

Objetivo 3

Iniciar la vida en buena salud

3

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

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. Conclusiones

3.1. Indicadores generales al nacimiento

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un descenso hasta 2013 y una estabilización posterior (Figura 3.1). Esta evolución se aprecia de manera general tanto en el número de nacidos de madre española como en los de madre no española (Figura 3.2). En este sentido existe un diferente comportamiento entre los porcentajes de nacidos vivos de madre española, en las que se observa un crecimiento discreto en torno al 20-30% desde 1995, y el de madre extranjera, con un aumento muy notable hasta 2008, y una posterior tendencia descendente (Figura 3.3).

Figura 3.1. Evolución anual del número de nacidos vivos, según sexo. Comunidad de Madrid, 1998-2015.

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

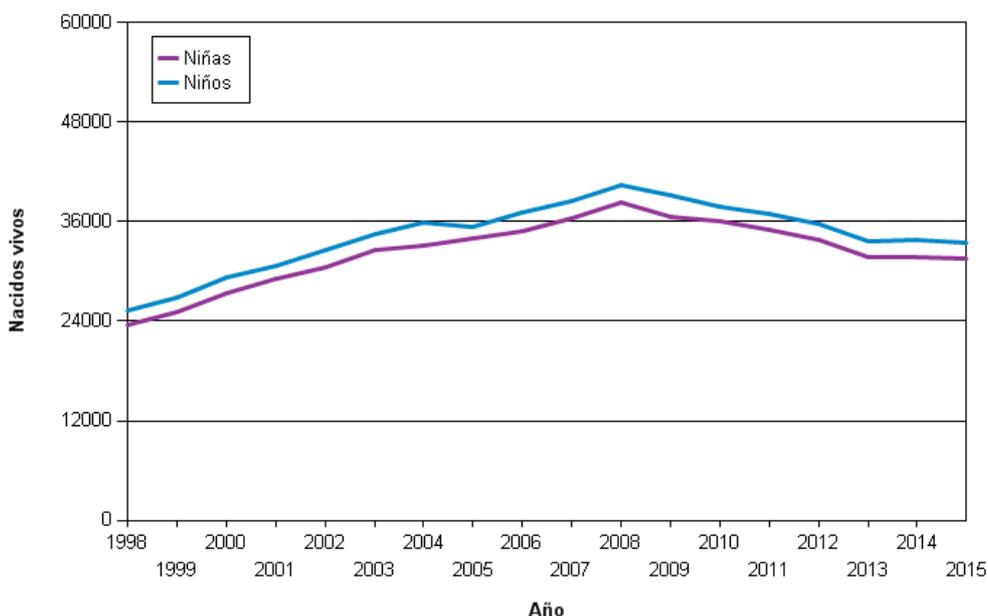


Figura 3.2. Evolución anual del número de nacidos vivos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1998-2015.

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

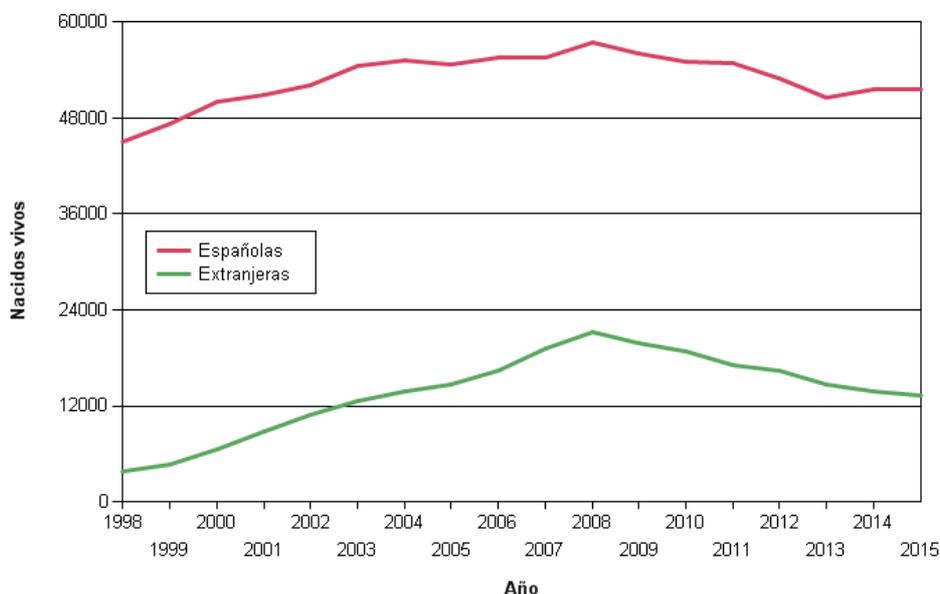
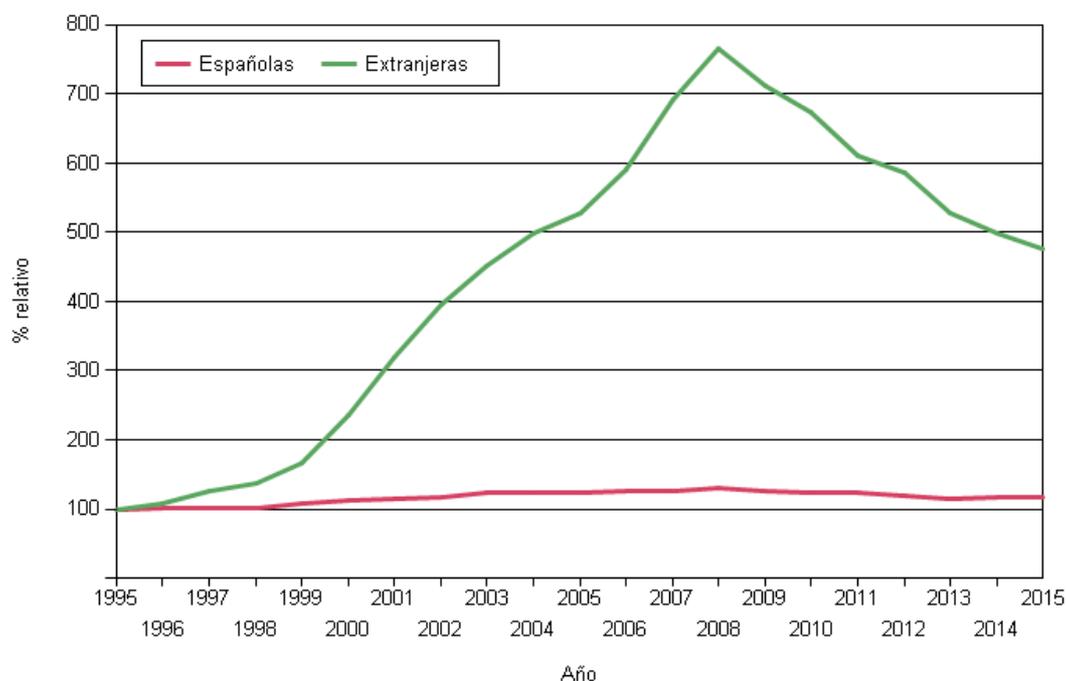


Figura 3.3. Porcentaje relativo de crecimiento anual de los partos por nacionalidad de la madre (respecto a 1995). Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. 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. Se observa un aumento del porcentaje de nacidos vivos en partos múltiples y, en los años más recientes, una tendencia a la disminución y posterior estabilización de los porcentajes de nacidos vivos en partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. La proporción de nacidos vivos cuya madre tiene 40 o más años de edad se ha incrementado de manera muy importante desde principios de los años noventa hasta la actualidad. La maternidad por debajo de los 20 años tendió a reducirse entre 1986 y finales de siglo, aumentando luego hasta el año 2008 -en paralelo con la evolución de la proporción de nacimientos de madre no española-, para volver a disminuir en los años más recientes. En la [Tabla 3.2](#) se puede ver la información desagregada por Dirección Asistencial.

Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Nacidos Vivos (NV) en partos múltiples, prematuros, distócicos, por edad de la madre, y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2015.

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

	Evolución de las características de los partos											
	NV en partos múltiples		Prematuridad (NV < 37 semanas)		NV en partos distócicos		NV por 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
2011	2.965	4,1	4.451	6,2	7.155	9,9	4.727	6,6	1.430	2,0	39	0,54
2012	3.046	4,4	4.361	6,3	7.450	10,7	5.183	7,5	1.257	1,8	89	1,28
2013	2.825	4,3	4.227	6,5	7.607	11,6	5.330	8,2	1.145	1,8	74	1,13
2014	3.041	4,6	4.375	6,7	7.941	12,1	5.839	8,9	1.076	1,6	79	1,21
2015	2.969	4,6	4.362	6,7	7.534	11,6	6.153	9,5	1.087	1,7	45	0,69

* Nacidos Vivos.

Tabla 3.2. Características de los partos por Dirección Asistencial (DA): Nacidos Vivos (NV) en partos prematuros, distócicos, por edad de la madre, y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1999-2011.

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

DA	Evolución de las características de los partos									
	Prematuridad (NV < 37 semanas)		NV en partos distócicos		NV por edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	>= 40		<20		N	Tasas (x1.000)*
Centro	11.135	7,2	20.039	13,0	7.557	4,9	4.635	3,0	108	0,70
Norte	8.599	7,5	13.019	11,4	5.606	4,9	2.018	1,8	75	0,65
Este	10.168	8,0	14.738	11,5	5.504	4,3	2.589	2,0	99	0,77
Sureste	8.952	7,1	15.019	11,9	5.245	4,2	3.454	2,7	86	0,68
Sur	7.451	7,3	12.412	12,1	2.894	2,8	2.047	2,0	49	0,48
Oeste	7.224	7,0	11.760	11,5	2.969	2,9	1.771	1,7	61	0,59
Noroeste	10.698	7,4	15.274	10,5	8.264	5,7	2.042	1,4	107	0,74
Desconocido	938	6,9	1.611	11,8	529	3,9	694	5,1	26	1,91

* Nacidos Vivos.

3.1.1. Peso al nacimiento

Desde mediados de los años ochenta se evidenció un descenso del peso medio de los recién nacidos en la Comunidad de Madrid (Figura 3.4). La leve recuperación del peso medio con el cambio de siglo se relaciona con el progresivo aumento de la proporción de nacidos vivos de madre no española, cuyo peso medio al nacer es más alto que el de los hijos de madre española (Figura 3.5). Por esta misma razón, a partir de 2008 se advierte un descenso en el peso medio al nacer, en consonancia con la disminución progresiva del número de nacimientos de madre no española registrado desde esa fecha. 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, 1986-2015.

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

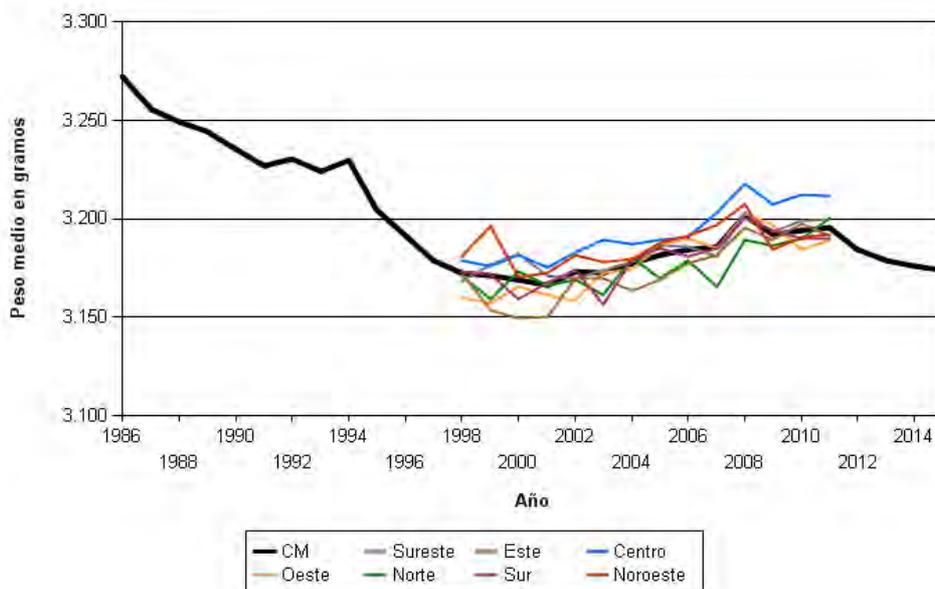


Figura 3.5. Evolución anual del peso medio al nacimiento según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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

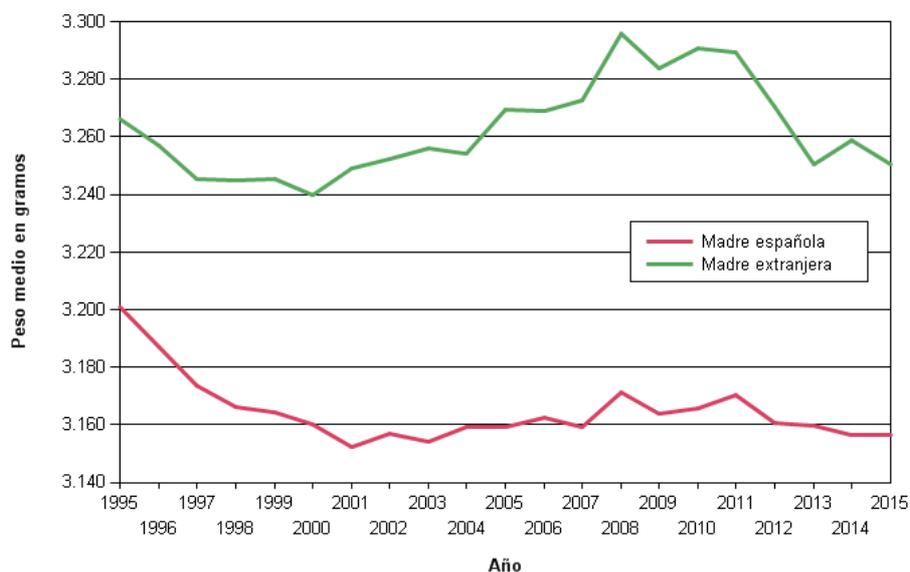
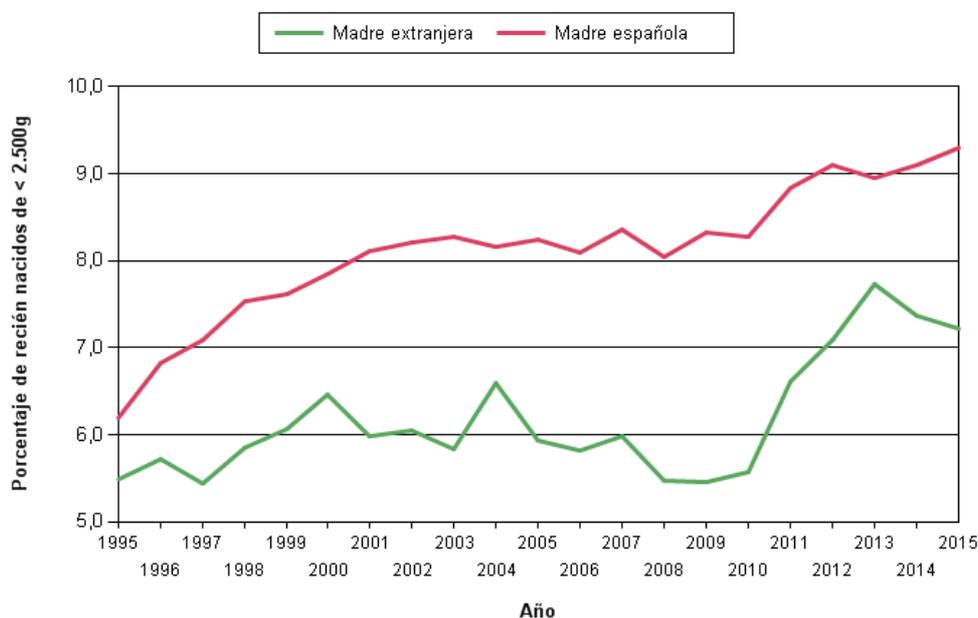


Figura 3.6. Peso al nacimiento: evolución anual del porcentaje de Nacidos Vivos con bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. 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 y muy bajo peso al nacer.

Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Dirección Asistencial (DA). Comunidad de Madrid, 1987-2011.

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

	Nacidos vivos	Peso Medio (gramos)	MBPN (<1.500)		BPN (<2.500)	
			N	%	N	%
Centro	231.749	3.205	1.349	0,6	15.870	6,8
Norte	167.350	3.190	944	0,6	11.439	6,8
Este	175.674	3.187	1.040	0,6	12.943	7,4
Sureste	194.523	3.200	1.110	0,6	13.608	7,0
Sur	119.644	3.185	783	0,7	8.982	7,5
Oeste	114.258	3.182	748	0,7	8.781	7,7
Noroeste	222.561	3.202	1.225	0,6	14.904	6,7
CM	1.479.041	3.198	8.416	0,6	100.776	6,8

El total de la Comunidad de Madrid incluye los nacidos vivos con DA desconocida.

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

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, con valores para el total de ambos sexos reunidos inferiores a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años. Al descomponer este indicador por sus principales componentes, observamos este mismo comportamiento ([Figura 3.8](#)). Los muy bajos niveles alcanzados explican la alta variabilidad que puede apreciarse en años sucesivos.

En términos generales, los varones presentan tasas de mortalidad infantil mayores que las mujeres. Esta diferencia por sexo se produce también en los distintos componentes de la mortalidad del primer año de vida (neonatal, neonatal precoz, neonatal tardía, postneonatal), aunque el bajo número de casos puede hacer, sobre todo en los indicadores por Dirección Asistencial, que este comportamiento no se cumpla en todos los años.

Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

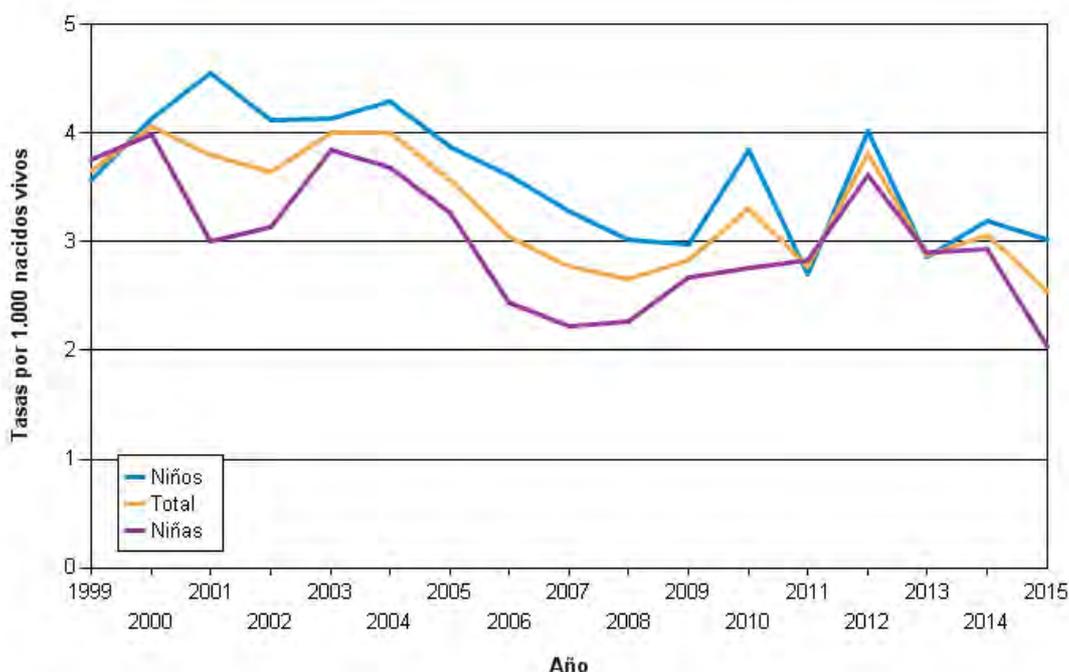
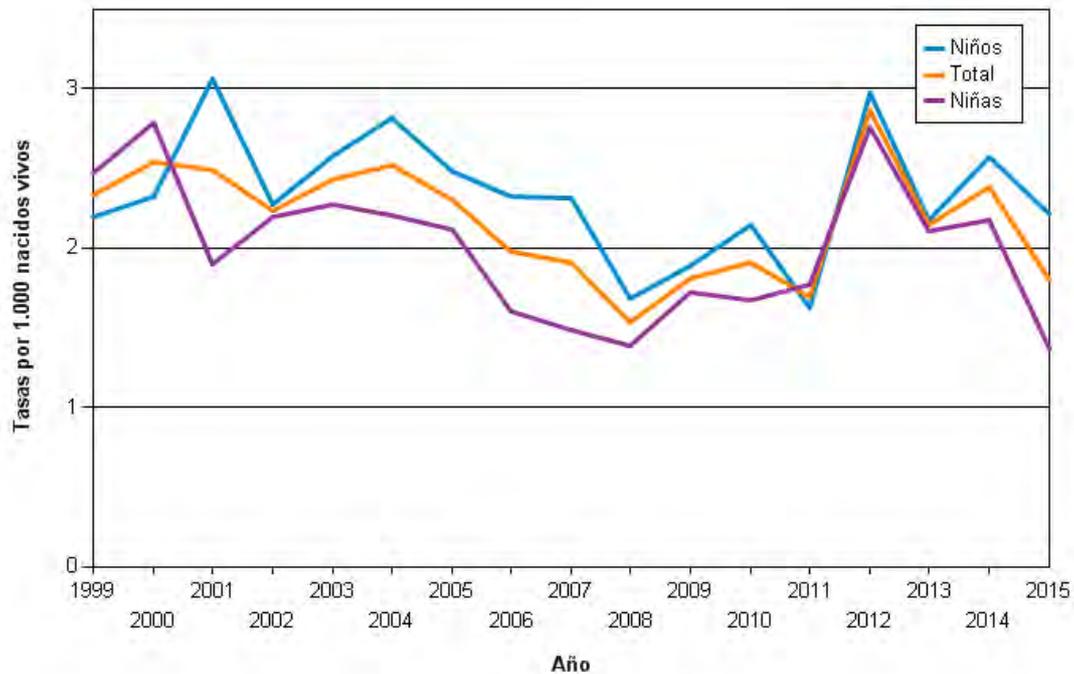


Figura 3.8. Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

Mortalidad neonatal



Mortalidad neonatal precoz

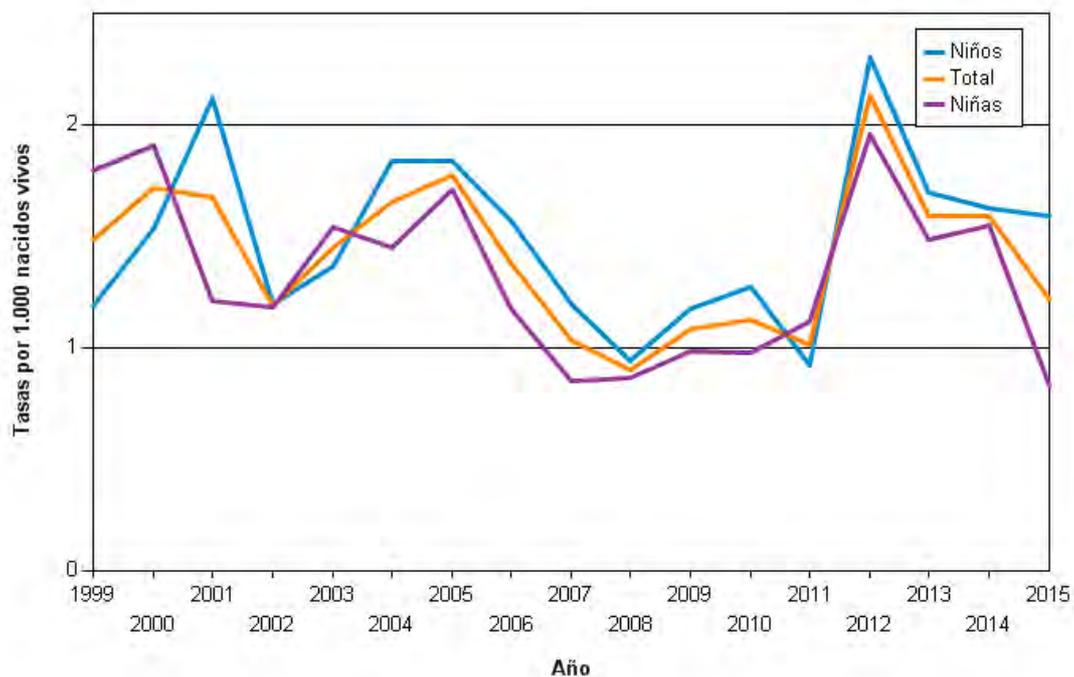
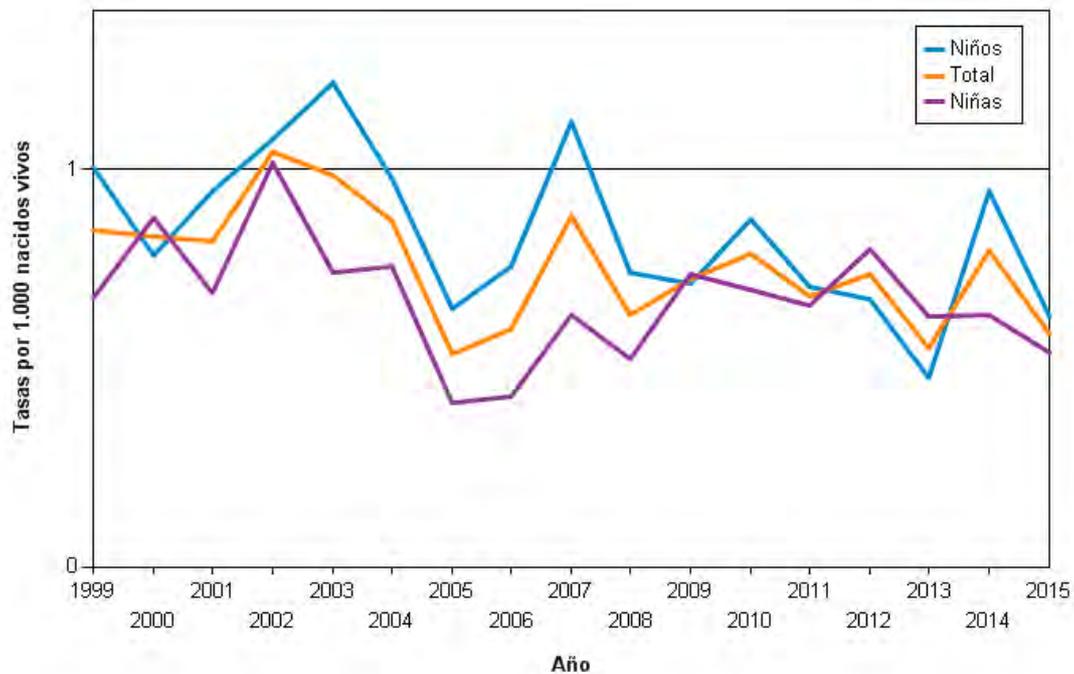


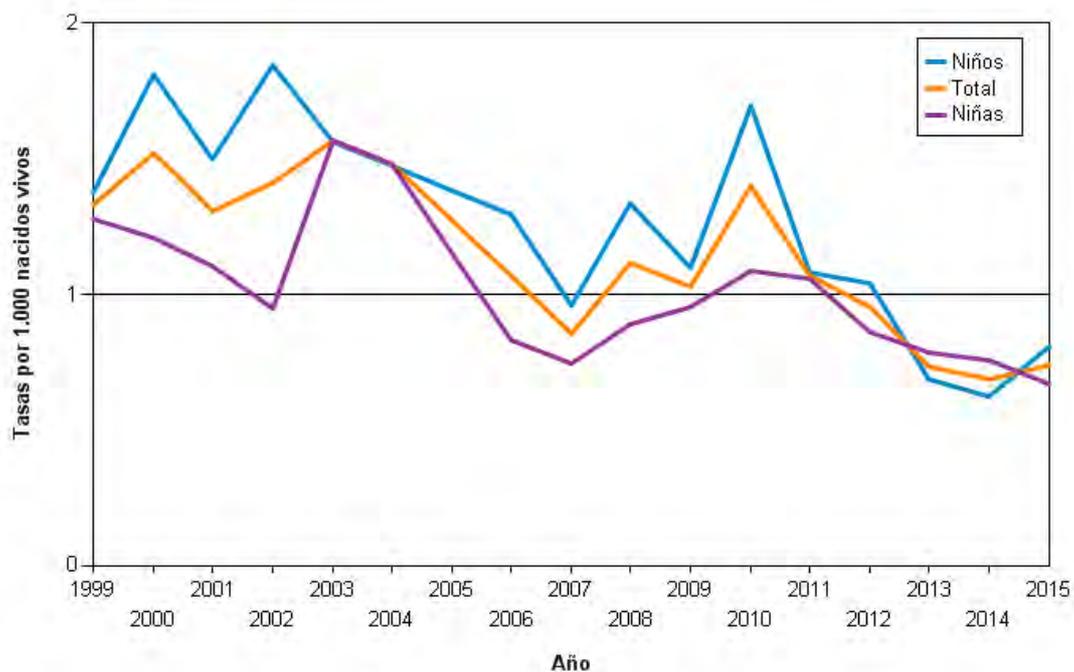
Figura 3.8 (continuación). Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

Mortalidad neonatal tardía



Mortalidad postneonatal

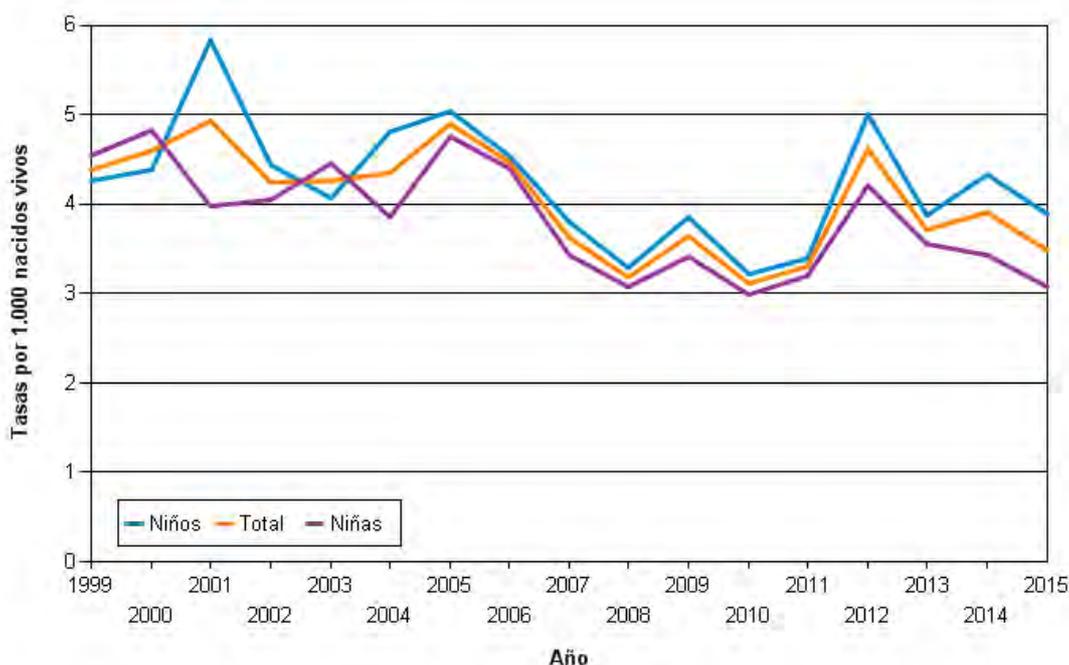


3.3. Mortalidad perinatal

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 desde 1999.

Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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



En la [Tabla 3.4](#) se presentan muertes fetales tardías por causa de defunción. Dentro del Capítulo XVI "Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) quedan englobadas más del 95% de las patologías causantes de muerte antes del nacimiento, fundamentalmente recogidas bajo los códigos 0827 ("otras afecciones del periodo perinatal") y 0822 ("complicaciones obstétricas") de la Lista Reducida de la CIE10. En la [Tabla 3.5](#) se puede apreciar 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, 1999-2015.

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

CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1
0080 - Resto enf. infecciosas y parasit.	1
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal	2.889
0821 - Alteraciones asociadas a enf. madre	33
0822 - Complicaciones obstétricas	649
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez, des	81
0824 - Traumatismo al nacimiento	2
0825 - Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer	169
0826 - Infección perinatal	11
0827 - Otras afecciones periodo perinatal	1.944
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	131
0830 - Malformaciones congénitas sist.nervioso	12
0840 - Malformaciones congénitas sist.circulat.	19
0851 - Anomalías cromosómicas	25
0852 - Otras malformaciones congenitas	75
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	1
0970 - Otros accidentes	1
Total	3.022

Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3
II. Tumores	5
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	1
IX Enfermedades del sistema circulatorio	5
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	6
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal	1.249
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	311
XVIII. Síntomas, signos y est. morbosos mal defi.	4
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	4
Total	1.588

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2015 el 92,0% de la población infantil entre 0 y 4 años de edad fue atendida en Atención Primaria en el sistema sanitario público (Tabla 3.6), observándose escasas diferencias por sexo. Por Dirección Asistencial los porcentajes de atención varían desde un 86,2% en la Dirección Asistencial Noroeste al 96,8% 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 (DA) y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

DA	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	23.558	90,0	22.552	89,1	46.110	89,6
Norte	19.893	89,8	18.622	90,1	38.515	89,9
Este	22.811	90,9	21.208	90,3	44.019	90,6
Sureste	22.795	96,2	21.572	94,5	44.367	95,4
Sur	22.120	97,8	20.401	95,9	42.521	96,8
Oeste	18.627	96,9	17.443	96,2	36.070	96,6
Noroeste	21.206	86,7	19.760	85,7	40.966	86,2
CM	151.010	92,4	141.558	91,5	292.568	92,0

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 21,4% 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, 2015.

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

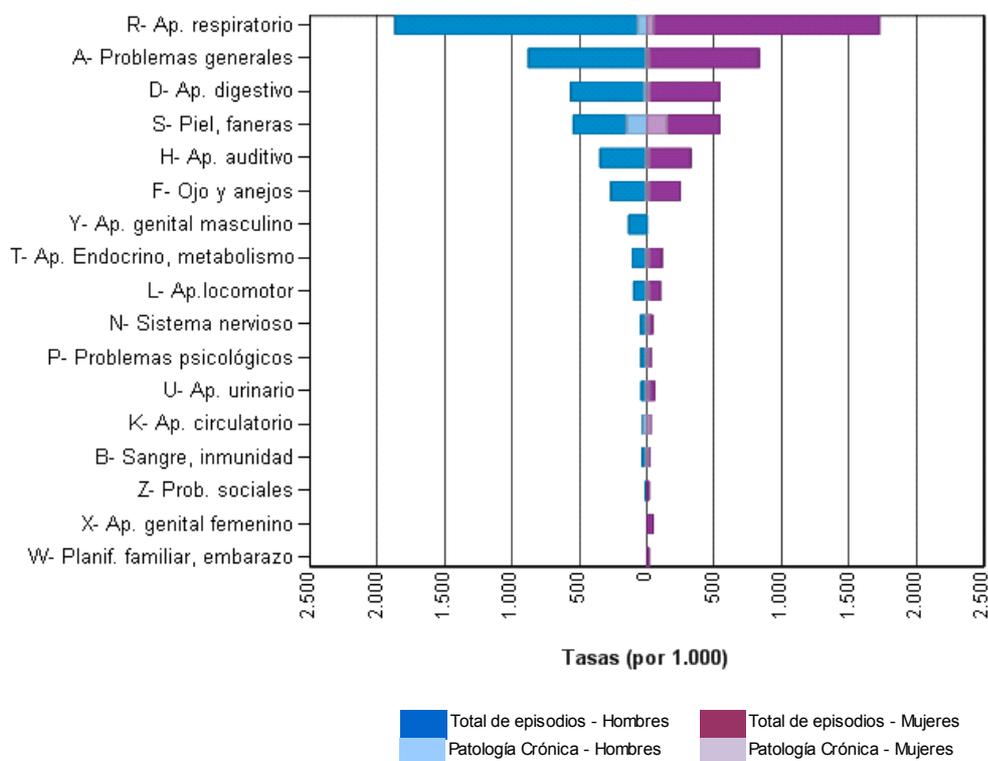


Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: 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-Infec respiratoria aguda superior	329.903	21,4	1	1.036,9	170.333	20,8	1	1.042,5	159.570	22,1	1	1.031,0
A97-Sin enfermedad	96.844	6,3	2	304,4	50.215	6,1	2	307,3	46.629	6,5	2	301,3
A03-Fiebre	88.098	5,7	3	276,9	46.146	5,6	3	282,4	41.952	5,8	3	271,0
H71-Otitis media/miringitis aguda	80.849	5,2	4	254,1	43.823	5,3	4	268,2	37.026	5,1	4	239,2
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	68.589	4,5	5	215,6	39.458	4,8	5	241,5	29.131	4,0	5	188,2
D73-Infeción intestinal inesp/posible	57.737	3,7	6	181,5	31.166	3,8	6	190,7	26.571	3,7	6	171,7
R77-Laringitis/traqueítis aguda	41.856	2,7	7	131,6	23.644	2,9	7	144,7	18.212	2,5	8	117,7
S87-Dermatitis/eccema atópico	37.988	2,5	8	119,4	19.733	2,4	8	120,8	18.255	2,5	7	117,9
F71-Conjuntivitis alérgica	36.308	2,4	9	114,1	19.587	2,4	9	119,9	16.721	2,3	9	108,0
R05-Tos	31.876	2,1	10	100,2	16.604	2,0	10	101,6	15.272	2,1	10	98,7
R72-Faringitis/amigdalitis	28.770	1,9	11	90,4	15.780	1,9	11	96,6	12.990	1,8	11	83,9
A77-Otras enfermedades	21.937	1,4	12	68,9	11.480	1,4	12	70,3	10.457	1,5	12	67,6
F70-Conjuntivitis infecciosas	20.648	1,3	13	64,9	10.967	1,3	14	67,1	9.681	1,3	14	62,5
R76-Amigdalitis aguda	20.487	1,3	14	64,4	11.095	1,4	13	67,9	9.392	1,3	16	60,7
D10-Vómito	20.130	1,3	15	63,3	10.245	1,2	16	62,7	9.885	1,4	13	63,9
Total	1.541.320	100		4.844,3	820.343	100		5.020,6	720.977	100		4.658,1

3.5. Morbilidad hospitalaria

En el grupo de edad de 0 a 4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 39,20 altas por mil habitantes de esa edad, seguidas por las afecciones perinatales (Tabla 3.8 y Figura 3.11).

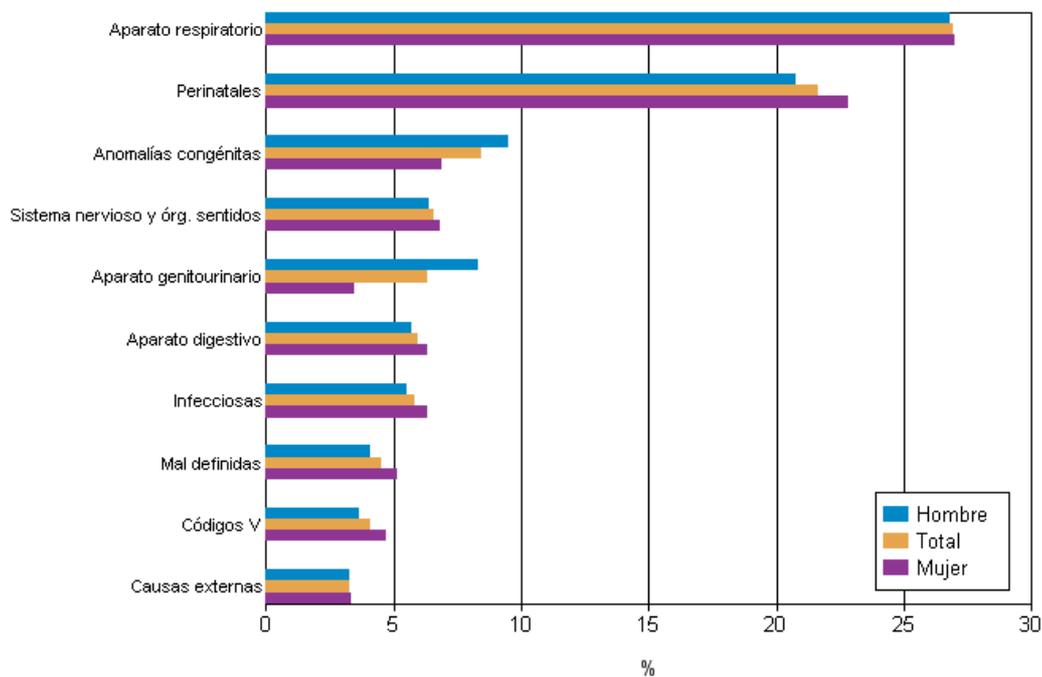
Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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	13.098	39,20	7.639	44,58	5.459	33,53
Perinatales	10.524	31,49	5.912	34,50	4.612	28,33
Anomalías congénitas	4.103	12,28	2.711	15,82	1.392	8,55
Sistema nervioso y órg. sentidos	3.208	9,60	1.822	10,63	1.385	8,51
Aparato genitourinario	3.072	9,19	2.374	13,85	698	4,29
Aparato digestivo	2.901	8,68	1.622	9,46	1.279	7,86
Infecciosas	2.852	8,53	1.576	9,20	1.276	7,84
Mal definidas	2.201	6,59	1.164	6,79	1.037	6,37
Códigos V	1.995	5,97	1.042	6,08	953	5,85
Causas externas	1.605	4,80	926	5,40	679	4,17
Tumores	769	2,30	381	2,22	388	2,38
Piel y tejido subcutáneo	663	1,98	374	2,18	289	1,78
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	498	1,49	246	1,44	252	1,55
Sangre y hematopoyéticas	496	1,48	274	1,60	222	1,36
Osteomioarticulares	411	1,23	214	1,25	196	1,20
Aparato circulatorio	198	0,59	134	0,78	64	0,39
Trastornos mentales	82	0,25	54	0,32	28	0,17
Embarazo, parto y puerperio	2	0,01			2	0,01
Total	48.678	145,67	28.465	166,10	20.211	124,15

Figura 3.11. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

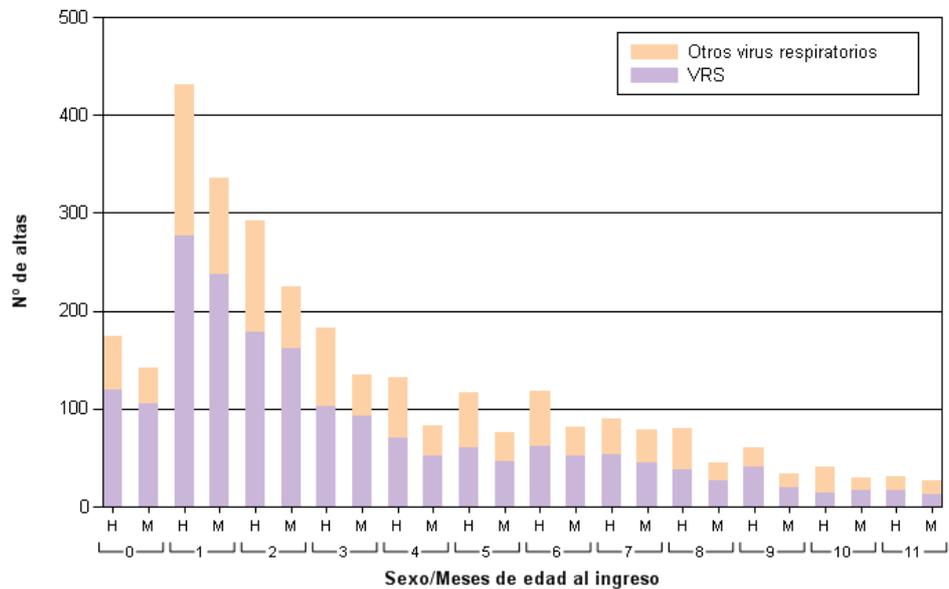
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La bronquiolitis es una infección respiratoria de etiología vírica que afecta especialmente a los lactantes y niños de menor edad, en los que puede provocar cuadros graves. A lo largo de 2015 se produjeron 3.034 ingresos hospitalarios por bronquiolitis en menores de un año de edad, de los cuales en un 62,4% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Las bronquiolitis que requieren ingreso fueron más frecuentes en los cuatro primeros meses de vida y entre los varones (Figura 3.12) y presentaron un claro incremento durante los meses de noviembre 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, 2015.

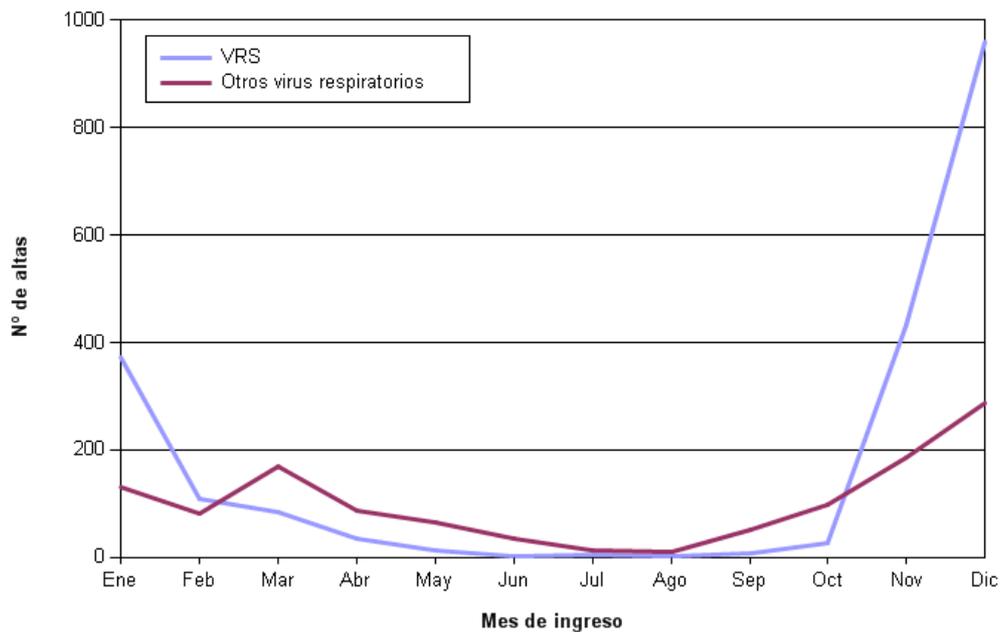
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Datos provisionales hasta la incorporación de ingresos con fecha de alta en 2016

Figura 3.13. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según mes y etiología. Comunidad de Madrid, 2015.

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



Datos provisionales hasta la incorporación de ingresos con fecha de alta en 2016

3.6. 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 hasta 2013 y una estabilización posterior. 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. Los partos prematuros aumentaron hasta 2008 y luego descendieron y se estabilizaron. Los partos distócicos aumentaron en los años noventa para descender posteriormente con oscilaciones. La mortalidad infantil registrada se mantiene por debajo de las 4 defunciones por cada mil nacidos vivos en los últimos años. Estos bajos niveles conseguidos hacen, no obstante, que pueda haber variaciones relativamente importantes en años contiguos.

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 92,0% de la población de 0 a 4 años acudió en 2015 a los centros de Atención Primaria. Un 21,4% 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.