

La salut sexual y reproductiva a la ciutat de Barcelona

Any 2013



C S B Consorci Sanitari de Barcelona

La salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Any 2013

Edició

Agència de Salut Pública de Barcelona, 2014

Responsables de l'edició

Cap de Servei de Sistemes d'Informació Sanitària: Carme Borrell

Coordinació i redacció de l'informe: Glòria Pérez

Recollida de dades de nadons: Montse Cunillé, Maitona Miranda

Responsable dels sistemes d'informació de naixements i avortaments: Glòria Perez

Responsable de mortalitat: Maica Rodríguez-Sanz

Sistema d'informació SISalut: Pere Claver Llimona

Fotografies: Agència de Salut Publica de Barcelona i Fredi Roig

Agraïments

Volem agrair la col·laboració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de l'Institut d'Estadística de Catalunya i del CatSalut, als companys i companyes de l'Agència de Salut Pública de Barcelona que han fet possible la recollida, codificació i anàlisi de tota aquesta informació.

Cita suggerida

Pérez G, Llimona P, Cunillé M, Rodríguez-Sanz M, Miranda M, Borrell C. La salut reproductiva a la ciutat de Barcelona. Any 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2014.

Índex

La salut sexual y reproductiva	1
a la ciutat de Barcelona	1
Índex.....	3
Introducció	4
1. Planificació de l'embaràs	6
2. Embarassos i naixements de mares adolescents	9
3. Us de contracepció en l'adolescència.....	13
4. Consum de tabac durant l'embaràs	17
5. Complicacions de l'embaràs part i puerperi	20
6. Naixements prematurs, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional	22
7. Mortalitat infantil i perinatal	26
8. Realització de cesària.....	31
9. Visites a obstetrícia i realització d'ecografies.....	33
10. Lactància materna	36
11. Percepció de la salut del col·lectiu LGTB	38

Introducció

Aquest és el primer any que es presenta l'informe de salut sexual i reproductiva en aquest nou format. Pretén recopilar i mostrar l'evolució dels indicadors de la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona i dels seus districtes i barris a partir de les dades més recents dels Sistemes d'Informació de Vigilància de la Salut Sexual i Reproductiva de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i d'altres institucions com el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de l'Institut d'Estadística de Catalunya i del CatSalut..

Per a poder seleccionar els indicadors més rellevants per a mostrar l'estat de salut materna, fetal i neonatal, i l'ús de serveis sanitaris s'ha seguit la llista recomanada per l'EURO-PERISTAT (1) i dels indicadors de salut sexual reproductiva recomanats per la OMS(2).

En aquest informe també volem destacar com la recerca que es fa a l'Agència de Salut Pública de Barcelona contribueix a conèixer millor la salut sexual i reproductiva de la ciutat.

Els aspectes de la salut sexual i reproductiva que es presenten en aquest document són:

Planificació familiar

1. Planificació de l'embaràs actual
2. Embarassos de mares adolescents
3. Us de contracepció en la adolescència

Salut materna, fetal, neonatal i infantil

4. Consum de tabac durant l'embaràs
5. Complicacions de l'embaràs part i puerperi
6. Naixement prematur, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional
7. Mortalitat perinatal i infantil

Atenció sanitària durant l'embaràs i part

8. Realització de cesària
9. Visites a Obstetrícia i realització d'ecografies
10. Lactància materna

Salut sexual

11. Percepció de la salut del col·lectiu LGTB

En cada un d'aquests apartats es presenta introducció, fonts d'informació, definició dels indicadors, resultats, limitacions i referències.

Els resultats detallats, així com els manuals d'elaboració i anàlisi de les dades sobre la salut sexual i reproductiva de la ciutat de Barcelona, es poden consultar a la web de l'ASPB (http://www.aspb.cat/quefem/documents_estadistiques.htm)

REFERENCIES

(1) EURO-PERISTAT. EURO-PERISTAT Indicators of perinatal health. Accessible a: <http://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html#footer>

(2) OMS. Sexual and reproductive health. Highlights topics. Accessible a: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/en/>

Planificació familiar



1. Planificació de l'embaràs

L'any 2013 la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) va ser de 17,2 per 1000 dones en edat fèrtil. Entre 2003 i 2005, les IVE es van mantenir al voltant de 10 i a partir de 2006 la taxa augmenta fins quedar per sobre dels 15 per 1000 dones en edat fèrtil. Un terç dels embarassos en dones en edat fèrtil (32%) acaben en una interrupció voluntària de l'embaràs i per tant, es considera que són embarassos no planificats. D'altra banda, un 16% dels embarassos que acaben en un naixement seria no planificat (segons declara la mare).

INTRODUCCIÓ

La capacitat d'escollir quan tenir fills és un aspecte fonamental de la salut reproductiva. Permet la participació social i econòmica de les dones i el control sobre la seva trajectòria vital (1). La disponibilitat i accessibilitat a l'anticoncepció als països desenvolupats minimitza el risc d'embaràs no planificat, si bé la utilització adequada de mètodes anticonceptius eficaços també comporta un risc mínim d'embaràs (2). La gran majoria d'embarassos no planificats i no desitjats es deuen a la incorrecta o a la no utilització dels anticonceptius eficaços. Una part d'aquests embarassos acaben en avortaments i una altra donen lloc a naixements.

Entre 1994 i 2003, la prevalença d'embaràs no planificat a la ciutat de Barcelona va ser del 42% (3) única dada analitzada que es disposa en aquest moment.

FONTS D'INFORMACIÓ

Les fonts d'informació són:

- Els naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Les IVE interrupcions voluntàries de l'embaràs del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
- L'Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Aquesta enquesta es realitza a una mostra d'unes 400 mares residents i amb un naixement en els centres sanitaris de la ciutat.
- La població del Padró d'habitants de la ciutat de Barcelona (Departament d'Estadística de Barcelona).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

Un embaràs no planificat i no desitjat és aquell en què la dona no pretenia quedar-se embarassada en el moment en què es va produir l'embaràs, tant si feia servir mètodes anticonceptius com si no (4, 5). A l'ESMI-BCN 2013 es pregunta a les mares que han tingut un naixement si era un embaràs planificat i desitjat.

- A partir d'aquesta pregunta es calcula la *prevalença de embarassos no planificats per 100 naixements*. Aquesta casos proporcionen la prevalença dels naixements no planificats que acaben en un naixement.

A partir dels naixements i dels avortaments s'obtenen el nombre d'embarassos globals:

- La prevalença d'embarassos que acaben en *d'interrupcions voluntàries de l'embaràs* (IVE) és a dir, els no planificats es defineix com el percentatge d'IVE de cada 100 embarassos.
- La *taxa embarassos globals* en edat fèrtil es el nombre avortaments sumats als naixements i dividit per la població de dones de 15 a 49 anys per 1.000.
- La *taxa de fecunditat* en dones en edat fèrtil es el nombre de nascuts vius dividit per la població de dones de 15 a 49 anys per 1.000.
- La *taxa d'IVE* en edat fèrtil es el nombre avortaments dividit per la població de dones de 15 a 49 anys per 1.000.

RESULTATS

L'any 2013 es van produir 20.618 embarassos a Barcelona dels quals 6.646 eren IVE (17,2 IVE per 1.000 dones en edat fèrtil) i 13.972 naixements (36,2 per 1.000 dones de 15 a 49 anys). Des de la dècada de l'any 2009, la taxa de fecunditat es manté amb una tendència estable en els darrers cinc anys. En canvi, sembla que les IVE mostrin un lleuger creixement en aquest any (Figura 1). Entre 2003 i 2005 les IVE es van mantenir al voltant de 10 per 1.000 dones en edat fèrtil. A partir de 2005 la taxa augmenta fins quedar per sobre dels 15 per 1.000 dones en edat fèrtil.

Bona part dels embarassos en dones en edat fèrtil (68%) acaben en un naixement, és a dir el 32% acaben en una IVE i serien no planificats. Segons l'ESMI-BCN del 2013, 16% de dones en edat fèrtil que havien tingut un naixement declaren que l'actual no era un embaràs desitjat. Per tant, la prevalença global d'embarassos no planificats és de 48% en el 2013. Utilitzant la única referència que tenim de l'estudi realitzat a Barcelona a l'any 2008 on es trobava que els embarassos no planificats eren del 41% (3) sembla haver-se produït un augment en aquests anys. La manca de planificació de l'embaràs es més freqüent entre les dones que provenen de països de renda baixa (Figura 2).

En la majoria dels embarassos no planificats que van donar lloc a un naixement, la dona feia ús d'algun tipus d'anticoncepció que va fallar (72%), la resta de dones (28%) declarava que no en va fer ús.

LIMITACIONS

El país d'origen de les dones no es va incorporar al sistema d'informació d'IVE fins l'any 2008 fins que es va poder unificar per a totes les CCAA de l'Estat espanyol.

REFERENCIES

- (1) Pillai VK, Gupta R. Cross-national analysis of a model of reproductive health in developing countries. Soc Sci Res. 2010;35:210-227.
- (2) Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Contraception. 2010 10;82(4):337-344.
- (3) Font-Ribera L, Perez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and in pregnancy outcomes. J Urban Health. 2008;85(1):125-35.
- (4) Fischer RC, Stanford JB, Jameson P, DeWitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. J Fam Pract. 1999 02;48(2):117-122.

(5) Klerman LV. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. Matern Child Health J. 2000 09;4(3):155-162.

Figura 1. Evolució anual de la fecunditat, de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) i els embarassos en dones de 15 a 49 anys, Barcelona 2003-2013

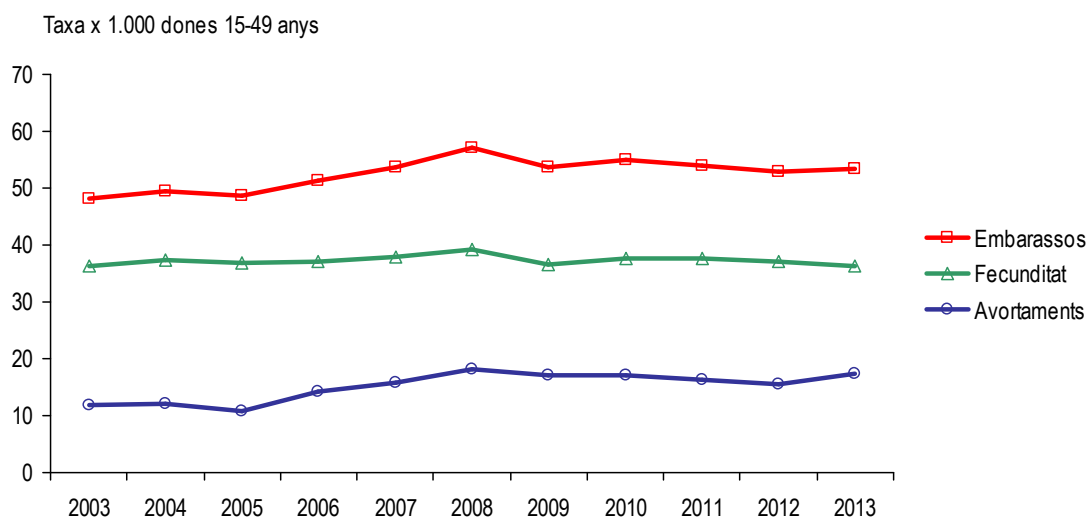
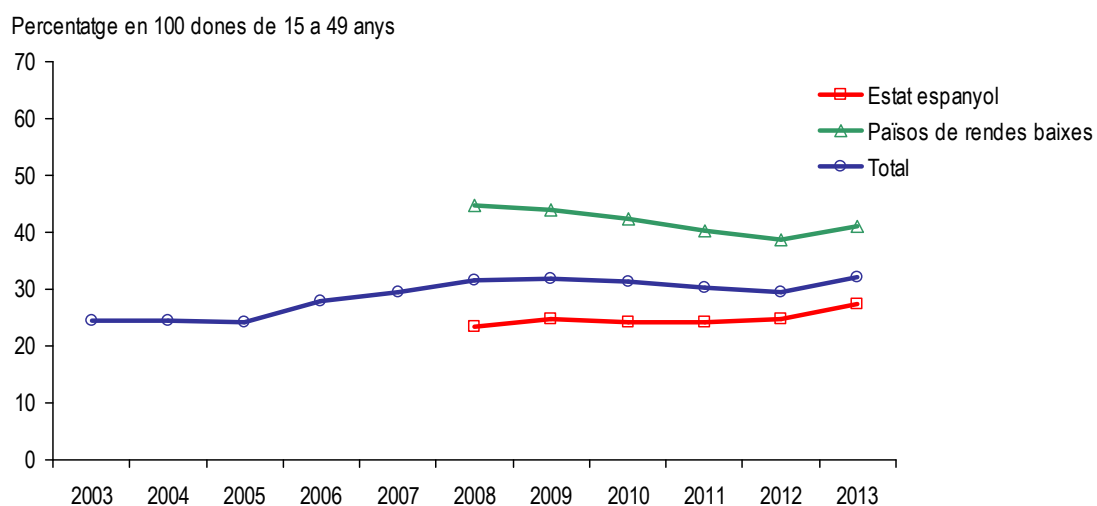


Figura 2. Evolució de l'embaràs no planificat en dones de 15 a 49 anys segons país d'origen pels anys 2003-2013, Barcelona.



2. Embarassos i naixements de mares adolescents

Els embarassos que es produeixen en l'adolescència són majoritàriament embarassos no planificats, ja que el 73% acaben en una IVE. La taxa de fecunditat es de 7 per 1.000 dones de 15 a 19 anys.

Es produeix el descens de la taxa de fecunditat de les dones adolescents, tot i que amb una distribució desigual, essent els districtes i els barris més pobres de la ciutat on es produeixen més freqüentment naixements en dones adolescents.

Les dones adolescents de països de renda baixa tenen taxes de fecunditat més altes tot i mostrar un davallada en els darrers anys.

ANTECEDENTS

Segons UNICEF (1), la prevenció dels embarassos no desitjats permet a les adolescents finalitzar l'educació i adquirir els coneixements fonamentals per al creixement personal. D'altra banda, les dones més joves de classes socials desfavorides són les que més freqüentment tenen un embaràs no desitjat i no planificat (2) i les que tenen una taxa més alta d'avortaments (3, 4).

FONTS D'INFORMACIÓ

S'utilitzen tres fonts d'informació:

- Els Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Les IVE del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- La població del Padró d'habitants de la ciutat de Barcelona (Departament d'Estadística de Barcelona).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

- La *taxa de fecunditat* en dones de 15 a 19 anys es el nombre de nascuts vius dividit per la població de dones de 15 a 19 anys per 1.000.
- La *taxa d'IVE* en edat fèrtil es el nombre avortaments dividit per la població de dones de 15 a 19 anys per 1.000.
- La *taxa d'embarassos de dones de 15 a 19 anys* es defineix com el nombre de nascuts vius de dones de 15 a 19 anys i IVE en dones de 15 a 19 anys per cada 1.000 dones en la edat.

RESULTATS

A Barcelona, la taxa d'embarassos en dones adolescents sembla mantenir-se al voltant de 26 per 1000 dones de 15 a 19 anys en els darrers tres anys. Igualment, les IVE i la fecunditat es mantenen sense gran variacions en els darrers quatre anys (Figura 1). Tot i que la majoria dels embarassos (73%) en aquesta edat acaben en una IVE, l'any 2013 es

van produir 213 naixements de mares adolescents (taxa de fecunditat de 7 per 1000 dones de 15 a 19 anys).

La taxa de fecunditat en dones adolescents no es homogènia a la ciutat. Mostrant un patró lligat a la riquesa dels barris. Els barris de Nou Barris com Vallbona i Roquetes, el barri de Baró de Viver a Sant Andreu, el barri de la Marina del Prat Vermell en el districte de Sants – Montjuïc, el barri del Besos i Maresme en el districte de Sant Martí i el del Raval a Ciutat Vella són alguns dels barris que presenten una major freqüència de naixements en dones adolescents (Figura 2).

Els districtes de Ciutat Vella, Sants – Montjuïc i Nou Barris mostren la taxa de fecunditat adolescent per sobre de la de la ciutat en tots els períodes estudiats i l'Eixample, Les Corts, Sarrià – Sant Gervasi i Gràcia tenen les taxes de fecunditat per sota de la de Barcelona en tots els períodes estudiats. Al llarg del temps es produeix una evolució desigual entre els districtes. En la majoria dels districtes de la ciutat, la fecunditat adolescent mostra una davallada en els dos darrers períodes. No obstant, a Ciutat Vella la fecunditat va créixer fins 2006-2008 per a disminuir en els següent períodes. A Nou Barris, les taxes de fecunditat adolescent van continuar pujant fins el període 2009-2011 arribant a tenir les taxes de fecunditat adolescent més altes de la ciutat i només en el darrer període s'han reduït les taxes lleugerament. A Sants - Montjuïc, tot i no tenir taxes tan altes com els altres dos districtes, les taxes de fecunditat adolescent no s'han modificat excepte pel darrer període amb una lleugera modificació (Figura 3).

Per país d'origen, la taxa de fecunditat de les dones adolescents procedents de països desfavorits, es entre 4 i 6 vegades més alta que la de les dones autòctones, tot i la disminució dels darrers períodes (Figura 4).

LIMITACIONS

La selecció de casos d'IVE de dones residents a la ciutat de Barcelona es fa a partir de la declaració de residència a la ciutat de les dones. L'adjudicació dels casos als districtes de residència es fa a partir dels codis postals autodeclarats. L'equivalència entre codis postals i districtes no és exacte i els casos es distribueixen proporcionalment. D'altra banda, els codis postals no estan sotmesos a control de qualitat per la qual cosa hi ha un percentatge de casos amb codi postal erroni o que clarament pertanyen a altres poblacions. Es per això que no es mostren les taxes d'IVE o d'embarassos per divisions territorials de la ciutat.

El darrer període d'estudi (2011-2013) inclou l'any 2011 que també s'utilitza per calcular l'anterior període (2009-2011) per a poder comptar amb tres anys en cada període.

REFERENCIES

- (1) UNICEF. 'A league table of teenage births in rich nations', Innocenti Report CardNo.3, July 2001. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. Accesible a: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>
- (2) Font-Ribera L, Perez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and in pregnancy outcomes. J Urban Health. 2008;85(1):125-35.
- (3) Perez G, García-Subirats I, Rodríguez-Sanz I, Díez E, Borrell C. Trends inequalities in induced abortion according to educational level among urban women. J Urban Health 2010;87(3):524-30.
- (4) Malmusi D, Pérez G. Aborto legal en mujeres inmigradas en un entorno urbano. Gac Sanit 2009;23 Suppl 1:64-6.

Figura 1. Evolució dels embarassos, els naixements i les Interrupcions voluntàries de l'embaràs en dones de 15 a 19 anys als districtes de la ciutat els anys 2003-2005, 2006-2008, 2009-2011 i 2012-2013, Barcelona.

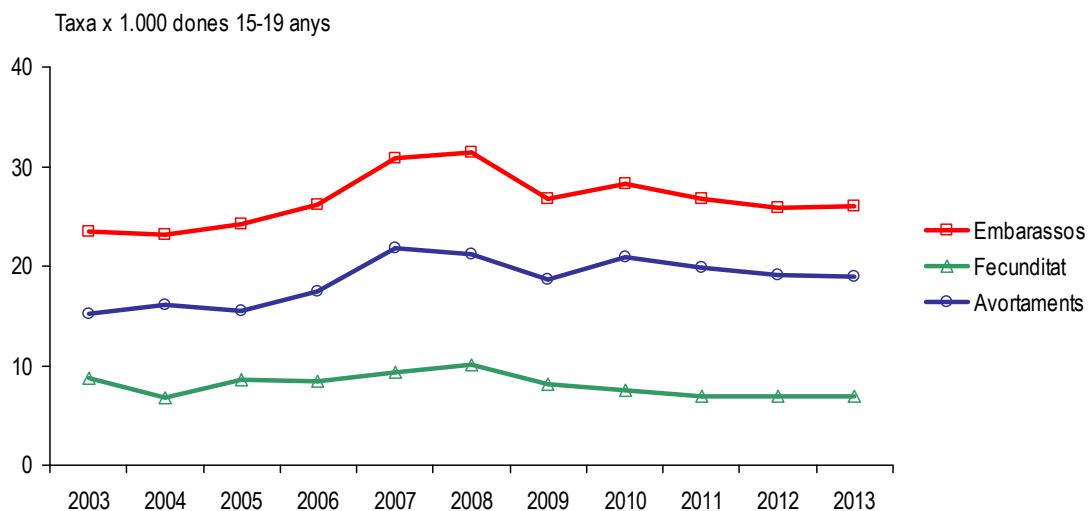


Figura 2. Distribució dels naixements en dones de 15 a 19 anys als barris de la ciutat els anys 2009-2013, Barcelona.

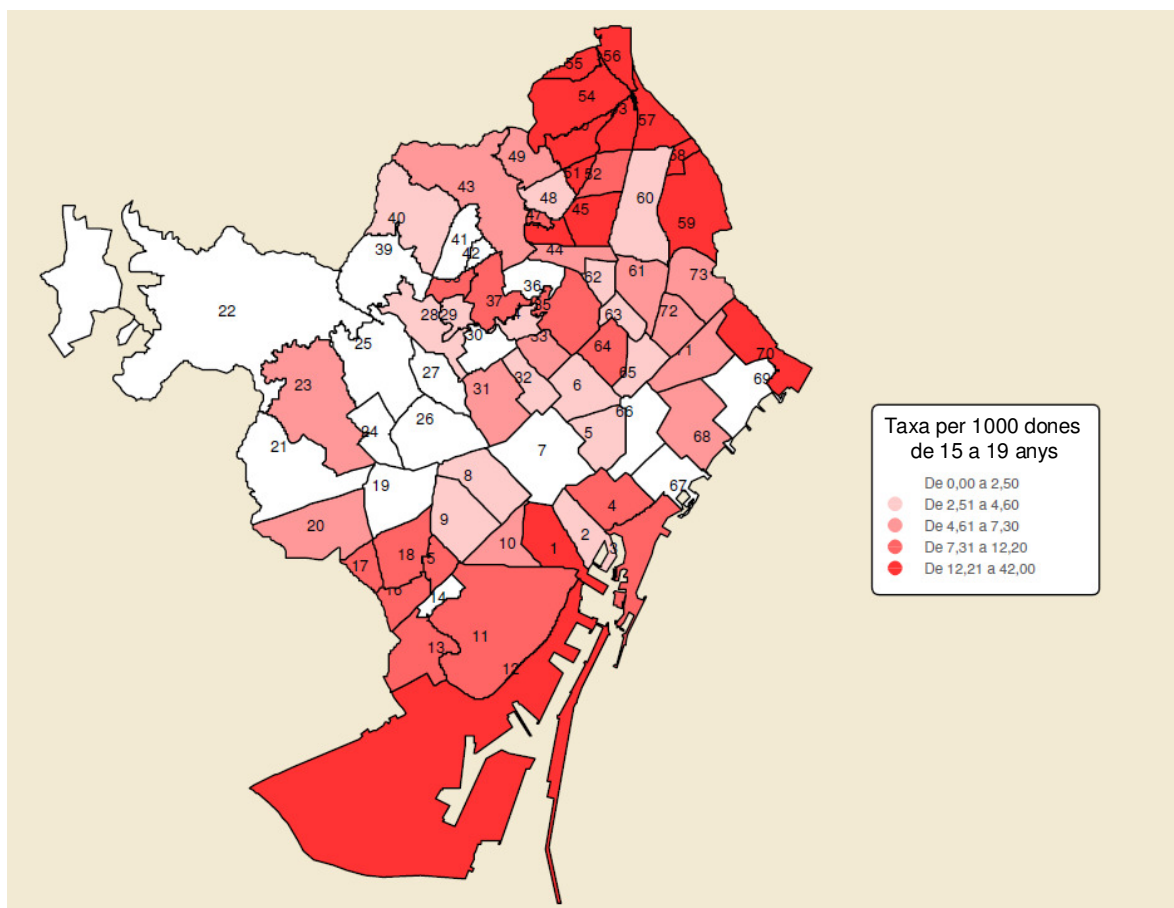


Figura 3. Evolució de la fecunditat en dones de 15 a 19 anys als districtes de la ciutat els anys 2003-2005, 2006-2008, 2009-2011 i 2012-2013, Barcelona.

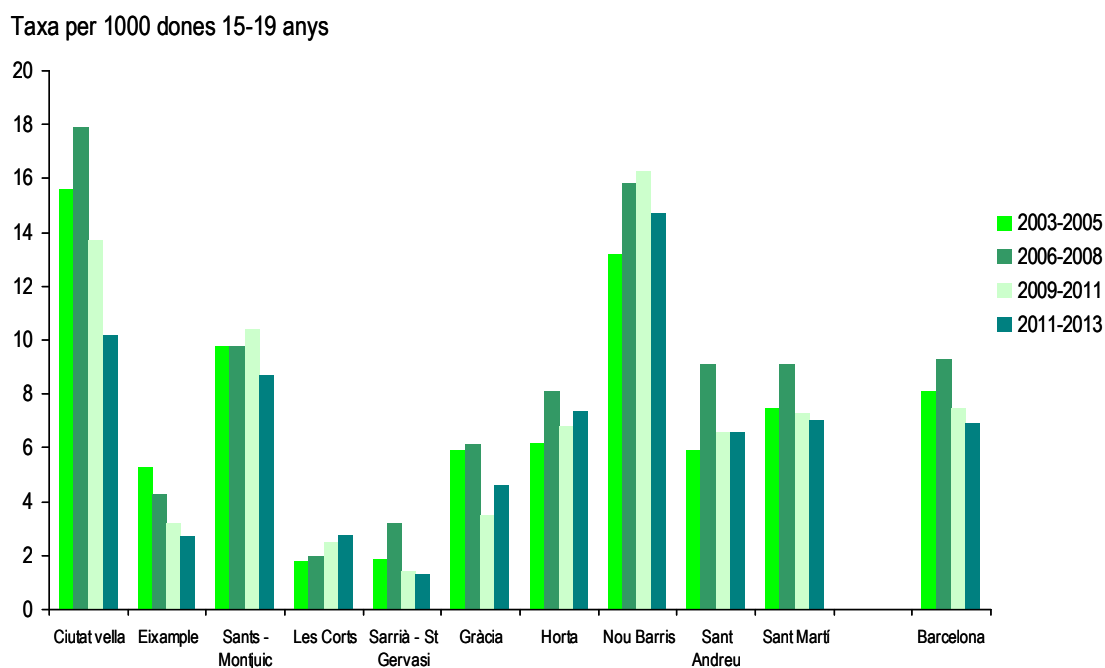
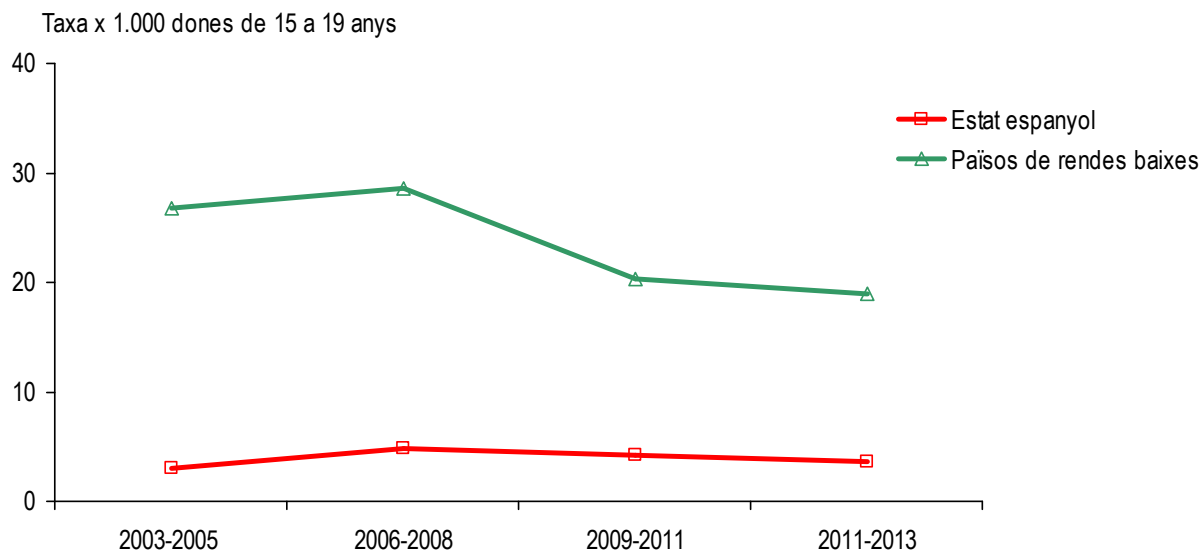


Figura 4. Evolució de la fecunditat en dones de 15 a 19 anys segons país d'origen pels anys 2003-2005, 2006-2008, 2009-2011 i 2012-2013, Barcelona



3. Us de contracepció en l'adolescència

L'any 2012, el percentatge de nois de 15-16 que declara haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració és del 78,7% i del 76,2% als 17-18 anys. Aquests percentatges són inferiors en les noies de 15-16 anys (70,4%) i especialment en les de 17-18 anys (64,7%).

S'observa una important disminució de l'ús de preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració en nois i noies i en tots els grups d'edat en l'any 2012 respecte als anteriors.

INTRODUCCIÓ

El preservatiu és l'únic mètode anticonceptiu que protegeix alhora dels embarassos no desitjats i de les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS). És el mètode més utilitzat entre els adolescents, tot i que el fan servir amb la intenció de prevenir embarassos no desitjats, més que d'evitar les ITS.

L'educació sexual és el pas previ i necessari perquè els programes preventius tinguin efecte. No obstant això, únicament l'educació sexual dirigida únicament a millorar els coneixements, no és capaç de modificar les conductes i els hàbits (1) igual que passa amb els programes de prevenció de conductes de risc.

FONTS D'INFORMACIÓ

Les Enquestes FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) de diversos anys de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (2).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

A partir de la pregunta "Quin mètode vas fer servir en la teva darrera relació sexual amb penetració?" es descriu *la prevalença d'ús de preservatiu* en nois i noies escolaritzats a 4t d'ESO i de 2n Batxillerat i CFGM que declara haver utilitzat el preservatiu com a mètode anticonceptiu en la darrera relació sexual amb penetració dels que han mantingut relacions sexuals.

RESULTATS

Les relacions sexuals s'inicien cada vegada en edats més joves. Segons l'enquesta FRESC, a Barcelona, en l'any 2012, el 26% dels nois i el 25% de les noies de 4t d'ESO (15-16 anys) han mantingut relacions sexuals amb penetració. Aquest percentatge es duplica en els nois (56%) i noies (62%) de 2n de batxillerat i cicles formatius (17-18 anys).

L'any 2012, el percentatge de nois que declara haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració és del 78,7% a 4t d'ESO i del 76,2% a 2n de batxillerat i Cicles Formatius de Grau Mig (CFGM). Aquests percentatges són inferiors entre les noies de 4t d'ESO (70,4%) i especialment entre les de 2n de batxillerat i CFGM (64,7%).

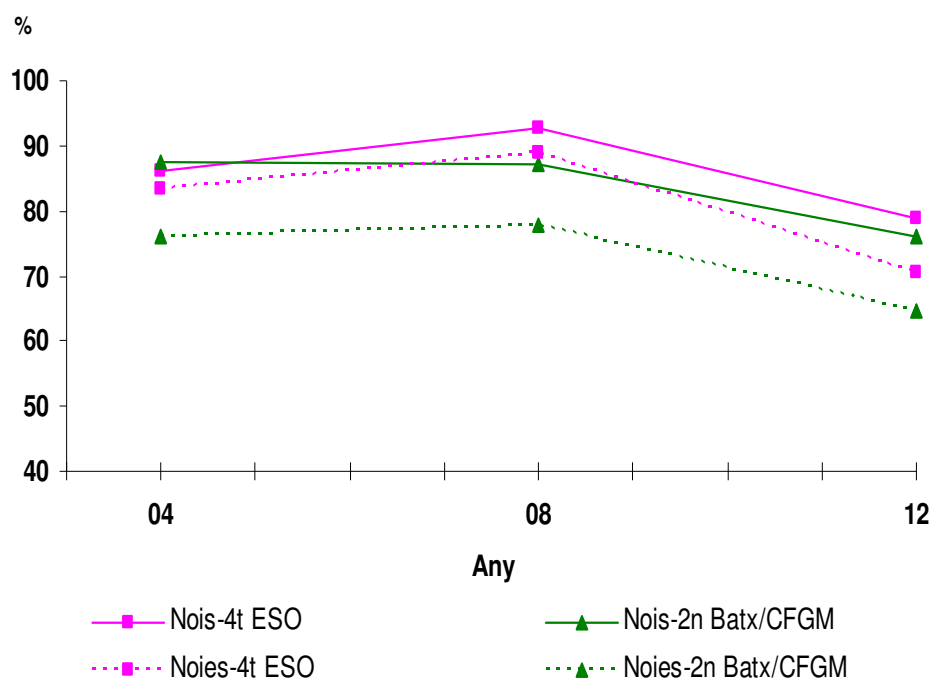
D'altra banda, s'observa una important disminució de l'ús de preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració en nois i noies i en tots els grups d'edat en l'any 2012 respecte als anteriors (Figura 1) alhora que no s'incrementa l'ús d'altres alternatives contraceptives com la píndola ni tampoc l'ús de la píndola del dia després.

Segons la darrera enquesta FRESC la majoria de les noies vol rebre més informació sobre anticoncepció i embaràs, malalties de transmissió sexual (sida, papil·loma, gonorrea, etc.) i sobre sentiments, emocions i relacions mentre que la majoria dels nois vol saber més sobre les malalties de transmissió sexual (sida, papil·loma, gonorrea, etc.) i sobre masturbació, relacions sexuals i plaer sexual.

LIMITACIONS

Una limitació és que es recull informació sobre l'ús de preservatiu durant la darrera relació sexual amb penetració, sense tenir informació sobre els hàbits d'ús en un termini més llarg. Una altra limitació és que s'utilitza l'Índex de Renda Familiar Disponible (IRFD) del barri de l'escola on estan escolaritzats els nois i noies que no és una mesura individual, de tota manera, la renda familiar disponible que és una bona aproximació a nivell socioeconòmic de la família.

Figura 1. Evolució de l'ús de preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració en els nois i les noies de 2n de Batxillerat i cicles formatius. Barcelona, 2004, 2008 i 2012.



Font: Enquesta FRESC, 2004, 2008 i 2012. Agència de Salut Pública de Barcelona

REFERENCIES

- (1) Arai L. Low expectations, sexual attitudes and knowledge: explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. *The Sociological Review*. 2003;51: 199-217.
- (2) Pérez A, Garcia- Contiente X, Grup col·laborador enquesta FRESC 2012. Informe FRESC 2012: 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2013 [Internet]. Available from: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Informe_FRESC_2012.pdf

Salut materna, fetal, neonatal i infantil



4. Consum de tabac durant l'embaràs

El percentatge de dones fumadores abans de saber si estaven embarassades va ser del 23,6% i va disminuir a 8% en el primer trimestre d'embaràs i a 4,8% en el tercer trimestre d'embaràs.

Els resultats de l'any 2013 mostren una tendència a la millora en la cessació de l'hàbit tabàquic durant l'embaràs.

INTRODUCCIÓ

L'exposició al tabac durant l'embaràs és un factor de risc important per a la salut del lactant. Entre 1994 i 2003, la prevalença de fumadores en l'inici de la gestació va ser de 41%, i el 40% d'aquestes dones van deixar de fumar durant l'embaràs, de manera que el 25% van deixar de ser fumadores actives (1). Els efectes de l'exposició prenatal al tabac inclouen avortament espontani, embaràs ectòpic, insuficiència placentària, baix pes en néixer, restricció del creixement fetal, part prematur, malaltia respiratòria infantil i problemes de comportament (2).

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

El consum de tabac matern durant l'embaràs és definit com el nombre de dones embarassades que fumen cigarretes durant l'embaràs, expressat com una proporció de totes les dones embarassades que han tingut un naixement.

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

RESULTATS

L'any 2013, el 23,6% de les dones que van ser mares fumava abans de saber que estaven embarassades. El 8% d'aquestes dones van fumar durant l'embaràs, essent el percentatge més alt en el primer trimestre (8,2%) reduint-se a 5,4% en el segon trimestre i al 4,8% en el tercer trimestre.

D'altra banda, l'evolució del percentatge de mares que fumen ha estat molt positiva passant d'aproximadament el 40% en el bienni 1992- 1993, per a situar-se en el 8% en el 2013 (figura 1) confirmant així que l'embaràs és un moment de gran motivació per la cessació (3).

Entre les mares fumadores també és positiu l'augment de les dones que abandonen l'hàbit durant la gestació. L'any 2013, el 71% de les embarassades deixen de fumar durant l'embaràs. Aquesta percentatge d'abandonament s'ha doblat des de l'any 2001 (Taula 1). Les dones fumadores declaren fumar una mediana de 10 cigarretes al dia abans de saber que estan embarassades i durant els trimestres de l'embaràs aquest nombre es redueix a 3 cigarretes al dia en el primer i segon trimestre d'embaràs i a 2 al dia en el tercer trimestre. Pel que fa a les parelles, el 27% de les dones que van ser mares tenen una parella fumadora de 10 cigarretes al dia de mediana.

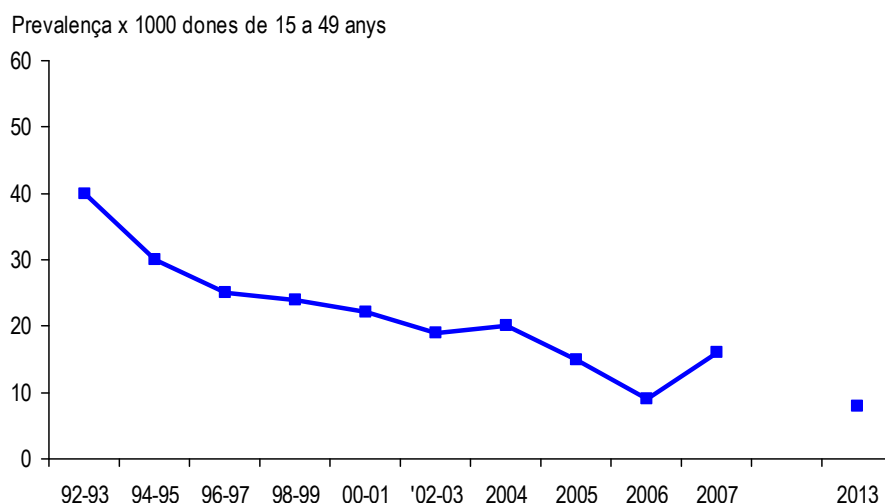
LIMITACIONS

Es desconeix si la parella va variar l'hàbit tabàquic durant l'embaràs. Existeix la possibilitat de biaix de deseabilitat social, tot i que les preguntes sobre el consum de tabac formen part del qüestionari confidencial.

REFERENCIES

- (1) Villalbí JR1, Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz MC, Borrell C. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(5):441-7.
- (2) Keegan J1, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. *J Addict Dis*. 2010;29(2):175-91..
- (3) Jané M, Nebot M, Badí M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC, Querol A, Cabero L. Determinantes de la cesación de fumar durante el embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(4):132-5.
- (4) Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. Informe anual 2008. Accessible a: http://www.aspb.cat/quefem/docs/REDCB_WEB_2008.pdf
- (5) Salvador J, Villalbí JR, Nebot M, Borrell C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación: Barcelona, 1994–2001 *An Pediatr*.2004;60:139-41.

Figura 1. Evolució de la prevalença de hàbit tabàquic durant l'embaràs. Barcelona, 1992-2013.



Font: Les dades dels anys 1992 fins 2007 s'han obtingut del Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. Informe anual 2008 (4).

Taula 1. Evolució de la prevalença d'abandonament de l'hàbit tabàquic durant la gestació a Barcelona, 1994-2013.

	Fumadores abans de l'embaràs	Embarassades que deixen de fumar durant l'embaràs	Percentatge
1994	128	54	42,2
1995	103	43	41,7
1996	95	39	41,1
1997	98	46	46,9
1998	93	43	46,2
1999	107	47	43,9
2000	90	31	34,4
2001	71	28	39,4
2013*	124	88	71,0

Font: Les dades 1994-2001 provenen del Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. (5) ; *tamany mostral 440 casos

5. Complicacions de l'embaràs part i puerperi

De les 41.224 altes hospitalàries de dones residents a Barcelona, 24% van patir complicacions de l'embaràs, 33% complicacions relacionades amb el part i només el 0,5% complicacions del puerperi en els anys. El percentatge de part normal va ser de 7,3%.

INTRODUCCIÓ

Les complicacions que es produeixen durant l'embaràs, el part i el puerperi afecten a la salut fetal i maternal. Existeixen diversos indicadors dels efectes adversos sobre la salut fetal i del recent nascut com el baix pes en néixer o la mortalitat perinatal, que s'expliquen en els capítols següents. D'altra banda, no existeix un clar consens internacional sobre com es pot definir la morbiditat materna severa. L'OMS (1) proposa la següent definició de la morbiditat materna: "qualsevol condició de salut atribuïts a i / o agreujada per l'embaràs i el part que té un impacte negatiu en el benestar de la dona" i en canvi, altres institucions recullen tant les complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi com la morbiditat materna existent i agreujada per l'embaràs i part (2).

FONTS D'INFORMACIÓ

Conjunt Mínim de Dades Hospitalàries (CMBD) del CatSalut.

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

S'analitzen les complicacions de l'embaràs, part i puerperi segons la CIM-9-MC del total d'altes hospitalàries de dones residents a la ciutat de Barcelona agrupades en els següents subapartats: complicacions de l'embaràs (640-649); complicacions del part (660-669) i complicacions del puerperi (670-677). Es defineix com a part normal (650) i les altres indicacions per a les cures durant l'embaràs, el treball de part i el part (651-659).

RESULTATS

Durant els anys 2011, 2012, 2013 es van produir 41.224 altes hospitalàries per complicacions de l'embaràs part i puerperi. D'aquestes, 24% eren complicacions de l'embaràs, 33% complicacions relacionats amb el part i només el 0,5% eren complicacions del puerperi (Taula 1). El percentatge de part normal (7,3%) és baix però la definició és molt exigent ja que qualsevol procediment executat durant el part es considera una alteració.

Tal i com es mostra a la taula 1, l'embaràs post terme és la complicació de l'embaràs més freqüent. La complicació més freqüent del part és el treball perllongat (10,3%).

Taula 1. Distribució de la freqüència de complicacions de l'embaràs, part i puerperi en les altes hospitalàries. Barcelona, 2011-2013.

	Codi CIM-9MC	Nombre	Percentatge
Complicacions de l'embaràs	640-649	9.586	24,2
Embaràs post terme	645,11	4.468	11,3
Part normal	650	2.884	7,3
Ruptura prematura de membranes	658,11	3.585	9,1
Deslliurament per cesària prèvia	654,21	1.609	4,1
Complicacions del part	660-669	13.113	33,2
Treball de part perllongat	662,21	4.084	10,3
Complicacions del puerperi	670-677	183	0,46

LIMITACIONS

No s'han obtingut informació sobre les dones afectades d'una malaltia que es veu agreujada per l'embaràs, part i puerperi, a l'espera de tenir una definició clara de les patologies a vigilar.

REFERENCIES

- (1) Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tunçalp O, Magee LA, van Den Broek N, Say L; Maternal Morbidity Working Group. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. Bull World Health Organ. 2013;91(10):794-6.
- (2) CDC. Severe Maternal Morbidity in the United States. Accesible a: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/SevereMaternalMorbidity.html>

6. Naixements prematurs, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional

A la ciutat de Barcelona, la prevalença de baix pes en néixer és de 7,3%, la de prematuritat és de 6,4% i la de baix pes per l'edat gestacional en el percentil 10 és de 6,5%. I mostren un lleugera tendència a disminuir en els darrers anys.

Hi ha una distribució desigual de la prevalença de baix pes en néixer en els districtes de la ciutat. Els districtes d'Horta, Nou Barris i Sant Andreu mostren una prevalença de baix pes en néixer per sobre de la de la ciutat.

INTRODUCCIÓ

Tant el baix pes en néixer com la prematuritat són bons indicadors de l'estat de salut de la població general i tots dos estan fortament associats amb la mortalitat fetal i neonatal, així com la mortalitat postneonatal i infantil, ja que del 60 al 80% de les morts sense defectes congènits estan relacionades amb aquests efectes adversos(1).

A Barcelona, s'han descrit desigualtats socioeconòmiques del baix pes en néixer en els districtes de la ciutat (3) (4) i tenint en compte el país d'origen de les mares (5). Tots els estudis mostraven que les zones més desafavorides de la ciutat presentaven pitjors resultats de l'embaràs. D'altra banda, el país d'origen de la mare, l'edat i la paritat estan fortament associades a la presència d'efectes adversos de l'embaràs tot i tenir en compte el nivell socioeconòmic del lloc de residència (5)

El pes per edat gestacional és un indicador que relaciona el pes en néixer del nadó i les setmanes de gestació, amb el propòsit de fer una valoració més acurada de l'estat de salut, tant individual (nadó) com de la població neonatal. Per realitzar-la de forma fiable cal obtenir les corbes de referència que relacionen el pes en néixer i l'edat gestacional del nadó en la nostra població (6), ja que les derivades d'altres poblacions poden no adaptar-se bé i, per tant, dificultar la identificació del nadó amb risc. Les corbes relacionen el pes en néixer i l'edat de gestació de manera que informen sobre els nadons que tenen un pes en néixer inferior al que els hi correspondria per les setmanes de gestació independentment de si són prematurs.

FONTS D'INFORMACIÓ

Per calcular la prevalença de resultats adversos de l'embaràs s'utilitza com a font d'informació els Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

Els indicadors que s'analitzen en aquest apartat són:

- *Prevalença de baix pes en néixer* per 100 naixements. Es defineix baix pes en néixer com aquell inferior a 2500 grams.

- *Prevalença de prematuritat* per 100 naixements. Es defineix prematuritat com aquells naixements de menys de 37 setmanes de gestació.
- *Prevalença de baix pes per edat gestacional*. Es defineix baix pes per l'edat gestacional a partir dels casos situats per sota del percentil 3 o del 10, basats en les corbes de referència per Catalunya (7).

RESULTATS

La situació actual a la ciutat de Barcelona és que la prevalença de baix pes en néixer és de 7,3%, la de prematuritat és de 6,4% i la de baix pes per l'edat gestacional en el percentil 10 és de 6,5%

Els efectes adversos de l'embaràs sobretot el baix pes en néixer i la prematuritat mostren una tendència a disminuir lleugerament en els darrers anys (Figura 1).

Les dones nascudes a l'Estat espanyol tenen una prevalença de baix pes en néixer major que les nascudes en països de rendes baixes, no obstant les primeres mostren una tendència molt estable al llarg dels anys, mentre que en les segones existeix una major variabilitat del baix pes en néixer (Figura 2).

Hi ha tres districtes que tenen la prevalença de baix pes en néixer en els darrers cinc anys per sobre de la de la ciutat. Aquests districtes són: Horta, Nou Barris i Sant Andreu. La resta de districtes es situen per sota de la prevalença de la ciutat (Figura 3).

LIMITACIONS

El baix nombre de nounats amb efectes adversos de l'embaràs obliga a agregar anys per a obtenir indicadors més estables. Cal interpretar amb cura els indicadors anuals.

REFERENCIES

- (1) Kramer MS, Platt R, Yang H, Joseph KS, Wen SW, Morin L *et al*. Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study. JAMA. 1998;280:1849-54.
- (2) Nebot M, Rohlfs I, Diez E, Valero C. Maternidad en adolescentes de alto riesgo social. Aten Primaria. 1993;11:213-7.
- (3) Nebot M, Diez E, Benaque A, Borrel C, Grupo de Trabajo de Salud Materno-Infantil del Instituto Municipal de la Salud de Barcelona. Maternidad en adolescentes en los distritos y barrios de Barcelona: asociación con el nivel socioeconómico y prevalencia de bajo peso al nacer. Aten Primaria. 1997;19:449-54.
- (4) Garcia-Subirats I, Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Ruiz Muñoz D, Salvador J. Neighbourhood inequalities in adverse pregnancy outcomes in an urban setting in Spain: a multilevel approach. J Urban Health. 2012;89(3):447-63.
- (5) Ramos F, Pérez G, Jané M, Prats R. Construction of the birth weight by gestational age population reference curves of Catalonia (Spain): Methods and development. Gaceta Sanitaria 2009; 23(1): 76-81.
- (6) Departament de Salut. Generalitat de Catalunya Corbes de referència de pes, perímetre cranial i longitud en néixer de nounats d'embarassos únics, de bessons i de trigèmins a Catalunya. Accessible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2392/corbesdef3.pdf>

Figura 1. Evolució anual dels resultats de l'embaràs (prematuritat, baix pes en néixer i baix pes per edat gestacional en el percentil 3 i 10 en dones en edat fèrtil a Barcelona 2000-2013

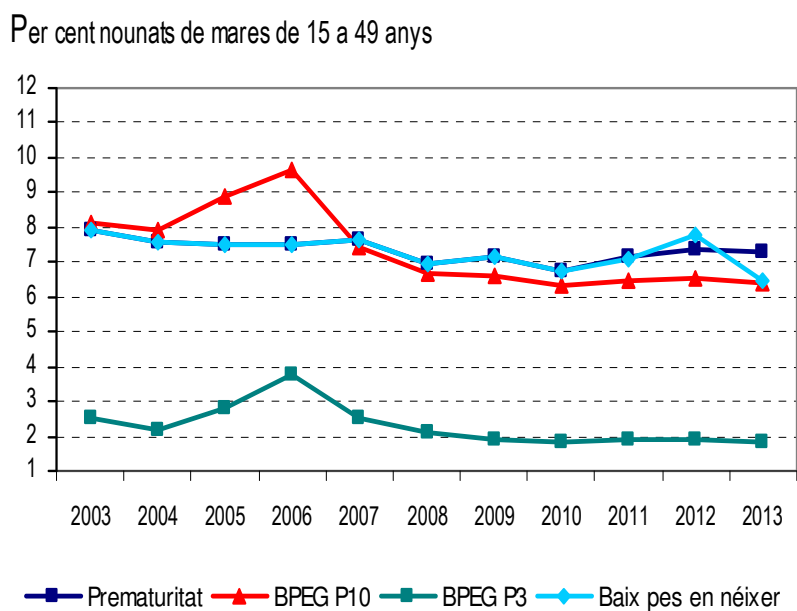


Figura 2. Evolució anual del baix pes en néixer en nounats de dones en edat fèrtil segons país d'origen a Barcelona 2003-2013

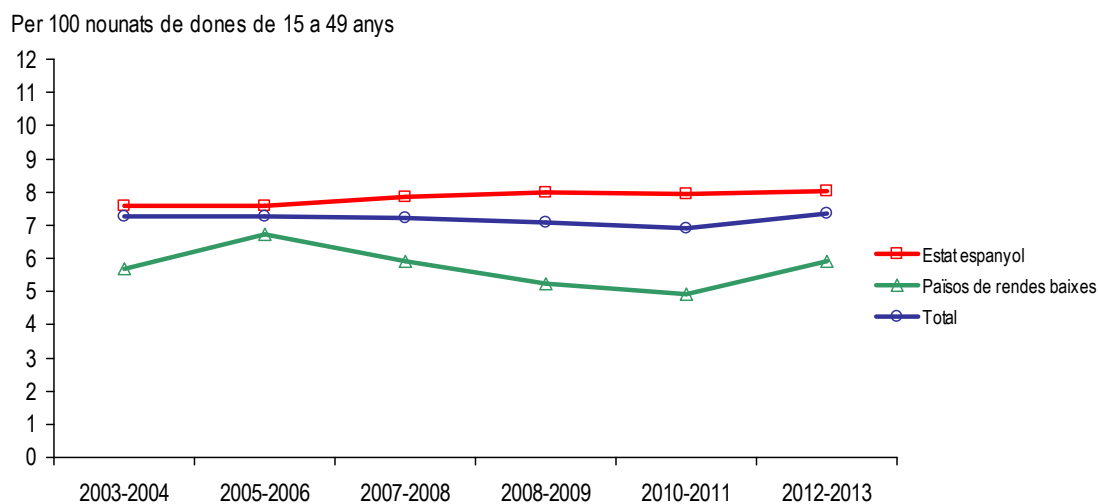
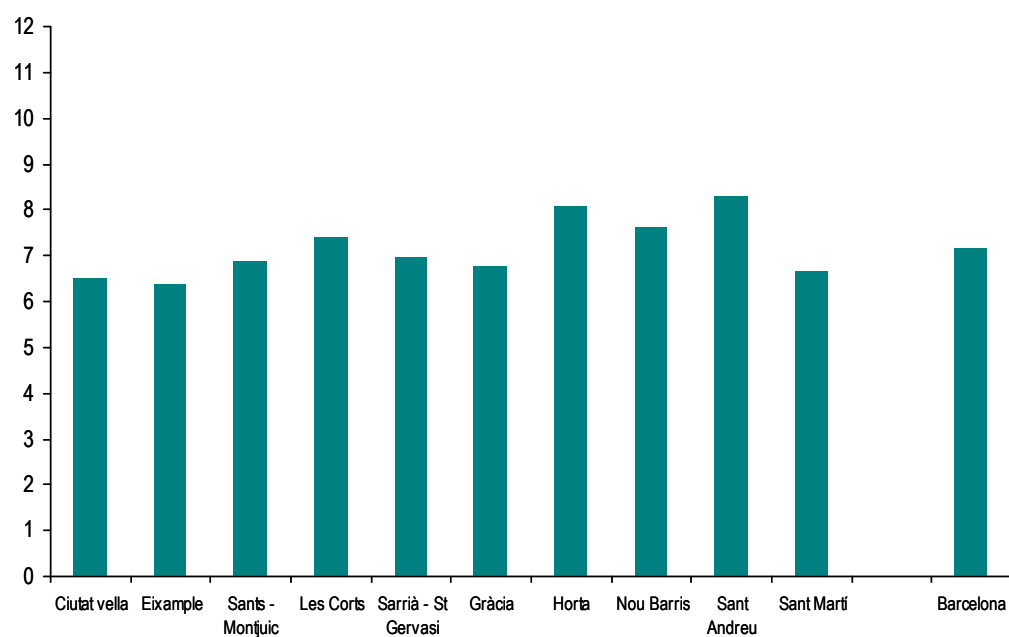


Figura 3. Distribució quinquennal del baix pes en néixer en dones en edat fèrtil als districtes de Barcelona 2009-2013

Per 100 nounats de dones 15-49 anys



7. Mortalitat infantil i perinatal

L'any 2012 la mortalitat infantil a la ciutat de Barcelona va ser de 2,6 per 1000 nascuts vius i la de mortalitat perinatal ($\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació) va ser de 4,1 per 1000 nascuts morts i vius.

La mortalitat perinatal es distribueix de forma desigual en els districtes de la ciutat sent els de Nou Barris, Ciutat Vella i Sants – Montjuïc els que una taxa de mortalitat perinatal més alta i per sobre de la de la ciutat. En canvi la mortalitat infantil mostra una distribució més semblant a tots els districtes de la ciutat.

INTRODUCCIÓ

La mortalitat perinatal i infantil han estat considerada bons indicadors de la salut maternoinfantil i de l'atenció sanitària durant l'embaràs i el part, si bé en els països de renda alta, les causes més freqüents de mortalitat en el període perinatal i infantil, excloses les morts per defectes congènits, estan relacionades amb el baix pes en néixer i la prematuritat (1).

A la ciutat de Barcelona es realitza la recollida activa dels casos de mortalitat perinatal en els hospitals de la ciutat utilitzant els criteris de l'OMS y de la Federació Internacional de Ginecologia y Obstetrícia (FIGO). Seguint aquests criteris l'indicador es calcula incloent les morts fetals de pes igual o superior a 500 gr. o de 22 setmanes de gestació.

En l'Estat espanyol, inclosa Catalunya s'utilitzen requeriments legals diferents als esmentats i les morts fetals es declaren a partir dels 180 dies de gestació (aproximadament 27 o 28 setmanes de gestació). La infadeclaració dels casos que genera aquesta segona definició en comparació a la utilitzada a la ciutat de Barcelona (2).

A banda, a la ciutat de Barcelona s'han descrit desigualtats per nivell d'estudis en la mortalitat perinatal, desigualtats que desapareixen quan es tenen en compte altres variables com l'edat de la mare o tenir fills previs (3).

FONTS D'INFORMACIÓ

Les fonts d'informació que s'utilitzen són:

- Registre de Mortalitat Perinatal de la ciutat de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Registre de Mortalitat de Catalunya del Departament de Salut de Catalunya.
- Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

Per calcular la *taxa de mortalitat perinatal* s'han utilitzat dues definicions: 1) estadístiques nacionals: en el numerador s'inclouen els nascuts vius i morts i les morts fetals de $\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació i en el denominador s'inclouen els naixements i les morts fetals de $\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació; 2) estadístiques internacionals: en el numerador s'inclouen els nascuts vius i morts i les morts fetals de $\geq 1000\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació i en el denominador s'inclouen els naixements i les morts fetals de $\geq 1000\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació

La *taxa de mortalitat infantil* es calcula incloent en el numerador els nascuts vius que moren en el primer any de vida i en el numerador els nascuts vius.

FONTS D'INFORMACIÓ

Les fonts d'informació que s'utilitzen són:

- Registre de mortalitat perinatal de la ciutat de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

RESULTATS

L'any 2012 la mortalitat infantil a la ciutat de Barcelona va ser de 2,6 per 1000 nascuts vius (38 defuncions). Des del 2004, la taxa de mortalitat de la ciutat mostra una tendència descendent (Figura 1). Per districtes, la taxa de mortalitat més alta en els darrers cinc anys ha estat la del districte de Sants – Montjuïc, junt amb Gràcia i Nou Barris, que es situen al voltant de 3 morts infantils per 1000 nascuts vius.

L'any 2012, la mortalitat perinatal (≥ 500 gr o ≥ 22 setmanes gestació) va ser de 3,5 per 1000 nascuts vius i morts (51 defuncions). Entre el 2005 i el 2007 va disminuir per a estabilitzar-se en els darrers anys (Figura 1). La mortalitat perinatal segons les estadístiques internacionals (≥ 1000 gr o ≥ 22 setmanes gestació) mostra una evolució més semblant a la mortalitat infantil essent l'any 2012 de 2,3 per 1000 nascuts vius i morts.

Entre 2008 i 2012, per districtes, la mortalitat perinatal (≥ 500 gr o ≥ 22 setmanes gestació) mostra diferències importants: els districtes de Nou Barris, Ciutat Vella i Sant – Montjuïc tenen una taxa de mortalitat perinatal per sobre de la de la ciutat. En canvi, els districtes amb menys mortalitat perinatal eren el de Sant Andreu seguit de Sarrià – Sant Gervasi (Figura 3).

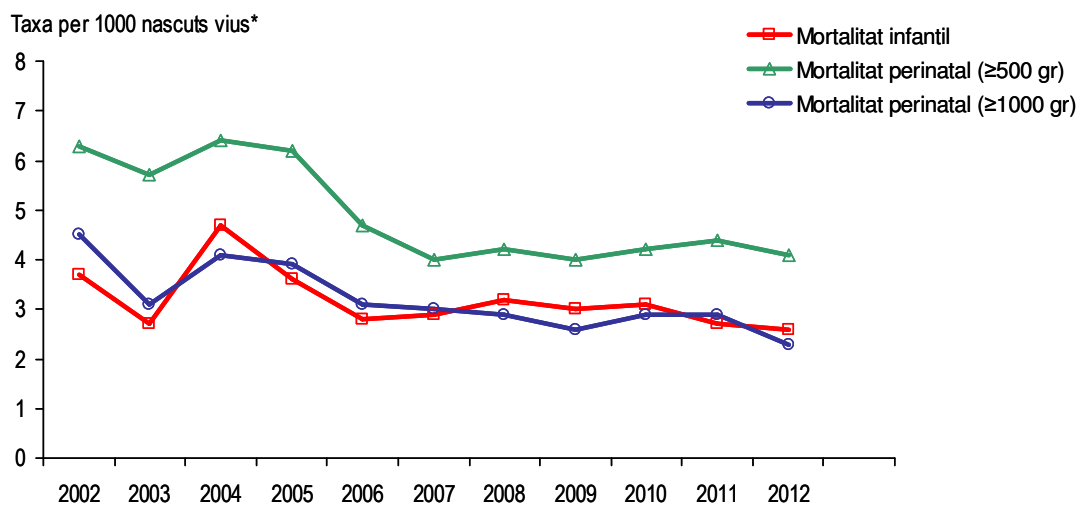
LIMITACIONS

La utilització de diferents definicions per al càlcul de la taxa de mortalitat perinatal dificulta la comparació amb els indicadors calculats a la resta de l'Estat degut a l'infraregistre de los casos de mortalitat perinatal. No obstant, aquestes definicions permeten la comparació amb les estadístiques internacionals.

REFERENCIES

- (1) Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Seguin L, McNamara H, Dassa C et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15 Suppl 2:104-23.
- (2) Ferrando J, Borell C, Ricart M, Plasència A. Infradeclaración de la mortalidad perinatal: experiencia de 10 años de vigilancia activa en Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:330-5.
- (3) Borrell C, Cirera E, Ricart M, Pasarin MI, Salvador J. Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city. *Eur J Epidemiol*. 2003; 18 (1): 5-13.

Figura 1. Evolució de la mortalitat infantil, de la mortalitat perinatal en Barcelona 2002-2012



*Les taxes de mortalitat perinatal és per 1000 nascuts vius i morts

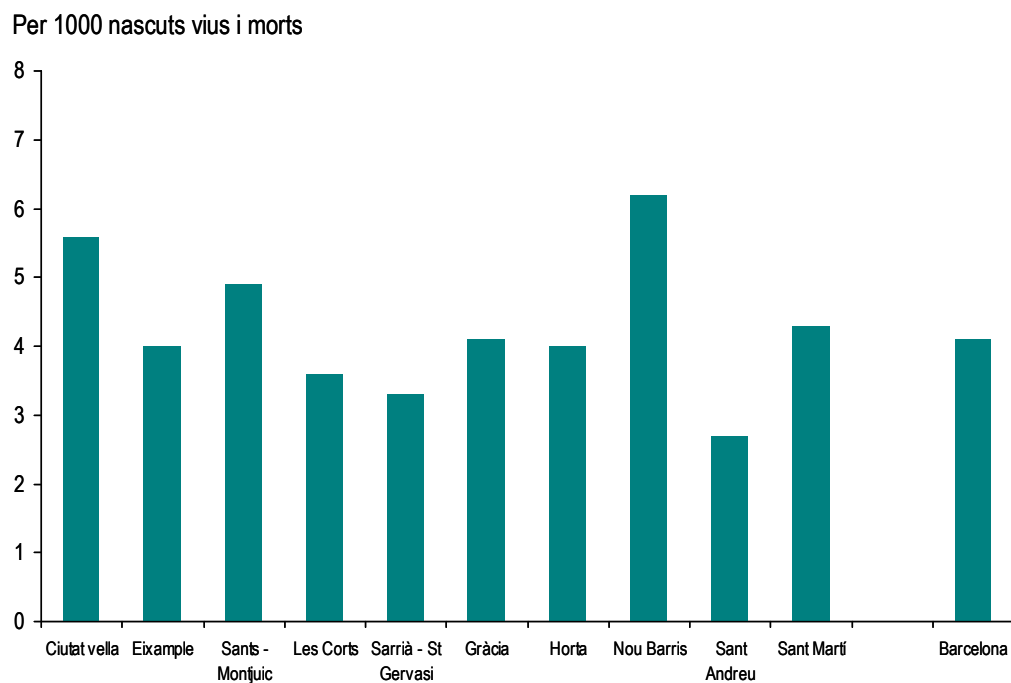
Font: Registre de Mortalitat Perinatal de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 2. Distribució de la mortalitat infantil en els districtes de la ciutat, Barcelona 2008-2012.



Font: Registre de Mortalitat Perinatal de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Distribució de la mortalitat perinatal ($\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació) en els districtes de la ciutat, Barcelona 2008-2012.



Font: Registre de Mortalitat Perinatal de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Atenció sanitària durant l'embaràs i el part



8. Realització de cesària

Del total de part únics, el 38,6% van ser extracció per cesària.
El 47% dels parts de les dones amb cobertura sanitària privada o mixta van ser amb cesària mentre que les dones amb cobertura pública la cesària es va realitzar en un 30%.

INTRODUCCIÓ

En diverses publicacions prèvies es mostra l'excés de cesàries a la ciutat de Barcelona (1) sobretot en els centres sanitaris privats de forma similar a l'observada en altres estudis (2). La raó d'aquesta alta prevalença de cesàries apunta a la possible demanda de la mare i acords amb els professionals de la salut (3) i a possibles raons financeres dels centres. Recentment, en les guies NICE es recull com a criteri per fer una cesària la demanda de la dona sempre que el part vaginal no sigui motiu d'ansietat i malestar psicològic de la dona (4). Caldrà adequar els indicadors a aquestes noves realitats.

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

La *prevalença de part per cesària* es defineix com el percentatge de parts per cesària del total dels parts.

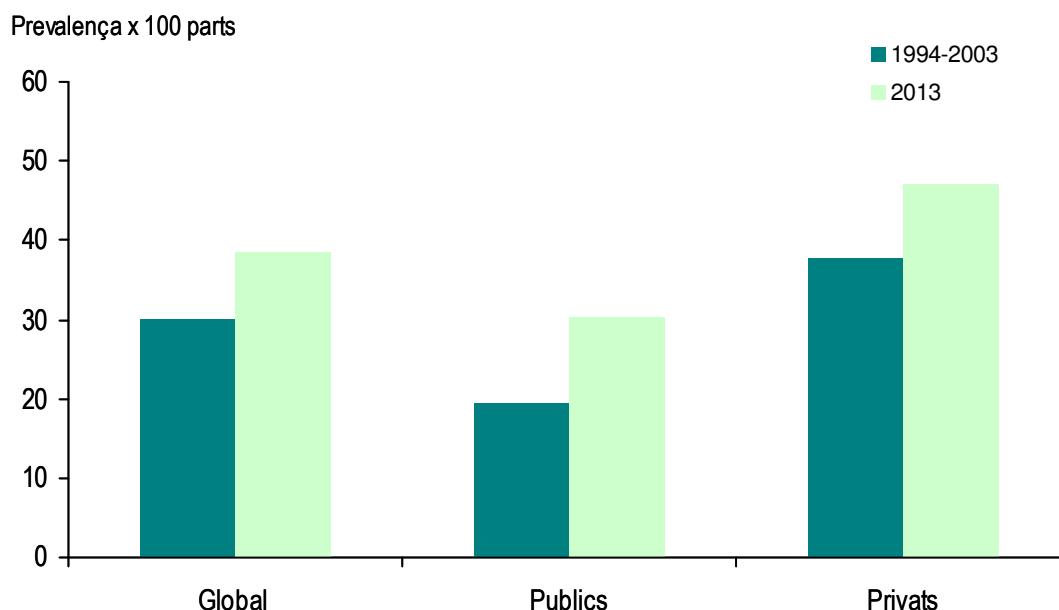
RESULTATS

En l'any 2013, el 38,6% dels parts únics van ser per cesària. La prevalença més alta de cesàries és entre les dones de 25 a 34 anys (39,3%) i la més baixa entre les dones de 15 a 24 anys (36,8%).

Existeixen diferències per cobertura sanitària: el 47% dels parts de dones amb cobertura privada o doble cobertura eren amb extracció per cesària mentre que les dones amb cobertura pública la cesària es realitzava en un 30% (figura 1). En els darrers anys, s'ha produït un increment important de cesàries tant en els parts que es realitzen en dones amb cobertura mixta i privada com en les de dones amb cobertura pública. No obstant, es mantenen les diferències entre la privada i la pública.

En el cas de embarassos múltiples, la prevalença de cesària passa a ser del 56%. La prevalença de cesària en les dones amb cobertura sanitària privada i mixta és similar a la dels embarassos únics: 68,7% i en les dones amb cobertura pública va ser de 43,2%.

Figura 1. Evolució de la prevalença de cesàries segons la cobertura sanitària de la dona. Barcelona 1994-2003 i 2013.



Les dades de l'any 1994-2003 la prevalença és per tipus de centres on s'ha fet el part.
Les dades de l'any 2013 la prevalença es per al cobertura sanitària de la dona.

Font: les dades 1994-2003 s'han obtingut de Salvador i cols., 2009 (1)

LIMITACIONS

En la nostra font d'informació no es poden distingir les cesàries primàries (parts per cesària a les dones que no han tingut un part per cesària anterior) de les cesàries de repetició (nombre de parts per cesària a les dones que han tingut un part per cesària anteriorment). Tampoc tenim informació sobre els criteris per a la realització de la cesària.

REFERENCIES

- (1) Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Lladonosa A, Borrell C. Inequalities in caesarean section: influence of the type of maternity care and social class in an area with a national health system. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(3):259–61.
- (2) Redondo Ana, Sáez Mercedes, Oliva Patricia, Soler Maria, Arias Antoni. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac Sanit*. 2013; 27(3): 258-262.
- (3) Tollånes MC, Thompson JMD, Daltveit AK, Irgens LM. Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967-2004. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):840–8.
- (4) National Health Service. NICE clinical guideline 132: Caesarian Section. issued: November 2011 last modified: August 2012. Accesible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/guidance-caesarean-section-pdf>

9. Visites a obstetrícia i realització d'ecografies

L'any 2013, el nombre mitjà de visites a l'especialista en Obstetrícia va ser de 10,65 durant l'embaràs. La majoria de les dones embarassades (74,8%) fan entre 6 i 12 visites a Obstetrícia.

El nombre mitjà d'ecografies durant l'embaràs va ser de 6, fent-se de mitjana 2 ecografies per trimestre d'embaràs. Tot i això, un 15,6% de dones van fer més de 9 ecografies durant l'embaràs.

INTRODUCCIÓ

Existeix amplia bibliografia sobre l'atenció antenatal a la ciutat de Barcelona. En treballs previs ja es detectava un percentatge elevat de dones que realitzaven entre 6 i 12 visites a Obstetrícia durant l'embaràs (1) i també s'evidenciava desigualtats socials en les cures durant l'embaràs (1).

D'altra banda, a finals dels anys 90 ja hi havia un alt percentatge de dones embarassades (75%) que es feien més de tres ecografies durant l'embaràs (2).

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

El nombre de visites a l'especialista, en aquest cas Obstetrícia, es recull com a variable continua a l'enquesta. El nombre de visites s'agrupen en tres categories: menys de 6 visites, de 6 a 12 visites i més de 12 visites.

El nombre d'ecografies es recull com a variable continua a l'enquesta. El nombre de visites s'agrupen en tres categories: menys de 7 ecografies, de 7 a 9 ecografies i més de 9.

RESULTATS

Visites a obstetrícia

L'any 2013, el nombre mitjà de visites a l'especialista en obstetrícia va ser de 10,65 durant l'embaràs. La majoria de les dones embarassades (74,8%) fan entre 6 i 12 visites a obstetrícia. Només 3 dones embarassades van fer menys de 6 visites i 23,8% de les dones van fer més de 12 visites a obstetrícia durant l'embaràs.

El 98% de les dones havien fet la primera visita a obstetrícia en el primer trimestre de l'embaràs.

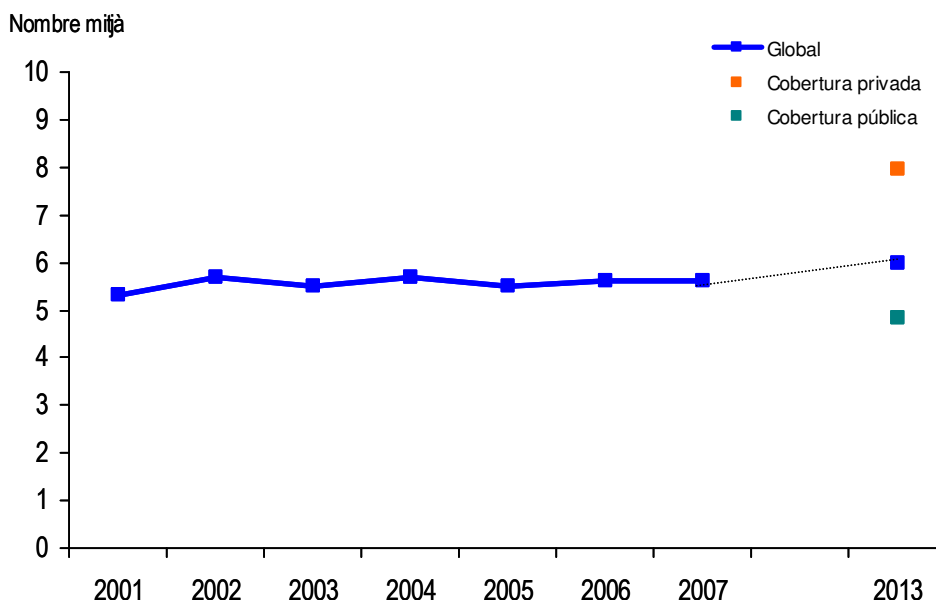
Les dones amb cobertura sanitària privada i mixta (publica i privada) van tenir una prevalença més alta de realitzar més de 12 visites a obstetrícia que les dones amb cobertura pública (34% vs. 13%). Aquestes diferències es mantenen tot i tenint en compte els embarassos múltiples, on el nombre de visites augmenten. En les dones amb un embaràs múltiple, el 78% de les que tenen cobertura privada i mixta van visitar més de 12 vegades a obstetrícia mentre que les dones que tenen cobertura pública, 48% van visitar més de 12 vegades obstetrícia.

Realització d'ecografies

El nombre mitjà d'ecografies durant l'embaràs va ser de 6, fent-se de mitjana 2 ecografies per trimestre d'embaràs, xifra que es manté estable des de la darrera dècada (Figura 1). L'any 2013 les dones amb cobertura mixta i privada en fan 8 ecografies de mitjana mentre que les dones amb cobertura pública es fan 5 ecografies de mitjana durant l'embaràs.

El 15,6% de dones van fer més de 9 ecografies durant l'embaràs. Les dones amb cobertura sanitària privada i mixta (publica i privada) van tenir una prevalença més alta de realitzar més de 9 ecografies que les dones amb cobertura pública (26,4% vs. 3,3%). Aquestes diferències es mantenen tot i tenint en compte els embarassos múltiples, on el nombre d'ecografies augmenten. En les dones amb un embaràs múltiple, el 51,2% de les que tenen cobertura privada i mixta es van fer més de 9 ecografies mentre que les dones amb cobertura pública van ser 16,7%.

Figura 1. Evolució del nombre mitjà d'ecografies durant l'embaràs global i segons cobertura a la ciutat de Barcelona, 2001-2007 i 2013.



Font: Les dades 200-2007 provenen del Registre de Defectes Congenits de Barcelona (REDCB)

LIMITACIONS

Es desconeixen els casos en que en realitat estava indicat un major control ecogràfic o major nombre de visites a Obstetrícia.

REFERENCIES

- (1) Cano-Serral G, Rodriguez-Sanz M, Borrell C, Perez M del M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gac Sanit. 2007;20(1):25–30.
- (2) Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrell C. Características de las gestantes y control prenatal en Barcelona 1994-1999. Gac Sanit [Internet]. 2001 [cited 2014 Nov 26];15(3):230–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11423027>

10. Lactància materna

El 89% de les mares tenien intenció de fer lactància materna. En les mares amb cobertura privada i mixta, la intenció de fer lactància materna va ser és de 87,2% i entre els mares amb cobertura publica la intenció de fer lactància materna va ser del 92,5%.

INTRODUCCIÓ

La iniciació de la lactància materna a l'hospital es considera un indicador d'una atenció sanitària de qualitat (1). A Barcelona no existeixen indicadors publicats sobre aquest aspecte de la salut infantil.

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

La prevalença de la intenció de fer lactància materna es defineix com el percentatge de mares que declaren estar d'acord en fer lactància materna.

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

RESULTATS

En l'any 2013, el 89,6% de les mares tenen intenció de fer lactància materna del nadó. De les que no tenen intenció de fer-ne (10,4%), la majoria (58%) declarava preferir la lactància no materna i la resta de dones (42%) van declarar tenir problemes i altres raons per no fer lactància materna.

També hi ha diferències entre les mares amb cobertura sanitària privada i mixta i les que tenen cobertura publica. En les primeres, la prevalença d'intenció de fer lactància materna és de 87,2% i entre els segones del 92,5%.

LIMITACIONS

Es desconeix la lactància materna real i el temps durant el qual s'ha fet.

REFERENCIES

(1) Río I, Castelló-Pastor A, Del Val Sandín-Vázquez M, Barona C, Jané M, Más R, Rebagliato M, Bolúmar F. Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. Eur J Clin Nutr. 2011;65(12):1345-7.

Salut sexual



11. Percepció de la salut del col·lectiu LGTB

L'any 2011, el 2,3% de les persones entrevistades van declarar sentir-se atretes per persones del mateix o ambdós sexes i el 4,1% havien mantingut alguna vegada a la vida relacions sexuals amb persones del mateix sexe.

Les persones que sentien atracció pel mateix sexe van presentar pitjor salut percebuda i salut mental. Aquestes persones i les que havien tingut relacions amb persones del mateix sexe van declarar més freqüentment conductes perjudicials per a la salut.

INTRODUCCIÓ

Malgrat el progrés social esdevingut en els darrers anys, la població lesbiana, gay, transsexual i bisexual (LGTB) segueix essent discriminada, el que pot tenir conseqüències per a la seva salut (1).

La introducció, per primera vegada, de preguntes sobre l'atracció i la conducta sexual en la darrera edició de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2011 és una oportunitat que ens ha permès descriure la salut i les conductes relacionades amb la salut en el col·lectiu LGTB (2).

FONTS D'INFORMACIÓ

La font d'informació va ser l'Enquesta de Salut de Barcelona 2011 (ESB-2011).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

1) L'atracció sexual a partir de la pregunta: '¿Amb quina de les següents afirmacions se sent vostè més identificat / a?' Agrupada en dues respostes: a) atracció sexual pel mateix o ambdós sexes (o LGTB) i b) atracció sexual pel sexe contrari.

2) La conducta sexual a partir de la pregunta: 'Pensant ara en les relacions sexuals al llarg de la seva vida han estat "agrupada en dos: a) exclusivament i freqüentment o almenys una vegada amb el mateix sexe i b) exclusivament amb persones del sexe contrari.

RESULTATS

L'any 2011, a Barcelona, el 2,3% de les persones entrevistades declaren sentir-se atretes per persones del mateix o ambdós sexes. Hi ha una proporció superior de dones (58,2%) i de persones de 15 a 34 anys (56,4%). D'altra banda, el 4,1% de les persones entrevistades han mantingut alguna vegada a la vida relacions sexuals amb persones del mateix sexe. Entre elles, hi ha més homes (66,4%).

Les persones que senten atracció sexual pel mateix sexe presenten pitjor salut percebuda, pitjor salut mental i pitjors conductes relacionades amb la salut que les persones que senten atracció pel sexe contrari (Figura 1).

Les persones que han tingut relacions sexuals amb persones del mateix sexe presenten pitjors conductes relacionades amb la salut que les persones que senten atracció pel sexe contrari (Figura 2).

LIMITACIONS

El baix nombre de persones d'aquests col·lectius a l'enquesta no permet realitzar anàlisis estratificats. A més, les majors de 64 anys es van excloure a causa de l'escàs nombre de persones que van declarar la seva atracció i / o conducta sexual.

REFERENCIES

- (1) Chae DH, Krieger N, Bennett GG, et al. Implications of discrimination based on sexuality, gender, and race/ethnicity for psychological distress among working-class sexual minorities: the United for Health Study, 2003-2004. *Int J Health Serv.* 2010; 40(4):589-608.ç
- (2) Pérez G, Martí-Pastor M, Gotsens M, Bartoll X, Diez E, Borrell C. Salud y conductas relacionadas con la salud según la atracción y la conducta sexual *Gac Sanit.* 2014. [Epub ahead of print]

Figura 1. Prevalences de mala salut percebuda, mala salut mental i conductes relacionades amb la salut segons atracció sexual en persones de 15 a 64 anys de la ciutat de Barcelona, 2011.

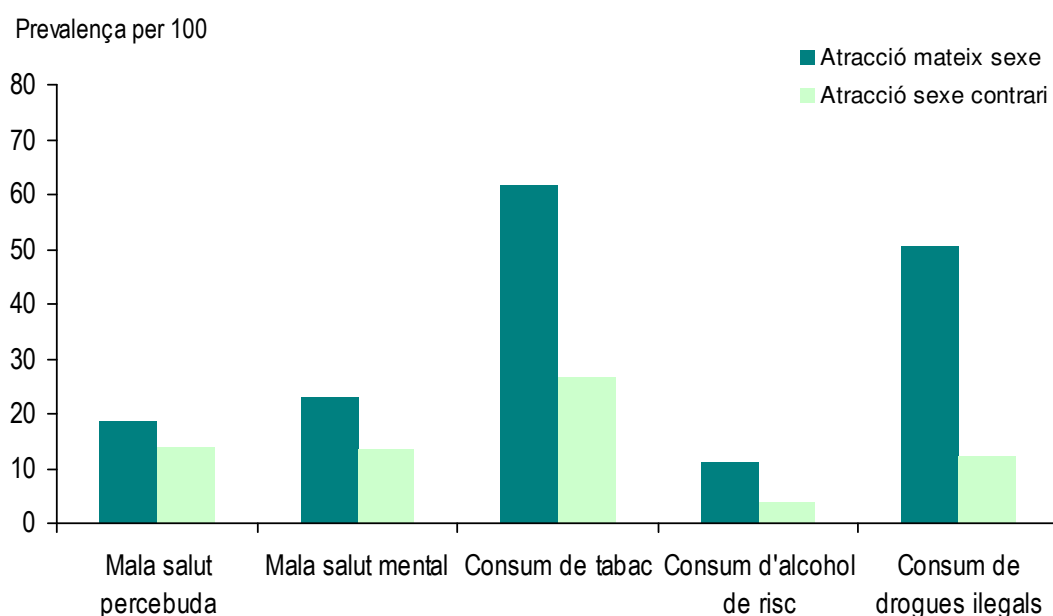
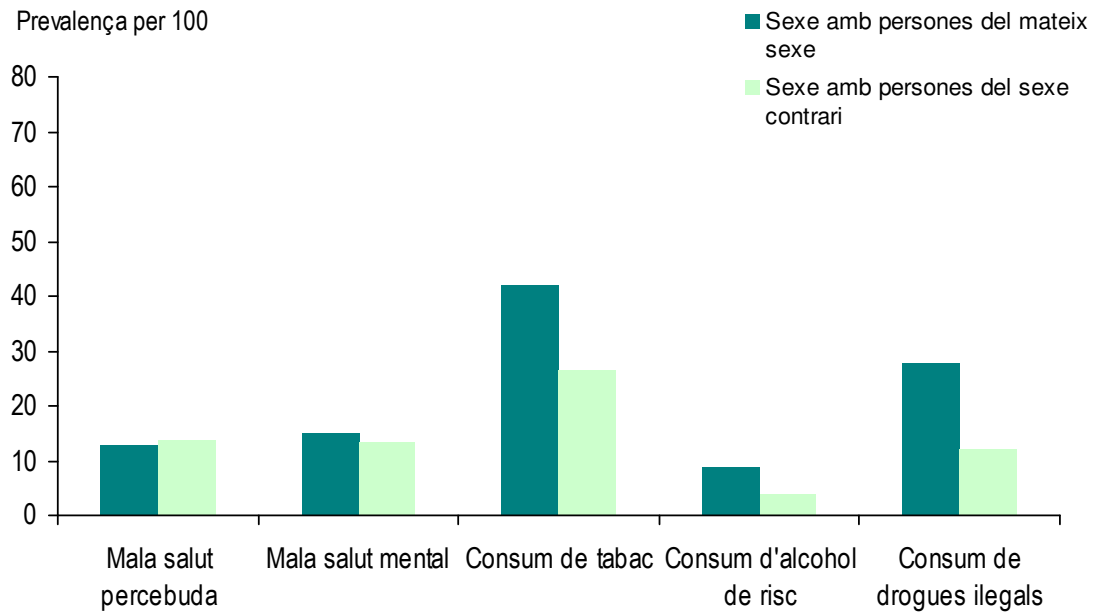


Figura 2. Prevalences de mala salut percebuda, mala salut mental i conductes relacionades amb la salut segons conducta sexual en persones de 15 a 64 anys de la ciutat de Barcelona, 2011.





C S B Consorci Sanitari de Barcelona