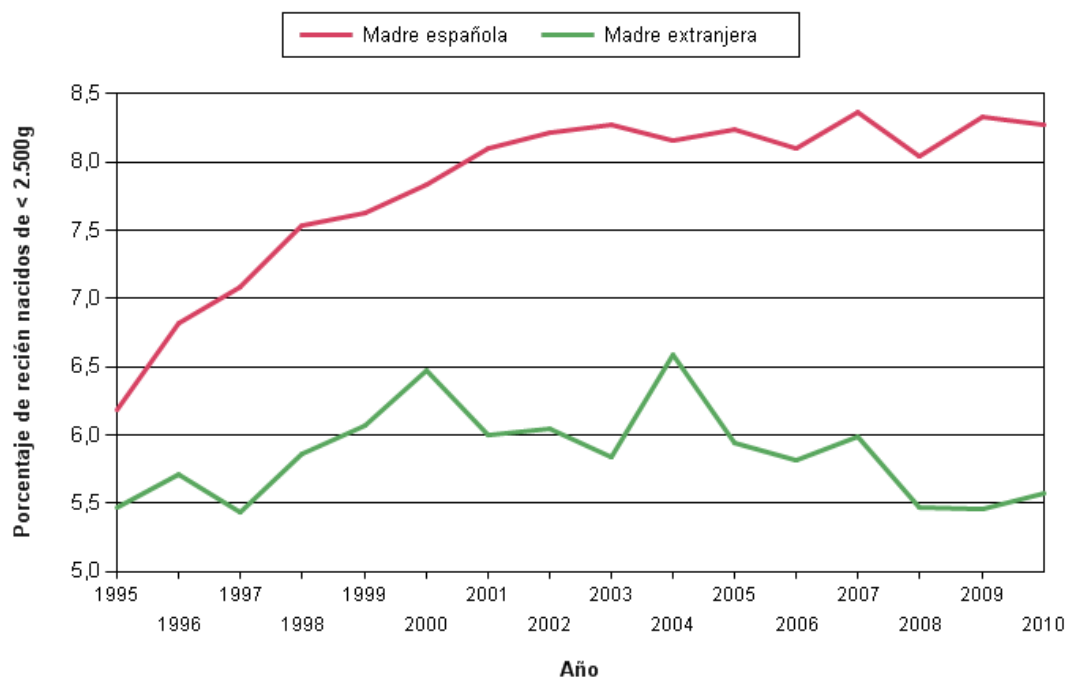


Figura 3.6. Peso al nacimiento: evolución anual del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



En la [Tabla 3.3](#) se detallan, para el total de recién nacidos de la Comunidad de Madrid y desagregados por Dirección Asistencial, los pesos medios y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1987-2010.

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

	Nº de partos	Peso Medio (gramos)	MBPN (<1.500)		BPN (<2.500)	
			N	%	N	%
Centro	220.131	3.204	1.274	0,6	15.052	6,8
Norte	157.194	3.190	886	0,6	10.694	6,8
Este	166.059	3.187	980	0,6	12.167	7,3
Sureste	184.199	3.200	1.032	0,6	12.850	7,0
Sur	110.000	3.185	713	0,6	8.213	7,5
Oeste	106.137	3.181	694	0,7	8.153	7,7
Noroeste	211.926	3.203	1.142	0,5	14.093	6,6
CM	1.407.053	3.198	7.922	0,6	95.380	6,8

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 a 27 días cumplidos); y mortalidad postneonatal (28 a 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 la [Figura 3.7](#) se puede apreciar los bajos valores alcanzados por las tasas de mortalidad infantil durante los años de estudio, con valores inferiores a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años. En los dos últimos años disponibles, se observa un ligero aumento de la mortalidad infantil, de 3,23 en 2008 a 3,92 en 2010. Al descomponer este indicador por sus principales componentes, observamos este mismo comportamiento ([Figura 3.8](#)).

Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

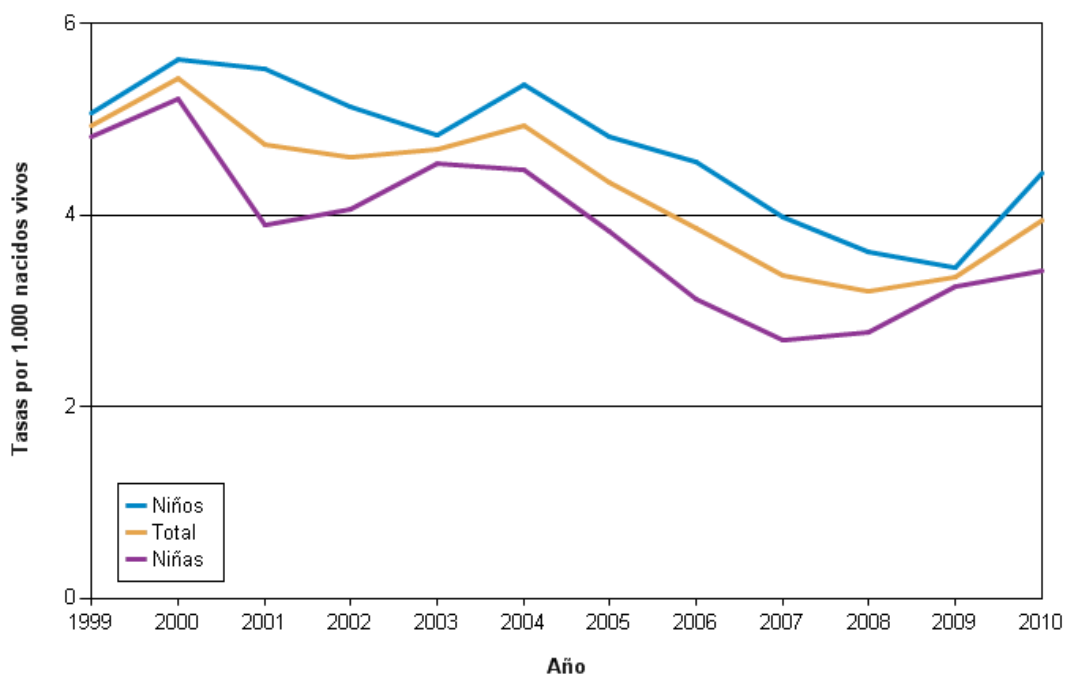
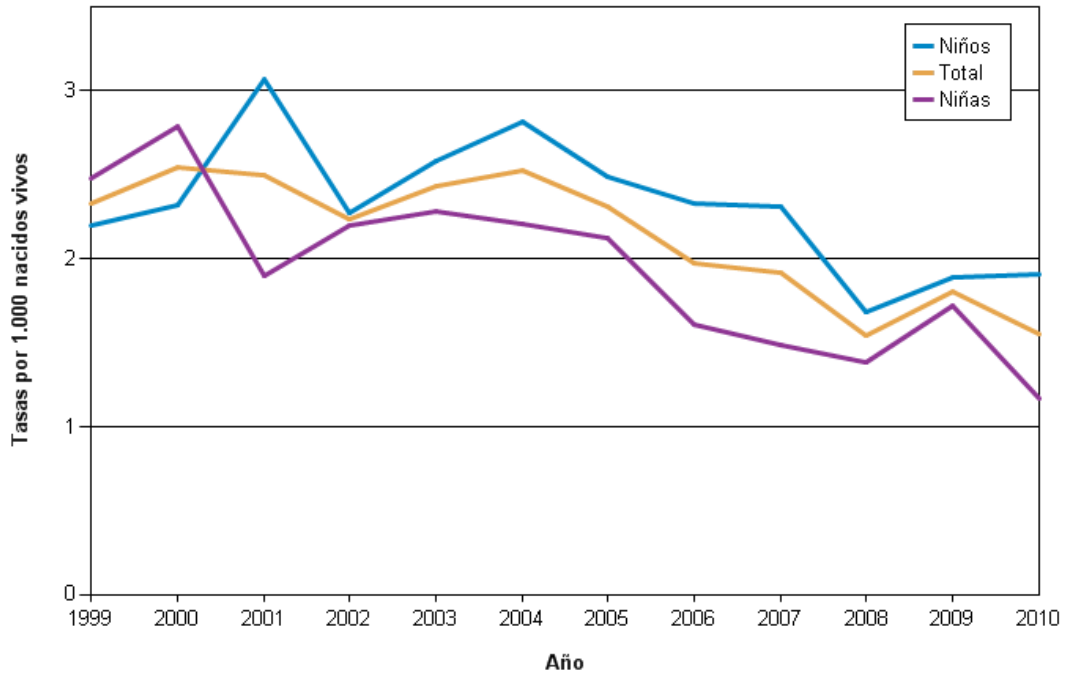


Figura 3.8. Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

Evolución de la mortalidad neonatal



Evolución de la mortalidad neonatal precoz

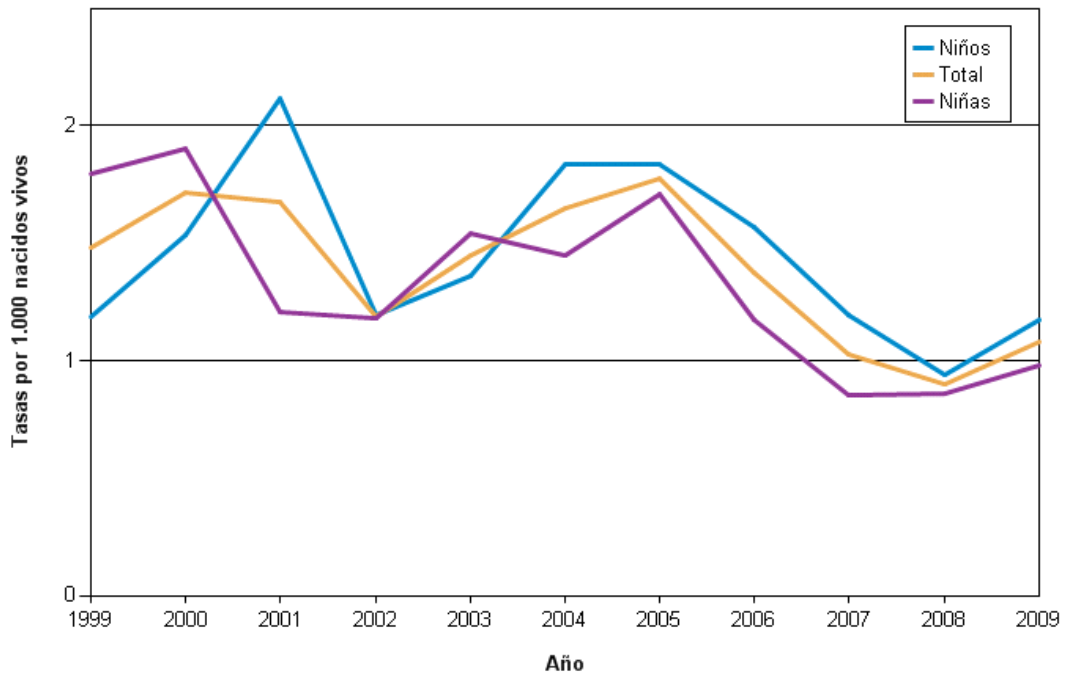
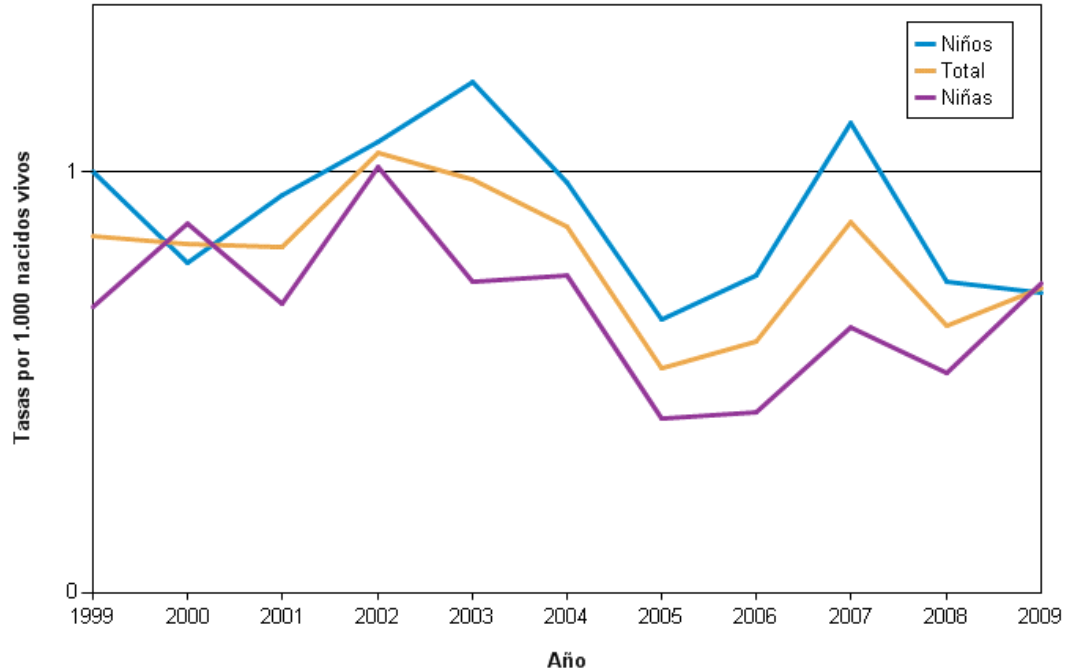


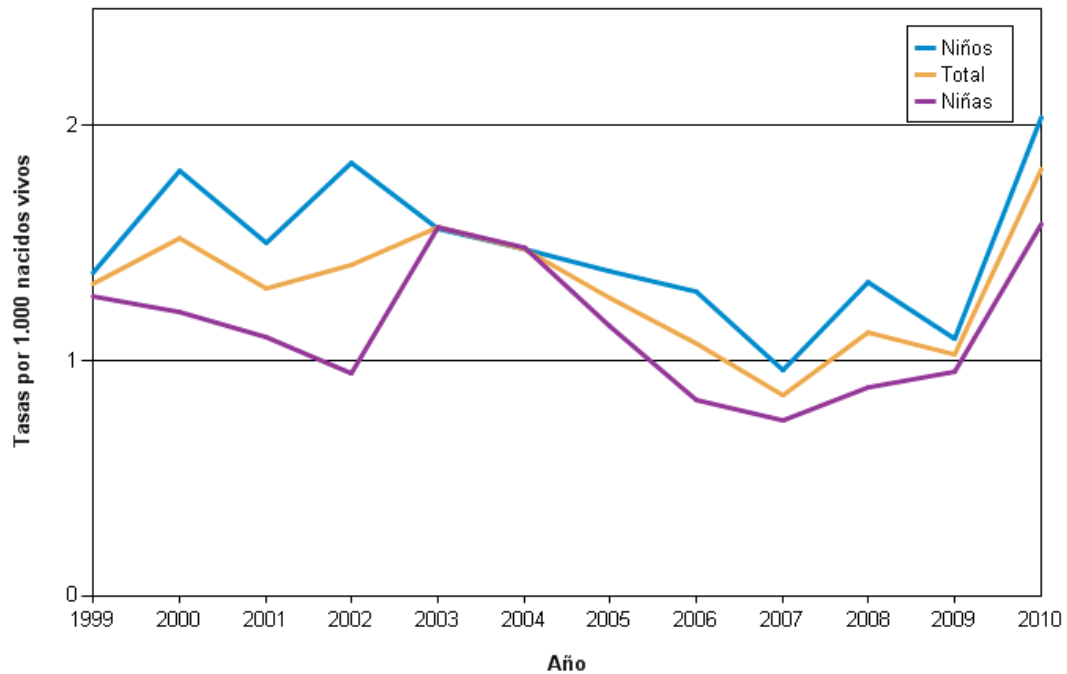
Figura 3.8 (continuación). Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

Evolución de la mortalidad neonatal tardía



Evolución de la mortalidad postneonatal



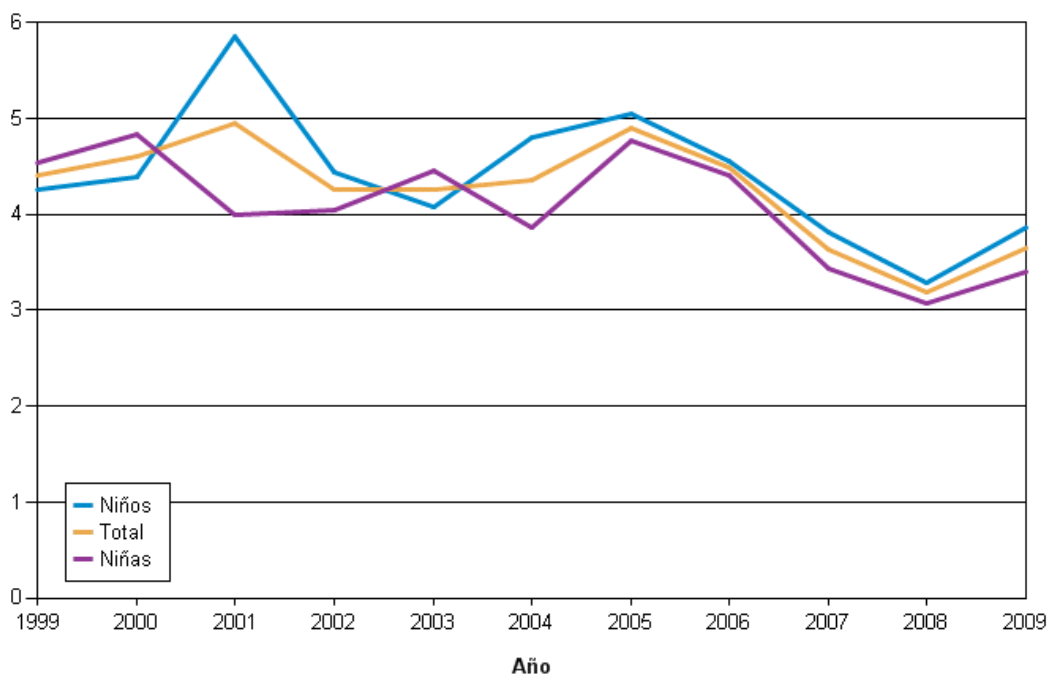
Por sexos, en toda la serie estudiada se observa una mortalidad infantil más elevada en los varones. Este comportamiento diferenciado de las tasas para cada uno de los sexos se produce también en los diferentes componentes de la mortalidad infantil.

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 3.9](#) muestra la evolución de las tasas de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos durante el periodo estudiado.

Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Comunidad de Madrid, 1999-2009.

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



En la [Tabla 3.4](#) podemos observar, para los años estudiados (1999-2010), las principales causas de mortalidad fetal tardía. Bajo la rúbrica XVI "ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" quedan englobadas el 96% de las patologías causantes de muerte antes del nacimiento, fundamentalmente recogidas bajo los códigos 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".

Tabla 3.4. Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

	CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias		1
0080 - Resto enf. infecciosas y parasit.		1
B99 - OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y LAS NO ESPECIFICADAS		1
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal		2.094
0821 - Alteraciones asociadas a enf. madre		22
P000 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE MADRE		19
P003 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTR ENF CIRCULAT Y RESP DE LA MADRE		1
P005 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRAUMATISMO DE LA MADRE		1
P009 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR AFECION MATERNA NO ESPECIFICADA		1
0822 - Complicaciones obstétricas		452
P010 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO		1
P011 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS		13
P012 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OLIGOHIDRAMNIOS		4
P013 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR POLIHIDRAMNIOS		3
P015 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR EMBARAZO MULTIPLE		3
P016 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR MUERTE MATERNA		1
P018 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRAS COMPL MATERNAS DEL EMBARAZO		4
P021 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS P OTR FORMAS DE DESPREND Y HGIA PLACENTARIO		150
P022 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS OTRAS ANOR MORF Y FUNC PLAC Y LAS NO ESPEC		37
P023 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR SINDROMES DE TRANSFUSION PLACENTAR		1
P024 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL		14
P025 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRA COMPRESION DE CORDON UMBILICAL		147
P026 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS OTRAS COMPL CORDON UMBILICAL Y LAS NO ESPEC		46
P027 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS		24
P034 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR PARTO POR CESAREA		1
P036 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CONTRACCIONES UTERINAS ANORMALES		1
P038 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTR COMPL ESPEC TRAB PARTO Y PARTO		2
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez,des		56
P059 - RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, NO ESPECIFICADO		17
P070 - PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER		5
P071 - OTRO PESO BAJO AL NACER		3
P072 - INMATURIDAD EXTREMA		23
P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO		8
0824 - Traumatismo al nacimiento		1
P112 - LESION NO ESPECIFICADA DEL ENCEFALO, POR TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO		1
0825 - Hipoxia intrauterina, asfíxia al nacer		148
P200 - HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ ANTES INICIO TRAB DE PARTO		2
P201 - HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ EN EL TRAB DE PART Y PARTO		1
P209 - HIPOXIA INTRAUTERINA, NO ESPECIFICADA		140
P25 - ENFISEMA INTERSTICIAL Y AFECIONES RELACIONADAS, ORIGEN EN EL PERÍODO PERINATAL		2
P285 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO		2
P288 - OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS DEL RECIEN NACIDO		1
0826 - Infección perinatal		5
P352 - INFECCIONES CONGENITAS POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE		1
P353 - HEPATITIS VIRAL CONGENITA		1
P358 - OTRAS ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS		1
P398 - OTRAS INFECCIONES ESPECIFICADAS PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL		1
P399 - INFECCION PROPIA DEL PERIODO PERINATAL, NO ESPECIFICADA		1
0827 - Otras afecciones periodo perinatal		1.410
P290 - INSUFICIENCIA CARDIACA NEONATAL		2
P291 - DISRITMIA CARDIACA NEONATAL		92
P503 - HEMORRAGIA FETAL HACIA EL OTRO GEMELO		1
P508 - OTRAS PERDIDAS DE SANGRE FETAL		16
P548 - OTRAS HEMORRAGIAS FETALES Y NEONATALES ESPECIFICADAS		1
P550 - INCOMPATIBILIDAD RH DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO		2
P559 - ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA		1
P610 - TROMBOCITOPENIA NEONATAL TRANSITORIA		1
P700 - SINDROME DEL RECIEN NACIDO DE MADRE CON DIABETES GESTACIONAL		3
P760 - SINDROME DEL TAPON DE MECONIO		1
P810 - HIPERTERMIA DEL RECIEN NACIDO INDUCIDA POR LAS CONDICIONES AMBIENTALES		1
P832 - HIDROPESIA FETAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD HEMOLITICA		11
P95 - MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA		1.256
P960 - INSUFICIENCIA RENAL CONGENITA		1
P964 - TERMINACION DEL EMBARAZO, FETO Y RECIEN NACIDO		2
P968 - OTRAS AFECIONES ESPECIFICADAS ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL		1
P969 - AFECION NO ESPECIFICADA ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL		18

Tabla 3.4 (continuación). Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

CIE-10	Defunciones
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	90
0830 - Malformaciones congénitas sist.nervioso	6
Q000 - ANENCEFALIA	5
Q030 - MALFORMACIONES DEL ACUEDUCTO DE SILVIO	1
0840 - Malformaciones congénitas sist.circulat.	15
Q204 - VENTRICULO CON DOBLE ENTRADA	1
Q249 - MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	13
Q270 - AUSENCIA E HIPOPLASIA CONGENITA DE LA ARTERIA UMBILICAL	1
0851 - Anomalías cromosómicas	14
Q909 - SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	2
Q911 - TRISOMIA 18, MOSAICO (POR FALTA DE DISYUNCIÓN MITÓTICA)	2
Q913 - SINDROME DE EDWARDS, NO ESPECIFICADO	5
Q917 - SINDROME DE PATAU, NO ESPECIFICADO	2
Q927 - TRIPLOIDIA Y POLIPLOIDIA	1
Q999 - ANOMALIA CROMOSOMICA, NO ESPECIFICADA	2
0852 - Otras malformaciones congenitas	55
Q330 - QUISTE PULMONAR CONGENITO	1
Q336 - HIPOPLASIA Y DISPLASIA PULMONAR	1
Q411 - AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL YEYUNO	1
Q459 - MALFORMACION CONGENITA DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA	1
Q606 - SINDROME DE POTTER	1
Q639 - MALFORMACION CONGENITA DEL RIÑÓN, NO ESPECIFICADA	1
Q790 - HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA	4
Q871 - SINDROMES DE MALFORM CONGENITAS ASOCIADAS PRINC CON ESTATURA BAJA	1
Q897 - MALFORMACIONES CONGENITAS MULTIPLES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	18
Q899 - MALFORMACION CONGENITA, NO ESPECIFICADA	26
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	1
0970 - Otros accidentes	1
X599 - EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	1
Total	2.186

Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	2
II. Tumores	4
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	2
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	6
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	5
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal	900
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	353
XVIII. Síntomas, signos y est. morbosos mal defi.	3
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	3
Total	1.278

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2011 el 85,2% de la población infantil de 0 a 4 años de edad fue atendida en Atención Primaria en el sistema sanitario público (Tabla 3.6), no observándose diferencias por sexo. Por Dirección Asistencial los porcentajes varían desde un 78,7% en la Dirección Asistencial Noroeste al 91,0% de la Dirección Asistencial Sur.

Tabla 3.6. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 0 a 4 años, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

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

DA	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	24.240	79,3	22.630	78,4	46.870	78,9
Norte	20.415	85,1	18.798	83,7	39.213	84,4
Este	23.881	86,8	22.215	84,9	46.096	85,9
Sureste	24.787	89,6	22.786	88,6	47.573	89,1
Sur	22.910	91,3	21.620	90,8	44.530	91,0
Oeste	20.001	90,7	18.699	90,3	38.700	90,5
Noroeste	22.593	78,8	21.389	78,6	43.982	78,7
CM	158.827	85,6	148.137	84,7	306.964	85,2

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 3.10). Los episodios de consulta más frecuentes se han relacionado fundamentalmente con síntomas y procesos infecciosos, correspondiendo un 23,7% a infecciones respiratorias agudas superiores (Tabla 3.7).

Figura 3.10. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

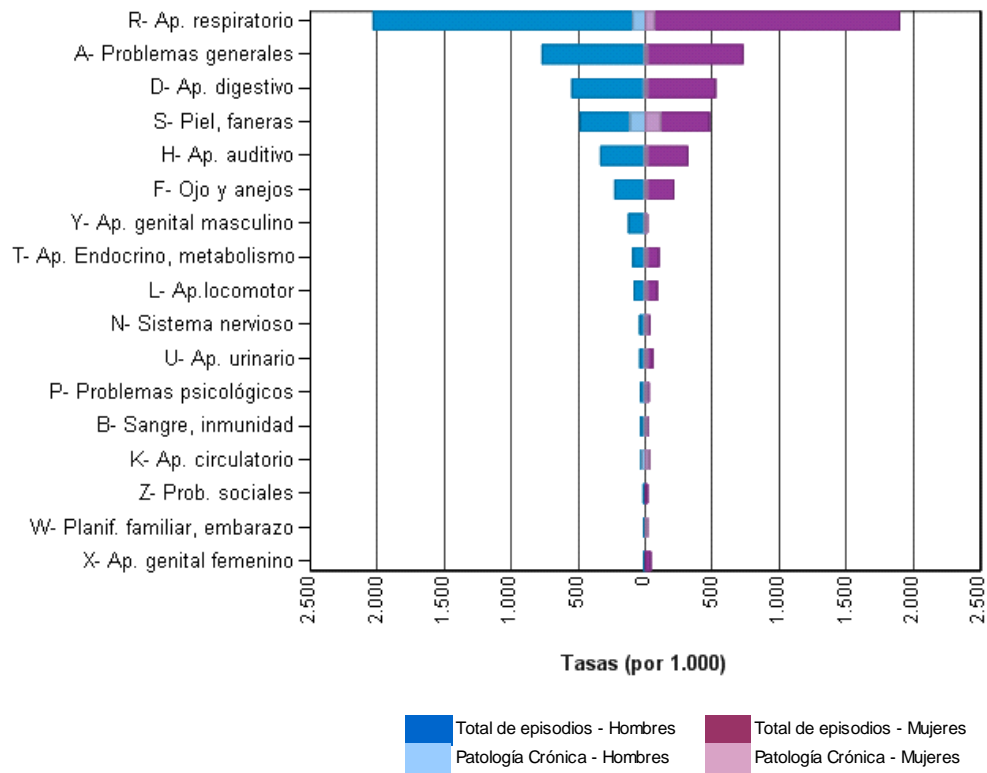


Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	Total				Niños				Niñas			
	N	%	Orden	Tasa	N	%	Orden	Tasa	N	%	Orden	Tasa
R74-Infecç respiratoria aguda superior	404.060	23,7	1	1.120,9	207.903	22,9	1	1.120,5	196.157	24,6	1	1.121,4
A03-Fiebre	101.848	6,0	2	282,5	53.400	5,9	2	287,8	48.448	6,1	2	277,0
H71-Otitis media/miringitis aguda	88.123	5,2	3	244,5	47.389	5,2	3	255,4	40.734	5,1	3	232,9
R78-Bronquitis/bronquiolitis	75.449	4,4	4	209,3	43.073	4,7	4	232,1	32.376	4,1	5	185,1
A97-Sin enfermedad	70.355	4,1	5	195,2	36.699	4,0	5	197,8	33.656	4,2	4	192,4
D73-Infección intestinal	66.859	3,9	6	185,5	36.039	4,0	6	194,2	30.820	3,9	6	176,2
R05-Tos	54.203	3,2	7	150,4	28.644	3,1	7	154,4	25.559	3,2	7	146,1
R77-Laringitis/traqueitis	42.863	2,5	8	118,9	24.128	2,7	8	130,0	18.735	2,3	8	107,1
R76-Amigdalitis aguda	34.732	2,0	9	96,4	18.831	2,1	9	101,5	15.901	2,0	9	90,9
F71-Conjuntivitis alérgica	32.826	1,9	10	91,1	17.707	1,9	11	95,4	15.119	1,9	11	86,4
R72-Faringitis/amigdalitis	32.668	1,9	11	90,6	17.849	2,0	10	96,2	14.819	1,9	13	84,7
S87-Dermatitis/eccema	32.102	1,9	12	89,1	16.784	1,8	13	90,5	15.318	1,9	10	87,6
A77-Otras enfermedades virales	32.100	1,9	13	89,0	17.050	1,9	12	91,9	15.050	1,9	12	86,0
R96-Asma	24.610	1,4	14	68,3	14.834	1,6	14	79,9	9.776	1,2	17	55,9
F70-Conjuntivitis infecciosas	21.970	1,3	15	60,9	11.827	1,3	16	63,7	10.143	1,3	14	58,0
Total	1.706.894	100		4.735,1	909.635	100		4.902,4	797.259	100		4.557,7

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, con 14.332 altas en 2011 lo que supone una tasa de 39,35 altas por mil habitantes de esa edad, seguidas por las afecciones perinatales (Tabla 3.8 y Figura 3.11).

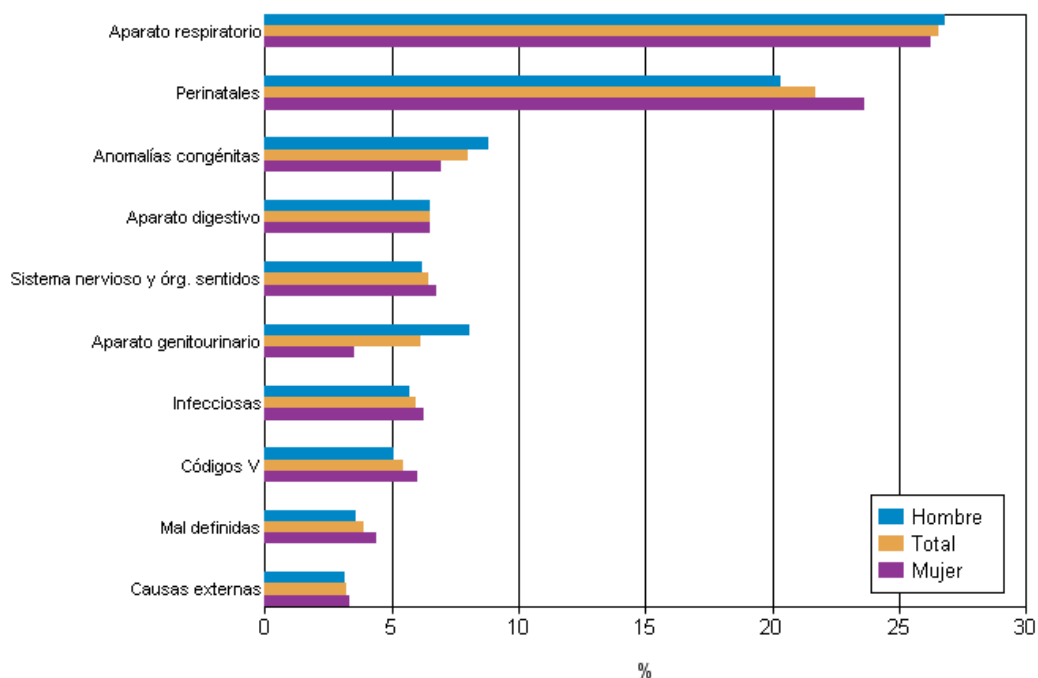
Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Total		Hombres		Mujeres	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Aparato respiratorio	14.332	39,35	8.459	45,15	5.869	33,17
Perinatales	11.720	32,17	6.420	34,27	5.283	29,86
Anomalías congénitas	4.332	11,89	2.778	14,83	1.554	8,78
Aparato digestivo	3.515	9,65	2.058	10,99	1.457	8,24
Sistema nervioso y órg. sentidos	3.480	9,55	1.966	10,49	1.514	8,56
Aparato genitourinario	3.330	9,14	2.544	13,58	786	4,44
Infecciosas	3.208	8,81	1.803	9,62	1.403	7,93
Códigos V	2.954	8,11	1.602	8,55	1.350	7,63
Mal definidas	2.116	5,81	1.128	6,02	988	5,58
Causas externas	1.742	4,78	997	5,32	745	4,21
Tumores	698	1,92	321	1,71	377	2,13
Piel y tejido subcutáneo	667	1,83	363	1,94	302	1,71
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	592	1,63	420	2,24	171	0,97
Sangre y hematopoyéticas	481	1,32	289	1,54	192	1,09
Osteomioarticulares	453	1,24	223	1,19	230	1,30
Aparato circulatorio	209	0,57	125	0,67	84	0,47
Trastornos mentales	101	0,28	71	0,38	30	0,17
Embarazo, parto y puerperio	12	0,03			12	0,07
Total	53.942	148,09	31.567	168,50	22.347	126,31

Figura 3.11. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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 2011 se produjeron 3.442 ingresos hospitalarios por bronquiolitis, de los cuales 2.940 correspondieron a menores de un año de edad (85,4%) y en el 52,8% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Los bronquiolitis que requieren ingreso fueron más frecuentes en los tres primeros meses de vida y entre los varones (Figura 3.12) y presentaron un claro incremento durante los meses de enero y diciembre (Figura 3.13), a expensas fundamentalmente de las producidas por el VRS.

Figura 3.12. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según sexo, edad y etiología. Comunidad de Madrid, 2011.

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

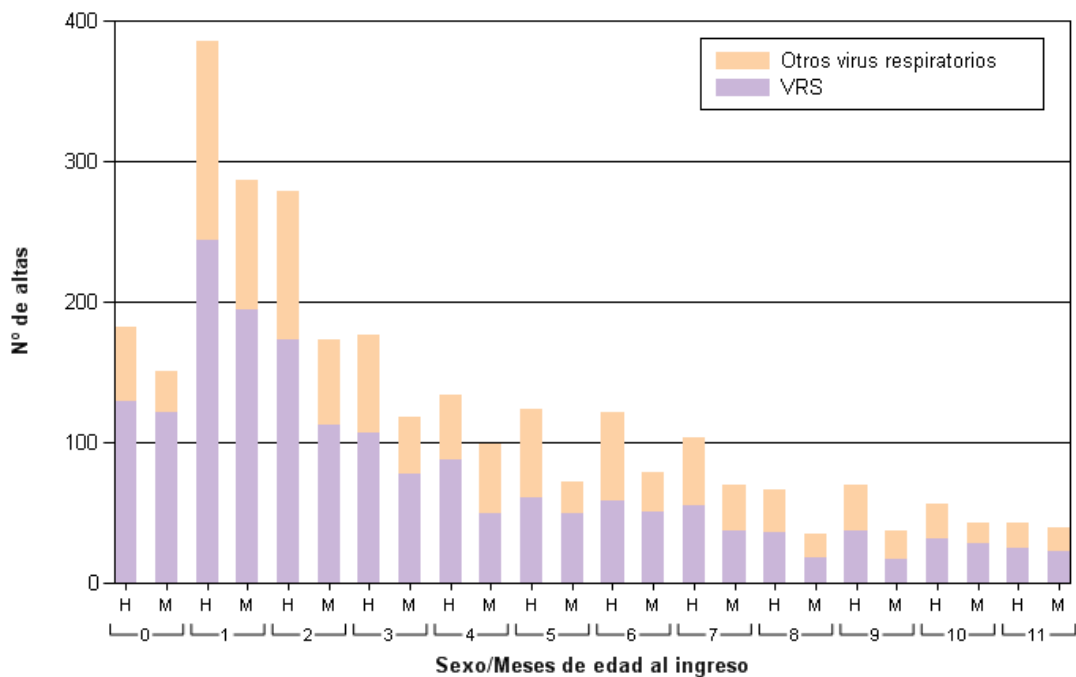
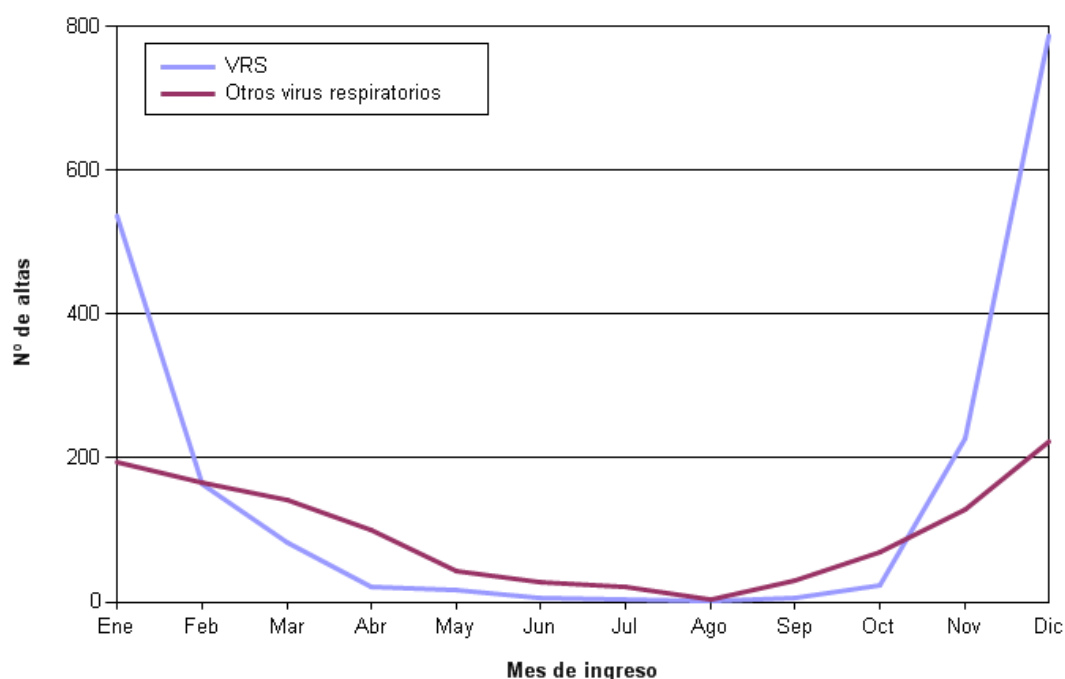


Figura 3.13. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según mes y etiología. Comunidad de Madrid, 2011.

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



3.6. Lactancia materna

La lactancia materna presenta beneficios sobre la salud de la infancia y de las madres, a corto y a largo plazo, con evidencia científica demostrada.

La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS recomienda, como estrategia de salud pública mundial, la **lactancia materna exclusiva durante seis meses** y complementada hasta los dos años o más. Y en su Objetivo 3, la Estrategia de salud del Siglo XXI propone como meta que las políticas públicas, los entornos sociales, y los servicios sanitarios promuevan y apoyen que las madres amamenten a sus hijos, de modo que, **al menos, el 60%** de los recién nacidos sean amamantados durante los 6 primeros meses de vida.

Existen intervenciones de promoción de la lactancia materna que han demostrado efectividad y eficiencia, como la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN) de UNICEF. En la Comunidad de Madrid se creó en 2009 un convenio de colaboración entre UNICEF y la Consejería de Sanidad que se mantiene en la actualidad, con el fin de promocionar una lactancia materna satisfactoria en el Servicio Madrileño de Salud, de manera respetuosa con la decisión informada de la mujer.

En España se han realizado diferentes estudios, evidenciando bajas prevalencias de lactancia materna, con diferencias entre provincias e incluso entre zonas sanitarias. Es necesario contar con indicadores cuantificables que ayuden a evaluar las acciones llevadas a cabo.

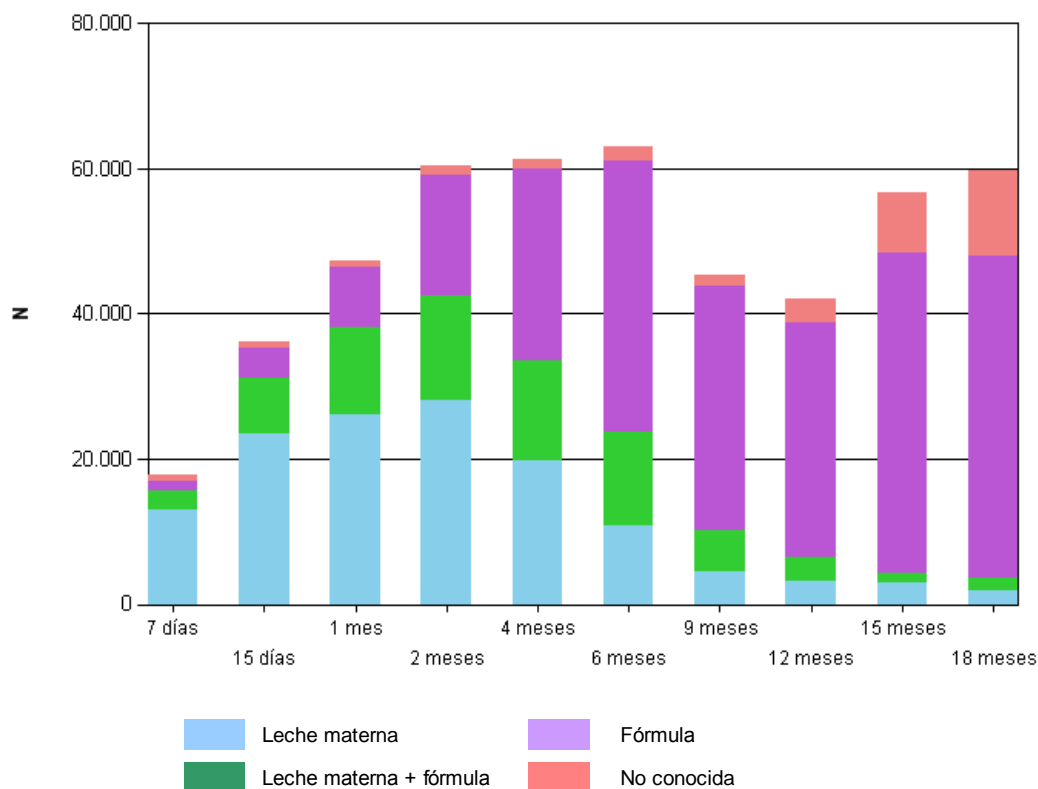
Por todo ello se planteó conocer las prevalencias de lactancia materna en los lactantes nacidos entre enero de 2008 y junio de 2009 que acuden a la consulta de revisión del niño sano en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid.

Para ello se analizaron 639.466 registros de las historias clínicas electrónicas, en el protocolo del niño sano, abiertas en OMI-AP y AP-Madrid en Noviembre de 2010. Corresponden a 87.566 lactantes nacidos en 2008 y primer semestre de 2009: 48,4% niñas y 51,6% niños (Figura 3.14). Se pudo identificar el país

de nacimiento en el 95,4% de los lactantes, habiendo nacido fuera de España el 3,1%. La duración de la lactancia se pudo estimar en el 72,6% de los lactantes. Figuraba el motivo de abandono en el 26,2% de los lactantes.

Figura 3.14. Número de lactantes con información sobre el tipo de alimentación, en cada revisión. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

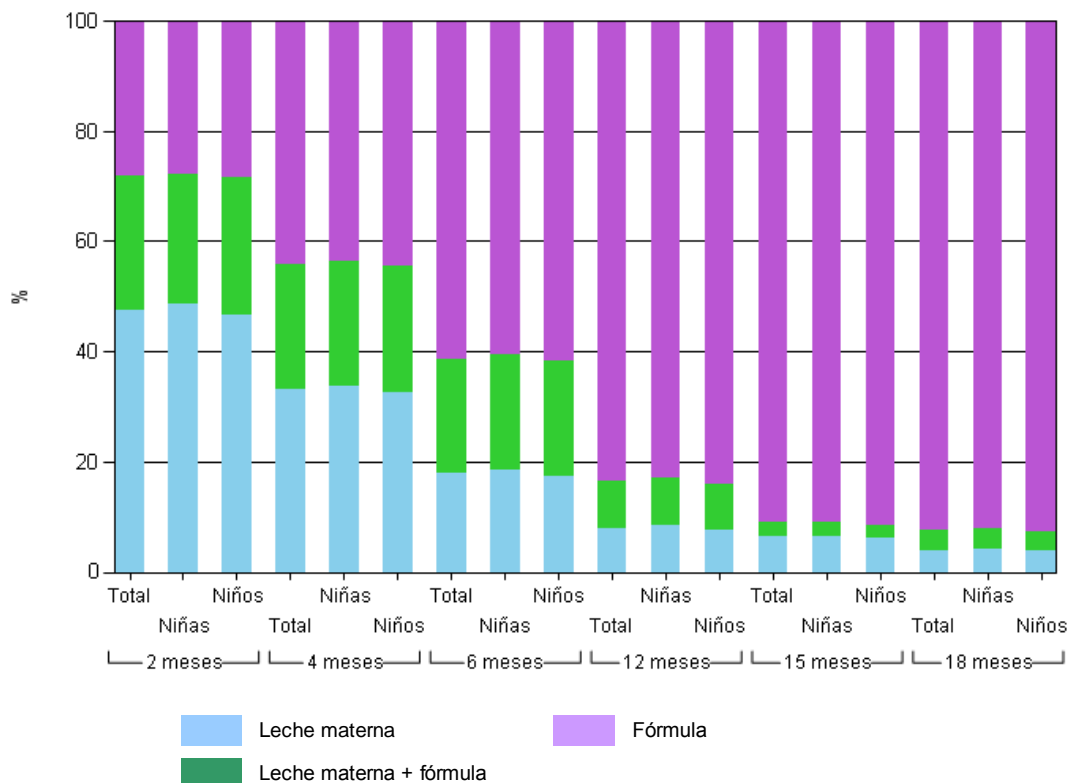
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La proporción de lactantes alimentados con leche materna (sin fórmula adaptada) fue del 47,6% a los 2 meses, 33,1% a los 4 meses y 17,9% a los 6 meses. (Figura 3.15) A los seis meses continuaban con lactancia materna en alguna medida un 38,7%, por debajo del 60% propuesto como meta por la OMS. Con respecto a la LM prolongada, al año de vida un 16,5% de los bebés tomaban leche materna, y a los 18 meses un 7,5%.

Figura 3.15. Prevalencias de lactancia en cada revisión (%). Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La **duración de la lactancia materna** media fue de 180,6 días (5,9 meses) y la mediana de 132 días (4,3 meses) (Tabla 3.9). Tanto la duración como las prevalencias de lactancia materna completa fueron más bajas en los niños que en las niñas, de manera estadísticamente significativa. Así mismo, la duración fue menor en los bebés nacidos en España que en los que han nacido fuera de España.

Tabla 3.9. Duración (en días) de la lactancia materna. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

		N	Mínima	Máxima	Media	Mediana	P
Sexo	Niñas	30.979	1	987	183,3	134	p<0,001
	Niños	32.587	1	1.010	177,9	130	
Nacido en	España	58.974	1	1.010	180,0	132	p<0,001
	No España	1.792	6	960	211,3	180	
Total		63.566	1	1.010	180,6	132	

Los **motivos de abandono** recogidos con más frecuencia fueron la hipogalactia (42,9% de los casos) y la decisión materna (27,2% de los casos) (Tabla 3.10). La falta de leche, real o percibida, es prevenible con buenas prácticas de la atención al parto y puerperio y mejorable con un apoyo experto en las dificultades.

Tabla 3.10. Motivos de abandono de la lactancia materna. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Motivos de abandono	N	% de casos
Hipogalactia	9.821	42,9
Decisión materna	6.231	27,2
Causa laboral	2.796	12,2
Enfermedad materna	1.676	7,3
Enfermedad del niño/a	455	2,0
Otros	2.464	10,8

Conclusiones:

1. Las prevalencias y la duración media de lactancia materna presentan un área de mejora en la Comunidad de Madrid con respecto a las recomendaciones de la OMS en los años 2008 y 2009.
2. El principal motivo registrado para el abandono de la lactancia materna fue la hipogalactia, que es prevenible con buenas prácticas.
3. Los registros electrónicos de base poblacional constituyen una fuente fundamental de información. Sería de utilidad una mayor homogeneidad en la cumplimentación de los datos así como la adecuación de las definiciones de los tipos de lactancia a las recomendaciones de la OMS.

Líneas de futuro:

Este estudio presenta las prevalencias de lactancia materna en la Comunidad de Madrid en 2008 y 2009. Es por tanto, una situación de partida que justifica la necesidad de actuación en este tema y posibilitará en un futuro evaluar las intervenciones que se están haciendo en la actualidad.

3.7. Conclusiones

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando hasta 2008, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Sin embargo en 2009 se inicia un descenso que continúa en 2010. Tanto el aumento como el descenso 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. En los últimos cinco años se observa una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. Al igual que en los últimos años la mortalidad infantil registrada en el año 2010 es inferior a 4 defunciones por cada mil nacidos vivos en los últimos años, si bien se observa un ligero aumento de la mortalidad infantil, de 3,23 en 2008 (la menor tasa observada en la región) a 3,92 en 2010.

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 deben incorporar las innovaciones tecnológicas de probada utilidad, así como adecuarse a las características reales de nuestra población, teniendo en cuenta 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. Debe garantizarse la máxima cobertura posible, incidiendo especialmente en alcanzar a la población más desfavorecida.

El 85,2% de la población de 0 a 4 años acudió en 2011 a los centros de Atención Primaria. Cerca un cuarto (23,7%) de los episodios atendidos correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio.

Deben 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.

La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS recomienda, como estrategia de salud pública mundial, la lactancia materna exclusiva durante seis meses y complementada hasta los dos años o más. En la Comunidad de Madrid se creó en 2009 un convenio de colaboración entre UNICEF y la Consejería de Sanidad que se mantiene en la actualidad, con el fin de promocionar la lactancia materna en el Servicio Madrileño de Salud. Analizando los datos de los registros de atención primaria del SERMAS, para los lactantes nacidos en 2008 y 2009, las prevalencias de lactancia materna completa (sin fórmula adaptada) observadas fueron del 47,6% a los 2 meses, 33,1% a los 4 meses, 17,9% a los 6 meses y 6,4% a los 15 meses. A los seis meses continuaban con lactancia materna en alguna medida un 38,7%, por debajo del 60% propuesto como meta por la OMS. Al año de vida un 16,4% de los bebés tomaban leche materna. La duración de la lactancia materna media fue de 180,6 días (5,9 meses) y la mediana de 132 días (4,3 meses). Los motivos de abandono recogidos con más frecuencia fueron la hipogalactia (42,9% de los casos) y la decisión materna (27,2%). Estos datos indican posibilidades de mejora. Un análisis similar de años posteriores permitirá evaluar las intervenciones que se están realizando en la región en la actualidad.