Embarazo y salud perinatal en la Comunitat Valenciana: Análisis de la "Hoja resumen del embarazo"

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

EMBARAZO Y SALUD PERINATAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA: ANÁLISIS DE LA "HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO"

Servici de Salut Infantil i de la Dona
Direcció General de Salut Pública
Conselleria de Sanitat. Generalitat.
2006

INDICE

1 INTRODUCCIÓN 1

2 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO EN LA COMUNITAT VALENCIANA 5

2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA EMBARAZADA 5
2.2 PERFIL SANITARIO Y DE CUIDADOS PRENATALES 7
2.3 PERFIL DEL PARTO 8
2.4 SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS 10
2.5 PUERPERIO 11
2.6 CONTROLES PRENATALES Y ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MATERNIDAD/PATERNIDAD 11

3 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO POR DEPARTAMENTOS DE SALUD 15

3.1 EMBARAZOS EN MUJERES MENORES DE 20 AÑOS 15
3.2 EMBARAZOS EN MUJERES DE MÁS DE 34 AÑOS 16
3.3 EMBARAZOS EN MUJERES EXTRANJERAS 16
3.4 INICIO PRECOZ DEL CONTROL DE LA GESTACIÓN 17
3.5 CONSUMO DE TABACO DURANTE LA GESTACIÓN 17
3.6 EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MATERNIDAD/PATERNIDAD 18
3.7 NACIMIENTOS PRETÉRMINO 19
3.8 PARTOS INDUCIDOS 19
3.9 PARTOS POR CESÁREA 20
3.10 EPISIOTOMÍAS 21
3.11 PRESENCIA DEL PADRE EN EL PARTO 21
3.12 RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO 22
3.13 VISITA PUERPERAL TEMPRANA 22
3.14 CONTROLES PRENATALES 23
3.15 ASISTENCIA A TALLERES DE APOYO A LA MATERNIDAD 23

4 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO POR PAÍS DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA 27

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS GESTANTES 28
4.2 INICIO PRECOZ DEL CONTROL DE LA GESTACIÓN 29
4.3 CONSUMO DE TABACO DURANTE LA GESTACIÓN 30
4.4 PERFIL DEL PARTO 31
4.5 SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS 32
4.6 CONTROLES PRENATALES 32
4.7 ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MATERNIDAD/PATERNIDAD 33

5 ANEXOS 35

5.1 TABLAS COMUNITAT VALENCIANA 37
5.2 TABLAS POR DEPARTAMENTOS DE SALUD 51
5.3 TABLAS POR PAÍS DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA 63

1 INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Programa de Atención a la Salud de la Madre ya ha recorrido una larga andadura en la Comunitat Valenciana, desde su instauración en 1986 (Decreto 147/1986), estando en estos momentos perfectamente implantado tanto en el nivel de atención primaria, donde se realiza la captación de la embarazada, los controles de su salud y la educación sanitaria para la maternidad/paternidad, como en la asistencia especializada encargada de la valoración y seguimiento de los embarazos de riesgo, los controles ecográficos y la asistencia al parto.

Todo este proceso asistencial queda debidamente reflejado en los registros clínicos normalizados. Además, existe un registro específico del programa, la *Hoja Resumen del Embarazo* (HRE), que se cumplimenta tras el puerperio y reúne la información referente al embarazo, parto y puerperio, permitiendo la obtención de los principales indicadores de resultados del programa. Este registro es cumplimentado por las matronas que realizan el control y seguimiento del embarazo en atención primaria y recoge, junto con la información más relevante del proceso sanitario asistencial que se le proporciona a la mujer, algunos datos de tipo sociodemográfico importantes para conocer el perfil de las gestantes valencianas, permitiendo además poner de manifiesto las posibles diferencias geográficas existentes.

El objetivo de este informe es ofrecer una visión general de la situación del programa de atención a la madre en la CV, a través del análisis de las HRE cumplimentadas a lo largo del año 2006. Se trata de un análisis descriptivo, que en una primera parte hace referencia exclusivamente al conjunto de la CV, y que en una segunda se detalla, según la actual distribución territorial por departamentos de salud (Orden de 12 de mayo de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se crean los departamentos de salud), aquellos indicadores considerados expresivos del nivel de calidad del programa y cuya comparación entre sí y con la media de la Comunitat puede orientar sobre la dirección que deben seguir los esfuerzos en los diferentes departamentos para mejorar el programa. Por último, como novedad este año, se incluye en el informe un apartado específico donde se describe el perfil sociodemográfico de las gestantes, así como los principales indicadores de actividad y resultados del programa de atención a la salud de la madre, desagregados según el país de origen de la embarazada.

2 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO EN LA COMUNITAT VALENCIANA

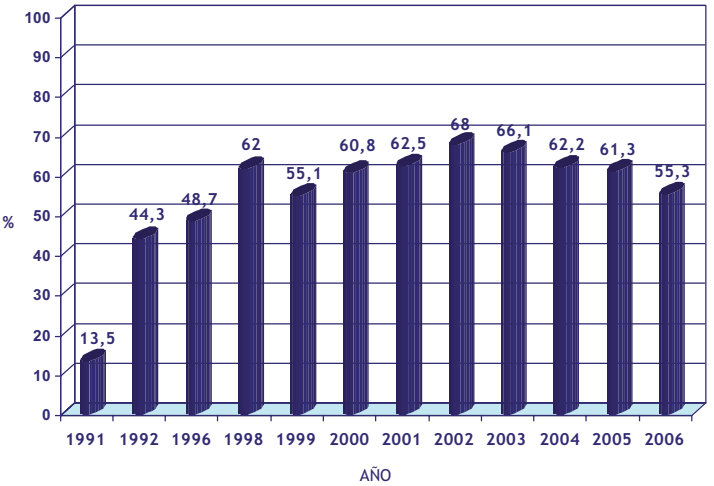
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HRE EN LA COMUNITAT VALENCIANA

El análisis para el conjunto de la Comunitat Valenciana (CV) se ha realizado a partir de una muestra de 8.679 registros, obtenida al azar en los diferentes departamentos de salud, de un total de 29.157 HRE recibidas en el año 2006. Esta amplia muestra permite la obtención de información con validez tanto para el departamento de salud como para el conjunto de la Comunitat.

La recepción de estos documentos de manera descentralizada y su transcripción a soporte magnético ha mejorado considerablemente la calidad de este sistema de información en los últimos años. La aportación realizada desde los diferentes departamentos de salud queda reflejada en las tablas 1A y 1B.

La gráfica siguiente representa la evolución del porcentaje de HRE recibidas en el conjunto de la CV, sobre el total de nacimientos ocurridos anualmente, obtenidos a partir del registro del Programa de Cribado Neonatal de Defectos Congénitos (Hipotiroidismo y Fenilcetonuria) de la CV. En los últimos años, se aprecia un ligero descenso en este porcentaje que puede deberse a la progresiva implantación y utilización de la Historia Clínica Electrónica única en atención primaria, dentro del proyecto de informatización sanitaria Abucasis II, con la incorporación inicial de la *Hoja de Seguimiento del Embarazo*, pero a la que aún no se ha unido la *Hoja Resumen del Embarazo*, estando prevista su incorporación en el año 2008. Por tanto, se trataría más bien de una baja notificación, por encontrarnos en un momento de cambios en el sistema de información, y no de un descenso real en la captación del programa.

Porcentaje de HRE recibidas sobre el total de nacimientos anuales
(Comunitat Valenciana 1991-2006)

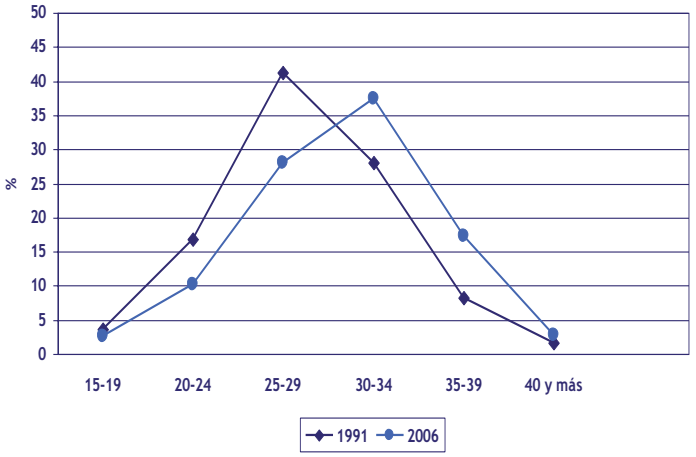


2.1 *Perfil sociodemográfico de la embarazada*

La decisión de tener hijos a una edad cada vez más avanzada como una tendencia establecida en los últimos años se mantiene, superando el porcentaje de gestantes de 30-34 años (37,5%) al de gestantes de 25-29 años (28,1%), grupo donde tradicionalmente se concentraba el mayor número de embarazos. Las gestantes con edades en ambos extremos-

adolescentes y mayores de 34 años- cuyo embarazo se considera como de riesgo, representaron un 2,7% en el caso de las adolescentes –menores de 20 años- y un 20,1% en el de las mujeres con edad superior a 34 años (tabla 2). Mientras el porcentaje de embarazadas adolescentes se mantiene estable, la proporción de gestantes mayores de 34 años ha sufrido un incremento progresivo en los últimos años. La gráfica siguiente muestra el desplazamiento de los nacimientos hacia los grupos de edad materna más avanzados ocurrido en los últimos quince años.

Mujeres embarazadas por grupos de edad
(Comunitat Valenciana, 1991 y 2006)



La edad media a la maternidad se situó en 30,3 años (D.E. 5,1) para el global de la muestra, mientras que en el caso de las mujeres que esperaban su primer hijo fue de 28,7 años (D.E. 4,8).

Respecto al estado civil, el 64,8% de las mujeres estaban casadas y el 27,2% solteras (tabla 3). Un 92,5% de las embarazadas convivían en pareja (tabla 4). El nivel de estudios de estas mujeres era mayoritariamente el que corresponde a estudios primarios, con un 50,2% de mujeres que habían cursado como máximo hasta 8º de EGB/2º ESO, incluyendo estudios medios elementales como auxiliar administrativo, mecanografía, etc. Un 25,7% de las gestantes habían finalizado los estudios secundarios (BUP, COU, bachiller) y un 17,3% tenían título universitario medio o superior (tabla 5).

En relación con la situación laboral de la mujer, las dos categorías donde se concentraron la mayoría de las embarazadas correspondieron a los grupos de asalariadas (56,7%) y al de amas de casa (28,8%). En el caso de la ocupación de la pareja, el grupo mayoritario fue también el de asalariados (82,1%), destacando además un porcentaje mayor de empresarios (8,3%) y sólo un 0,3% se dedicaban al hogar. La proporción de mujeres en paro fue superior al de hombres (4,9% frente al 1,2%). Estos resultados quedan reflejados en las tablas 6 y 7.

Como puede comprobarse en la tabla 8, en la mayoría de las mujeres se trataba de su primer (43,2%) o segundo embarazo (34,3%).

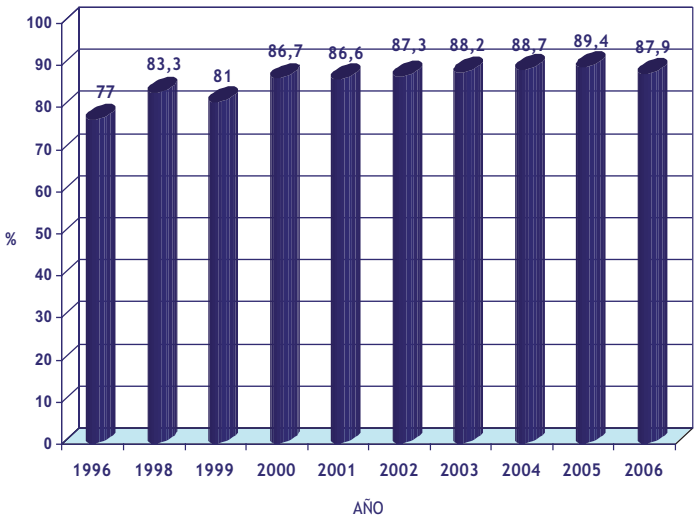
Respecto al país de origen de la gestante, el 20,7% de las mujeres atendidas en el programa de control y seguimiento del embarazo eran extranjeras, siendo las

regiones de origen mayoritarias: América Latina (33,7%), Europa del Este (24,2%), Norte de África (16,6%) y Europa Occidental (19,2%). Estos datos quedan reflejados en la tabla 9.

2.2 *Perfil sanitario y de cuidados prenatales*

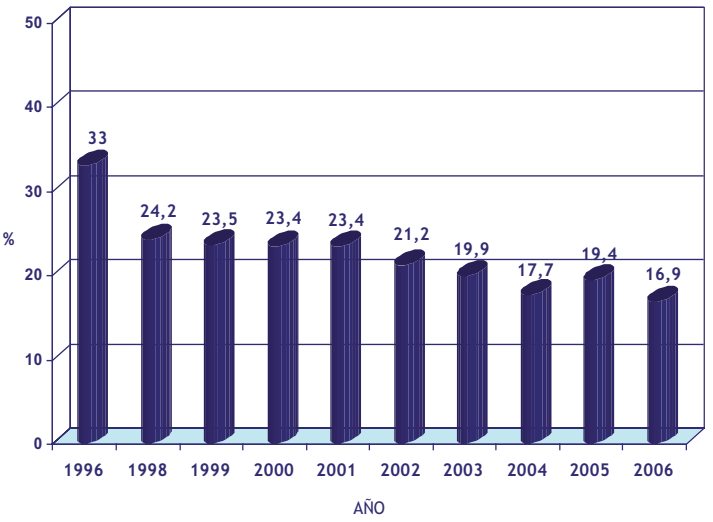
El objetivo de captación temprana de las mujeres, para iniciar los controles de salud antes de que se cumpla la 12ª semana de gestación, se cumplió en el 87,9% de las embarazadas (tabla 10). El ligero descenso que se aprecia en este indicador respecto a años anteriores es debido a un cambio en la sistemática de análisis, tras la inclusión de aquellos casos en que se desconoce el momento de inicio del control de la gestación como una categoría independiente.

Inicio precoz del control de la gestación
(Comunitat Valenciana, 1996-2006)



La proporción de mujeres que no fumaron durante el embarazo fue considerablemente superior a la de fumadoras (78,1% frente a 16,9%), apreciándose en los últimos años una tendencia decreciente, aunque con pequeñas oscilaciones, en el porcentaje de fumadoras durante el embarazo. La mitad de las gestantes fumadoras consumían un número diario de cigarrillos inferior a 6 (50,7%), mientras que el 35,7% fumaba entre 6-10 cigarrillos y el 13,7% superaban este número (tabla 11). Es necesario seguir incidiendo a lo largo de los múltiples contactos que se mantienen durante el embarazo, tanto para los controles de salud como para la educación sanitaria en grupo, sobre la influencia nociva del tabaco en la salud de la gestante y en la de su hijo, así como ofertar a las mujeres fumadoras el consejo y apoyo necesario para el abandono del hábito tabáquico durante el embarazo e incluso después del parto.

Consumo de tabaco durante la gestación
(Comunitat Valenciana, 1996-2006)



En relación con el incremento de peso a lo largo del embarazo, la media se situó en 12,2 kg. (D.E. 4,3), resultando la

situación más común un aumento entre 10 y 15 kg. a lo largo del embarazo, tal como se aprecia en la tabla 12.

Entre las gestantes atendidas, un 68,5% fueron considerados embarazos normales, mientras que el 25,3% fueron calificados como embarazos de riesgo (tabla 13). El porcentaje de mujeres que presentó algún problema de salud a lo largo de la gestación fue del 37,3%, siendo los principales problemas de salud detectados la presencia de anemia (27,3%), diabetes (11,2%), bacteriuria asintomática (9,6%) y amenaza de aborto (9,2%). Estos datos quedan reflejados en las tablas 14A y 14B.

Se realizaron pruebas específicas de diagnóstico prenatal en un 61,3% de las gestantes. Las técnicas empleadas mayoritariamente fueron el cribado bioquímico y la amniocentesis suponiendo, respectivamente, el 77,5% y el 20,3% de las pruebas realizadas. El factor de riesgo que determinó en la mayoría de los casos la derivación para diagnóstico prenatal fue la edad materna superior a 35 años (79,6%). Estos datos se presentan en las tablas 15 a 17.

El porcentaje de embarazos que finalizó en un aborto se situó en un 5,5%, siendo los abortos espontáneos los que más peso tuvieron (81,6%) frente a las interrupciones voluntarias del embarazo (10,3%), cuya valoración en este registro se encuentra infraestimada ya que la vía de acceso a esta prestación son los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (tablas 18 y 19). En cuanto a la semana de embarazo en la que tuvo lugar el aborto, la mayoría se produjo a lo largo del primer trimestre, representando el 78,9% de los abortos (tabla 20).

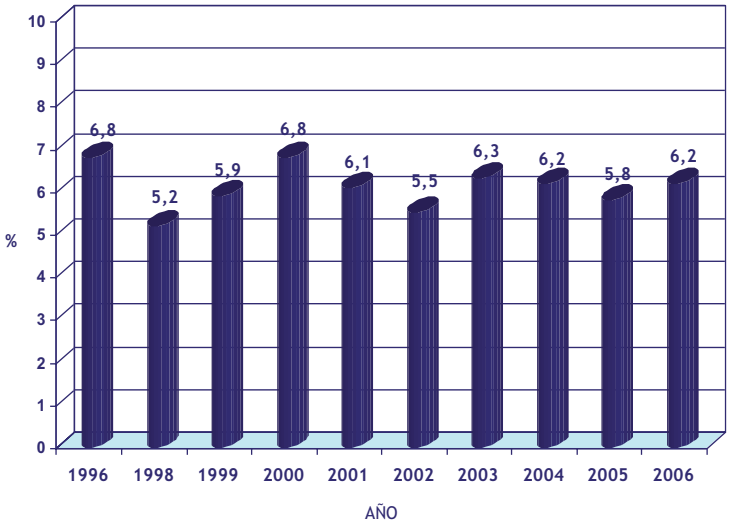
2.3 Perfil del parto

El análisis de las variables relacionadas con el parto, se ha realizado por separado según la titularidad del hospital, ya que tanto la bibliografía como la evidencia mostrada por análisis previos en la CV, ponen de manifiesto diferencias en la práctica médica entre hospitales públicos y privados en relación con el abordaje del parto. Un 85,8% de los partos fueron asistidos en hospitales públicos y un 6,1% en hospitales privados (tabla 21).

Como cabe esperar, la mayoría de los partos se produjo entre las semanas 37-42 de gestación, suponiendo los embarazos a término el 93,5% en los hospitales públicos y el 93,2% en los privados. No obstante hubo un 6,2% de nacimientos pretérmino (< 37 semanas de gestación) ocurridos en hospitales públicos y un 6,4% en los privados (tabla 22). Aunque esta cifra está en consonancia con los datos que ofrecen otros países europeos de nuestro entorno, realmente se encuentra infraestimada, dadas las características de las mujeres

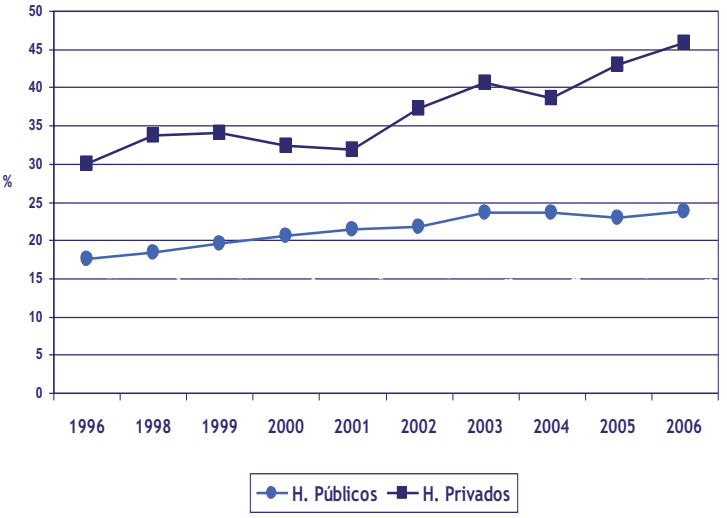
atendidas en atención primaria a lo largo de su embarazo, que excluyen los embarazos de mayor riesgo, entre los que se encuentran los vinculados a las técnicas de reproducción asistida. Según el registro del Programa de Cribado Neonatal de Defectos Congénitos (Hipotiroidismo y Fenilcetonuria), el porcentaje de nacimiento pretérmino en la CV, en el año 2006, fue del 9,1%.

Nacimientos pretérmino
(Comunitat Valenciana, 1996-2006)



El inicio del parto (tabla 23) se produjo de manera espontánea en un 73,9% de las mujeres que acudieron a los hospitales públicos y en un 54,8% de las que eligieron hospitales privados, siendo por tanto superior en estos últimos el porcentaje de partos inducidos (45,2% en los privados frente al 26,1% de los públicos). Al igual que en años anteriores, el porcentaje de cesáreas fue mayor en los hospitales privados, alcanzando un 45,8% de los partos frente al 23,8% de las realizadas en los hospitales públicos (tabla 24).

Terminación del Parto en Cesárea
(Comunitat Valenciana, 1996-2006)

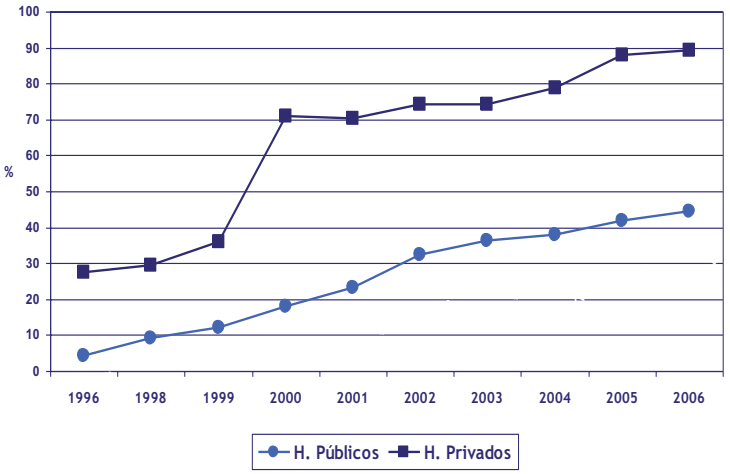


La anestesia epidural continúa siendo una práctica más extendida en los hospitales privados que en los públicos, aunque con una tendencia creciente en los últimos años en ambos casos. El porcentaje de partos asistidos en hospitales privados en los que se utilizó anestesia epidural fue del 89,2% frente al 44,4% en el caso de los hospitales públicos. Si limitamos el análisis a los partos vaginales, la utilización de anestesia epidural alcanzó un 84,7% de los partos vaginales asistidos en hospitales privados y un 30,5% en los públicos.

La anestesia general se utiliza escasamente tanto en los hospitales públicos como en los privados (2,3% y 2,1% respectivamente). Estos datos se muestran en las tablas 25 y 26.

Utilización de anestesia epidural

(Comunitat Valenciana, 1996-2006)

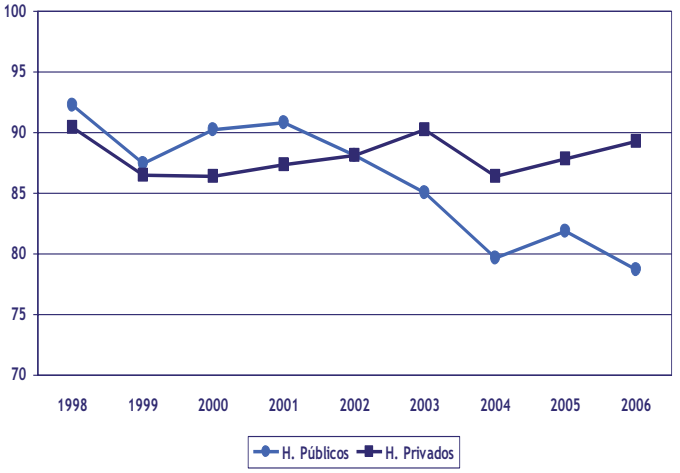


Del mismo modo ocurrió con el uso de ventosa para favorecer la expulsión durante el parto, práctica más habitual en los hospitales privados donde se utilizó en un 29,9% de los partos vaginales, que en los hospitales públicos donde se utilizó en un 8,3% de ellos (tabla 27). Por último, la práctica de episiotomías en los partos vaginales también fue superior en los hospitales privados (89,2%) frente a los públicos (78,7%) (tabla 28). La proporción de mujeres con desgarro perineal tras un parto vaginal fue ligeramente superior en los hospitales públicos (15,6%) frente a los privados (13,0%) (tabla 29).

La presencia del padre en el momento del parto se considera un elemento que humaniza el proceso de asistencia al parto, al conseguir que la mujer se encuentre apoyada y acompañada por su pareja en ese momento tan importante para ambos. Aunque en este punto no deben cesar los esfuerzos, las mejoras alcanzadas en los últimos años han sido considerables, situándose en la actualidad en un 64,1% de partos con presencia del padre en los hospitales públicos y un 55,1% en los hospitales privados (tabla 30).

Episiotomías en partos vaginales

(Comunitat Valenciana, 1998-2006)



En los últimos años se viene observando una tendencia decreciente en la estancia media hospitalaria debida al parto. Ésta fue algo superior en los hospitales públicos, donde los partos vaginales tuvieron una estancia media de 2,8 días (D.E. 1,7) frente a los 2,6 de los privados (D.E. 1,0), y las cesáreas permanecieron en los hospitales públicos una media de 5,0 días (D.E. 2,4) frente a los 3,9 de los privados (D.E. 1,2) (tabla 31).

2.4 Salud de los recién nacidos

La prematuridad y el bajo peso al nacimiento son dos indicadores que expresan el nivel de calidad de los cuidados durante la gestación y que se encuentran relacionados con determinadas variables sociodemográficas como la edad de la madre (más frecuente entre adolescentes)

o el nivel socioeconómico (más frecuente entre las mujeres de bajo nivel), resultando un indicador fundamental para evaluar las desigualdades sociales en salud.

Aunque el límite superior del bajo peso al nacimiento en algunos estudios se sitúa en 2.800 gr., la mayoría de las fuentes estadísticas oficiales utiliza el límite de 2.500 gr. lo cuál hace factible la comparabilidad de los datos. De acuerdo con este último criterio, el porcentaje de recién nacidos de bajo peso en la CV se situó en el 5,4%, cifra similar a la que ofrecen otras regiones de nuestro entorno. Al igual que en el caso de la prematuridad, esta cifra puede estar infraestimada debido a las características de las mujeres atendidas en el programa de control y seguimiento del embarazo en atención primaria, que excluye a los embarazos de mayor riesgo. La distribución del peso y del sexo de los recién nacidos queda reflejada en las tablas 32 y 33.

2.5 *Puerperio*

La visita puerperal es recomendable realizarla precozmente, ya que además de valorar el estado de salud de la mujer y las posibles complicaciones del parto, existen otros aspectos importantes que se deben abordar tales como la valoración del entorno domiciliario, la higiene y alimentación de la madre, la valoración de su estado emocional, la sexualidad y anticoncepción. En relación con el recién nacido, es importante incidir sobre sus cuidados en general, poniendo especial interés en su alimentación mediante la comprobación de la técnica de la lactancia materna, en su caso.

La mayor parte de las visitas puerperales se realizaron entre la primera (44,8%) y la segunda semana (34,6%) posteriores al parto, en un 8,5% de los casos se realizó entre los 15 y 21 días postparto y el 5,8% restante tuvo lugar tras haber transcurrido más de 21 días tras el parto. El 85,3% de las mujeres no presentaron problemas de salud en el puerperio y a un 79,1% de ellas se les indicó anticoncepción. Estos resultados se presentan en las tablas 34 a 36.

2.6 *Controles prenatales y actividades de educación sanitaria para la maternidad/paternidad*

De manera global, las embarazadas recibieron una media de 9,0 atenciones sanitarias de la matrona (D.E. 2,9), representando el 81,1% las que recibieron 7 o más controles, el 9,4% realizaron de 4 a 6 visitas y el 4,4% entre 1 y 3 (tabla 37).

En relación con los controles realizados por el obstetra, las mujeres recibieron una media de 4,8 consultas (D.E. 2,5), existiendo un considerable porcentaje de mujeres (55,8%) que acudieron en más de tres ocasiones a la consulta del obstetra (tabla 38).

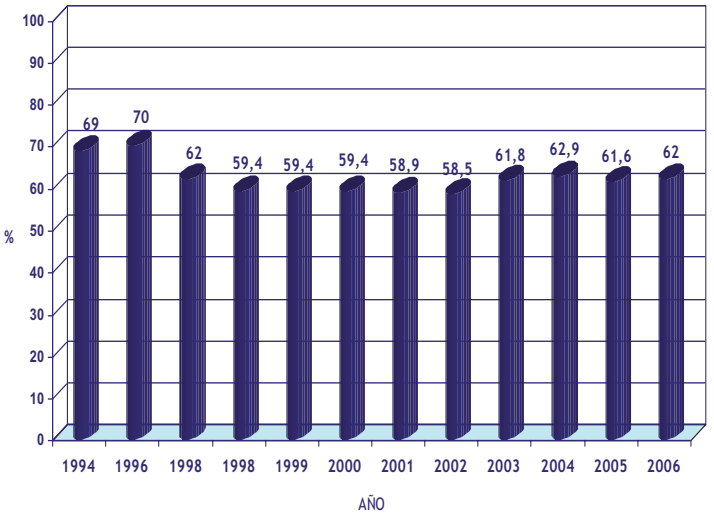
Aunque la recomendación en una gestación normal es realizar tres ecografías a lo largo de la gestación, una por trimestre, en la mayoría de ocasiones se realizan más. La media de ecografías realizadas fue de 1,5 (D.E. 0,7) durante el primer trimestre, 1,6 (D.E. 0,9) durante el segundo y 1,7 (D.E. 1,0) durante el tercero. La distribución del número de ecografías realizadas por trimestre se presenta en las tablas 39 a 41.

La educación sanitaria para la maternidad/paternidad aporta al programa de la madre el componente más importante de promoción de la salud, con el objetivo de contribuir a que las mujeres y sus parejas vivan el embarazo de manera positiva, con un desarrollo adecuado tanto la vertiente física como emocional, poniendo énfasis en ayudar a las madres a identificar sus necesidades y desarrollar sus propios recursos, así como en la participación del padre en todo el proceso. La importancia de los hábitos y conductas a lo largo del embarazo en relación con la nutrición, higiene, ejercicio físico, etc., así como la práctica de ejercicios de relajación y respiración que permitan afrontar de la mejor manera el momento del parto, constituyen algunos de los contenidos de estas actividades grupales. Por lo tanto, es deseable que la mayor parte de mujeres embarazadas y sus parejas tengan acceso a estas sesiones, aspecto que se vería favorecido por una oferta más adaptada a los cambios sociales actuales, con horarios que hagan compatible la vida familiar y laboral. El 62,0% de las embarazadas acudieron a las actividades de educación sanitaria para la maternidad/paternidad que imparten las matronas, porcentaje que permanece estable en los últimos años (tabla 42).

Junto a ello, destacar la progresiva implantación en la CV de otras actividades específicas de apoyo a la maternidad/ paternidad en el ámbito de la Atención Primaria, como son el taller de lactancia, al que asistieron un 39,6% de las madres, el taller de masaje infantil (29,9%) o el taller del puerperio (34,3%). Estos datos quedan reflejados en las tablas 43 a 45.

Educación sanitaria para la maternidad/paternidad

(Comunitat Valenciana, 1994-2006)



3 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO POR DEPARTAMENTOS DE SALUD

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HRE POR DEPARTAMENTOS DE SALUD

En el informe de este año, se presentan los datos desagregados por departamentos de salud según el actual modelo territorial, establecido por Orden de 12 de mayo de 2005 de la Conselleria de Sanidad. Como en informes anteriores, el análisis de los resultados se centra en aquellos indicadores que pueden caracterizar mejor el nivel de calidad del programa y que, tomando como referencia la globalidad de la CV, permiten detectar variaciones territoriales en el comportamiento de dichas variables.

En la tabla 1A se presenta el porcentaje de HRE recibidas en cada departamento de salud, sobre el total de nacimientos en el departamento, obtenidos a partir del registro del Programa de Cribado Neonatal de Defectos Congénitos (Hipotiroidismo y Fenilcetonuria) de la CV. Tomando como referencia el porcentaje de HRE recibidas para el global de la Comunitat, se encuentran por encima del 60% los departamentos 01, 03, 04, 11, 12, 13, 15, 20 y 21. Por el contrario, por debajo del 50%, se sitúan los departamentos 02, 06, 07, 08, 09, 17, 18, 19 y 22, muchos de los cuales comprenden a una población de características eminentemente urbanas (Valencia y Alicante ciudad). Además, tal y como se ha indicado ya para el global de la Comunitat, el descenso que se aprecia en este porcentaje en algunos departamentos de salud, puede deberse a la incorporación de la *Hoja de Seguimiento del Embarazo* en la aplicación informática Abucasis II sin la inclusión simultánea de la *Hoja Resumen del Embarazo*, tratándose por tanto más bien de una baja notificación y no de un descenso en la captación del programa.

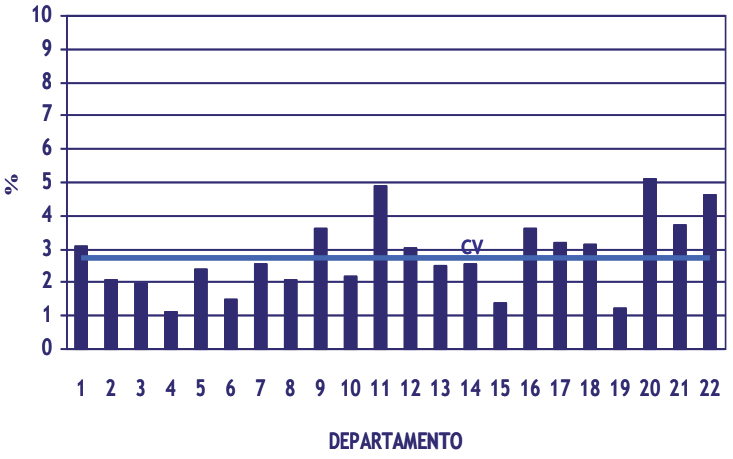
3.1 Embarazos en mujeres menores de 20 años

Este indicador se define por el número de embarazadas menores de 20 años sobre el total de gestantes atendidas en el programa, expresado como una proporción. Su importancia viene dada por las circunstancias adversas, bien documentadas en la literatura científica, que rodean a los embarazos en adolescentes, y que afectan tanto a su esfera biológica como a la psicológica y social. La captación de estos embarazos es una tarea importante a realizar en los centros de atención primaria, de manera coordinada entre médicos de familia, trabajadoras sociales y matronas.

En la tabla 46 se presenta la distribución de embarazadas menores de 20 años por departamentos de salud. El análisis de este indicador muestra un rango

que oscila desde el 1,1% de embarazadas adolescentes atendidas en el departamento 04 al 5,1% en el departamento 20.

Embarazadas menores de 20 años por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)

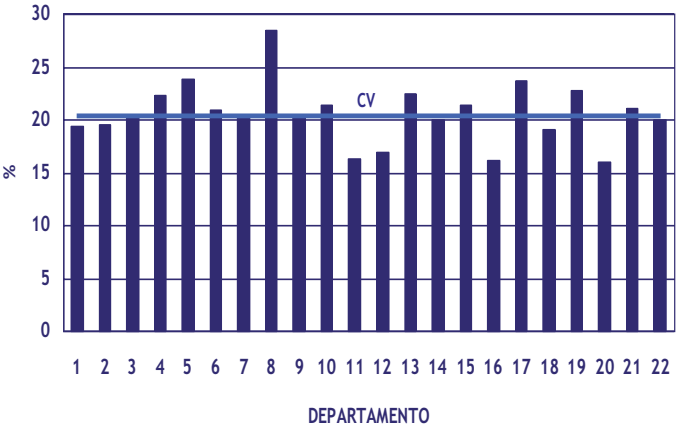


3.2 *Embarazos en mujeres de más de 34 años*

Este indicador se define por el número de embarazadas de más de 34 años, expresado como una proporción sobre el total de gestantes atendidas en el programa. Su importancia viene dada por la tendencia marcada, en los últimos años, en el retraso de la edad a la maternidad y la evidencia de su mayor asociación con efectos adversos, que afectan tanto a la madre como al bebé. Entre ellos sobresale la mayor frecuencia de defectos congénitos, entre los que destacan algunas cromosomopatías como el Síndrome de Down.

La distribución de embarazadas de más de 34 años por departamentos de salud se presenta en la tabla 46. El análisis de este indicador pone en evidencia diferencias que oscilan entre el 28,5% de madres de este grupo de edad atendidas del departamento 08, como rango superior, y el 15,9% en el departamento 20, como rango inferior.

Embarazadas de más de 34 años por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)

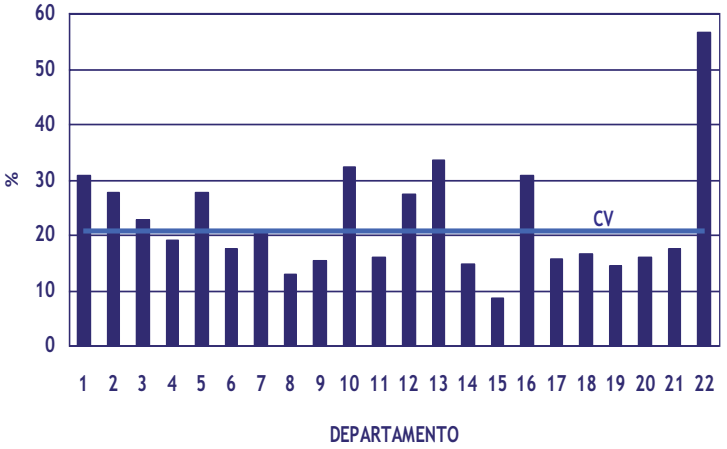


3.3 *Embarazos en mujeres extranjeras*

El cálculo de este indicador viene dado por el número de embarazadas extranjeras, expresado como una proporción sobre el total de embarazadas atendidas en el programa. En los últimos años, se viene observando un ligero incremento de la natalidad en España, debido fundamentalmente al aumento de nacimientos de madres extranjeras. Las desigualdades en salud y en el acceso y utilización de los servicios sanitarios, en función del país de origen, son fenómenos ya conocidos. En el campo de la salud materno-infantil, se ha estudiado fundamentalmente la relación entre el país de origen de la madre y el bajo peso y la prematuridad al nacimiento.

La distribución de embarazos en mujeres extranjeras se presenta en la tabla 47, observándose variaciones importantes entre los distintos departamentos de salud, que oscilan entre el 56,5% de embarazadas extranjeras en el departamento 22, como rango superior, y el 8,6% en el departamento 15, como rango inferior. Además, los departamentos 01, 02, 05, 10, 12, 13 y 16 presentaron porcentajes de embarazadas extranjeras superiores al 25%, mientras que en los departamentos 08, 14 y 19 esta proporción fue inferior al 15%.

Embarazadas extranjeras por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)

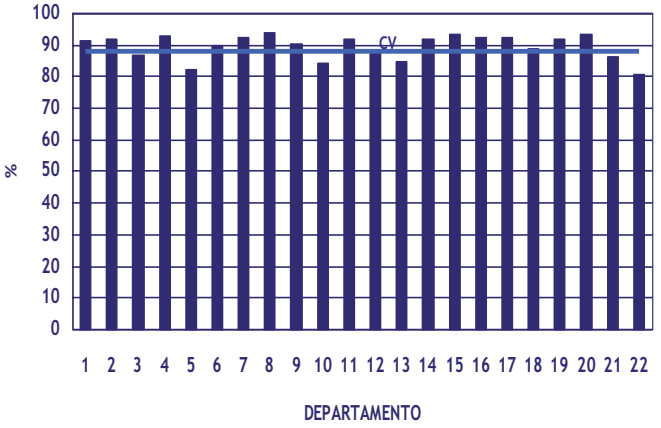


3.4 *Inicio precoz del control de la gestación*

Este indicador se define como el número de embarazadas que iniciaron el control sanitario de la gestación a lo largo de las doce primeras semanas, expresado como una proporción del total de embarazadas atendidas en el programa. El inicio precoz de la asistencia prenatal permite una evaluación más exacta de la edad gestacional, al tiempo que hace posible la detección precoz de patología obstétrica o médica intercurrente y la clasificación de los embarazos de riesgo para su control de manera inmediata.

En la tabla 49 se presenta la distribución de mujeres captadas en las doce primeras semanas de gestación por departamentos de salud. La valoración global para el conjunto de la Comunitat alcanzó un porcentaje de embarazos controlados desde el primer trimestre de gestación del 87,9%, con ligeras diferencias de unos departamentos a otros. Los departamentos 05, 10, 13 y 22 presentaron una proporción menor de captación temprana de la gestante, por debajo del 85%. La semana de gestación en la que comenzó el seguimiento del embarazo como término medio queda reflejada en la tabla 48.

Inicio precoz del control de la gestación por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)



3.5 *Consumo de tabaco durante la gestación*

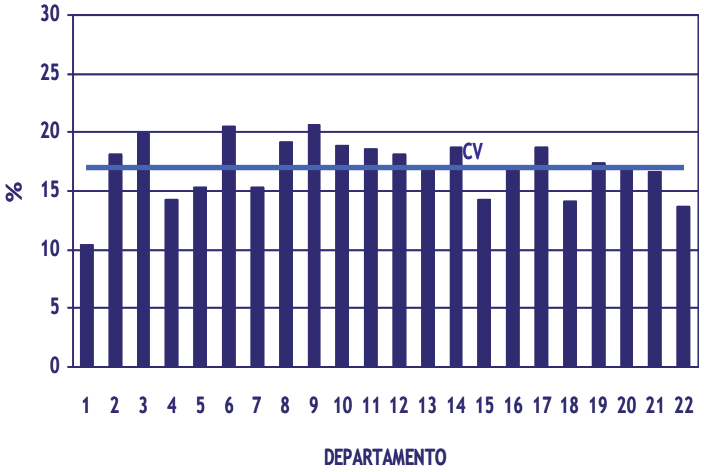
El cálculo de este indicador viene dado por el número de embarazadas que

fumaron a lo largo de la gestación, expresado como una proporción sobre el total de embarazadas atendidas en el programa. Los efectos adversos del tabaco tanto sobre la salud de la madre como sobre la del bebé (menor crecimiento intrauterino, parto pretérmino, abortos espontáneos), hacen recomendable la monitorización de este indicador.

La distribución de la proporción de mujeres que fumaron durante la gestación queda reflejada en la tabla 50. Mientras la prevalencia de embarazadas fumadoras en el conjunto de la Comunitat se situó en el 16,9%, el análisis de este indicador por departamentos de salud mostró variaciones importantes. El departamento 01 presentó la menor prevalencia de embarazadas fumadoras (10,5%), seguido del departamento 22 (13,6%). En el extremo opuesto, los departamentos 06 y 09, con un 20,4% y un 20,6% respectivamente, mostraron los mayores porcentajes de mujeres fumadoras durante el embarazo.

Consumo de tabaco durante la gestación por departamento de salud

(Comunitat Valenciana, 2006)



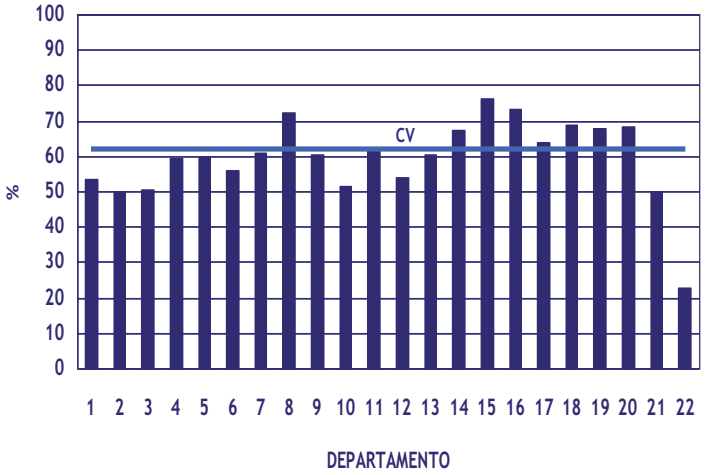
3.6 *Educación sanitaria para la maternidad/paternidad*

El cálculo de este indicador se realiza a partir del número de embarazadas que acudieron a las sesiones de educación sanitaria para la maternidad/paternidad, expresado como un porcentaje del total de embarazadas atendidas. La educación maternal en grupo es una parte importante del programa de control y seguimiento del embarazo, que permite a las matronas de atención primaria transmitir aspectos de promoción de la salud fundamentales para el buen desarrollo del embarazo y posterior cuidado del recién nacido. La organización del trabajo de las matronas debe hacer posible que las embarazadas y sus parejas tengan acceso a estas sesiones, facilitando la oferta horaria de las mismas, de forma que permita la compatibilidad con la vida familiar y laboral de la gestante y su pareja.

En la tabla 51 se presentan los resultados del análisis de este indicador por departamentos de salud, observándose una gran variabilidad entre ellos. La proporción de mujeres que recibieron educación sanitaria para la maternidad/paternidad durante el embarazo en el conjunto de la Comunitat fue del 62,0%. En los departamentos 08, 14, 15, 16, 18, 19 y 20 el porcentaje de mujeres que acudieron a estas sesiones fue superior al 65%, mientras que en los departamentos

01, 02, 03, 10, 12, 21 y 22 esta proporción fue inferior al 55%.

Educación sanitaria para la maternidad/paternidad por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)



3.7 *Nacimientos pretérmino*

Este indicador viene dado por el número de nacidos vivos con una edad gestacional en el momento del nacimiento inferior a 37 semanas completas, expresado como una proporción sobre el total de nacidos vivos. Los nacimientos pretérmino constituyen la causa más importante de la morbilidad y mortalidad perinatal e infantil, y su prevención es hoy en día uno de los retos más importantes ante los que se enfrentan los países industrializados.

La distribución de nacimientos pretérmino por departamentos de salud se presenta en la tabla 52. Si bien en el conjunto de la CV la proporción de nacimientos pretérmino se situó en el 6,1%, este indicador osciló entre un 4,0% en el departamento 20, como límite inferior, y un 8,7% en el departamento 02, como límite superior. Además, con porcentajes superiores al 7,0% se situaron los departamentos 04, 16, 18 y 22 y por debajo del 5,0% los departamentos 05, 15 y 17.

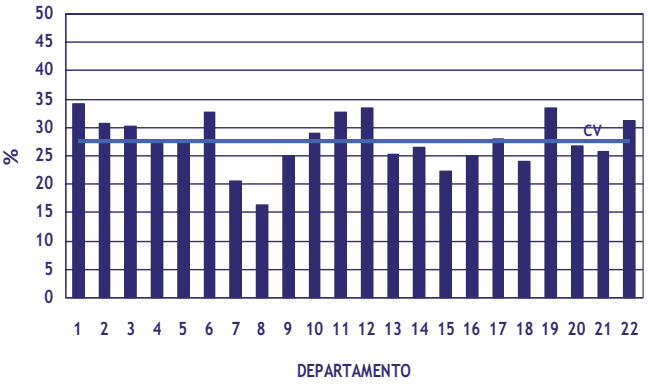
3.8 *Partos inducidos*

Este indicador se define como el número de mujeres cuyo parto fue inducido por medios farmacológicos o quirúrgicos, expresado como una proporción del total de partos. La inducción es un término que se refiere a la intervención mediante la utilización de técnicas médicas o quirúrgicas para iniciar las contracciones uterinas, antes de que el parto se presente de manera espontánea. Esta intervención lleva asociada una serie de riesgos, tanto para la madre como para el feto, derivados de la mayor frecuencia de partos prolongados y de la hiperestimulación uterina. No obstante, la inducción del parto está aconsejada en aquellos casos en los cuales el riesgo de continuar con el embarazo tanto para la madre como para el feto (preeclampsia, rotura prematura de membranas, insuficiencia placentaria, diabetes mal controlada), sea mayor que los riesgos que comporta la inducción. La OMS recomienda, de forma general, un porcentaje de partos inducidos no superior al 10%.

El análisis de este indicador de manera global en la CV mostró que un 27,5% de los partos fueron inducidos, con

un rango que osciló entre el 16,4% en el departamento 08 y el 34,2% en el departamento 01. Junto al departamento 08, presentaron porcentajes de partos inducidos inferiores al 25% los departamentos 07, 15 y 18. En sentido contrario, además del departamento 01, presentaron porcentajes superiores al 30% los departamentos 02, 03, 06, 11, 12, 19 y 22 (tabla 53).

Partos inducidos por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)

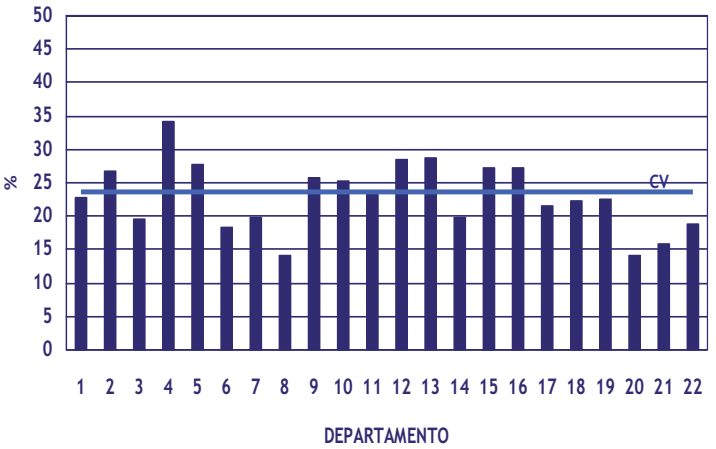


3.9 *Partos por cesárea*

Este indicador viene dado por el número de partos que finalizan en cesárea, expresado como porcentaje del número total de partos. Es complejo determinar lo que constituye una proporción de cesáreas "apropiada", pues su realización tiene una relación directa con determinadas características de la población como puede ser el incremento del número de primíparas o el incremento de la edad materna en el primer embarazo. En las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (Declaración de Fortaleza, 1985) se indica que el porcentaje de cesáreas no debería superar en ningún país, más de un 10-15% de los partos. El aumento progresivo que este indicador ha venido sufriendo en las últimas décadas en nuestro entorno, y las importantes diferencias observadas en la práctica médica de cesáreas entre hospitales, hace pensar que un porcentaje de las mismas podría haberse evitado. Es necesario investigar tanto las causas de este incremento como de su variabilidad entre centros sanitarios.

El análisis de este indicador por departamentos de salud (tabla 54) mostró una variabilidad importante, que osciló entre el 14,2% de los departamentos 08 y 20 en el rango inferior, y el 34,2% del departamento 04 en el rango superior, alcanzando para el conjunto de la Comunitat un 23,5% de cesáreas. Con porcentajes superiores al 25% se situaron además los departamentos 02, 05, 09, 10, 12, 13, 15 y 16. Los departamentos 03, 06, 07, 14, 21 y 22, junto con los departamentos anteriormente citados, presentaron una proporción de cesáreas inferior al 20%.

Cesáreas por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)

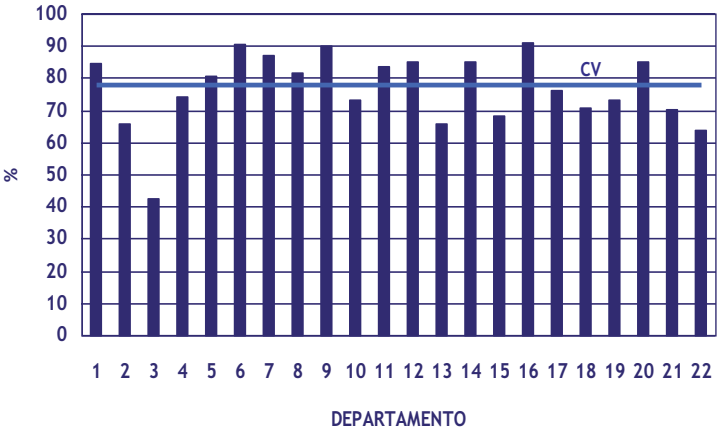


3.10 Episiotomías

Este indicador se define como el número de mujeres a las que se les realizó una episiotomía, expresado como una proporción de todas las mujeres que tuvieron un parto vaginal. La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente practicados por la medicina occidental, aunque no existe evidencia que apoye su realización de una manera rutinaria. La lesión perineal que produce puede acompañarse de cierta morbilidad a corto plazo produciendo dolor y hemorragia, y a más largo plazo dando lugar a problemas en la función intestinal, urinaria y en las relaciones sexuales. La evidencia mostrada por los ensayos clínicos randomizados indica que el uso de la episiotomía debería ser selectivo, reservándose a indicaciones maternas y fetales específicas.

El análisis de este indicador por departamentos de salud (tabla 55) mostró un rango que osciló entre el 42,8% de episiotomías realizadas en el departamento 03 y el 91,2% del departamento 16, adoptando el conjunto de la Comunitat una prevalencia del 77,6% de episiotomías en los partos vaginales. Por encima del 85% se situaron los departamentos 06, 07, 09, 12, y 14 y por debajo del 70% los departamentos 02, 13, 15 y 22, junto a los ya mencionados.

Episiotomías en partos vaginales por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)

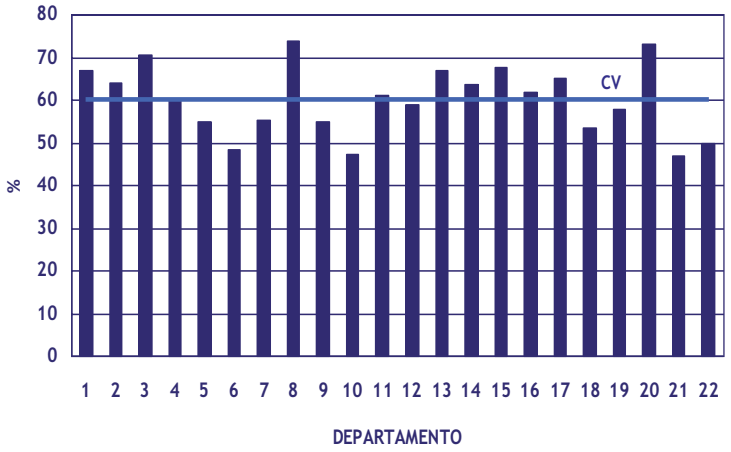


3.11 Presencia del padre en el parto

Este indicador viene dado por el número de mujeres que estuvieron acompañadas de su pareja en el paritorio, expresado como un porcentaje del total de mujeres que dieron a luz. Los servicios sanitarios deben esforzarse por favorecer que las parejas puedan compartir ese momento tan importante del nacimiento de un hijo común, que no es sino el inicio de la responsabilidad compartida que ello supone, además de un apoyo moral importante para la mujer en el momento del parto.

El comportamiento de este indicador por departamentos de salud (tabla 56) resultó muy heterogéneo, con un rango de valores entre el 46,9% en el departamento 21 y el 73,8% en el departamento 08. Además del departamento mencionado, superaron el porcentaje del 65% los departamentos 01, 03, 13, 15, 17 y 20.

Presencia del padre en el parto por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)



3.12 Recién nacidos de bajo peso

Este indicador se define como el número de recién nacidos que pesaron al nacer menos de 2.500 gr. expresado como una proporción del total de nacidos vivos. Su importancia radica en la asociación que existe entre el bajo peso al nacimiento con la mayor morbilidad y mortalidad perinatal, resultando un indicador de gran interés para identificar población de alto riesgo y poder planificar intervenciones de salud pública dirigidas a reducir los riesgos.

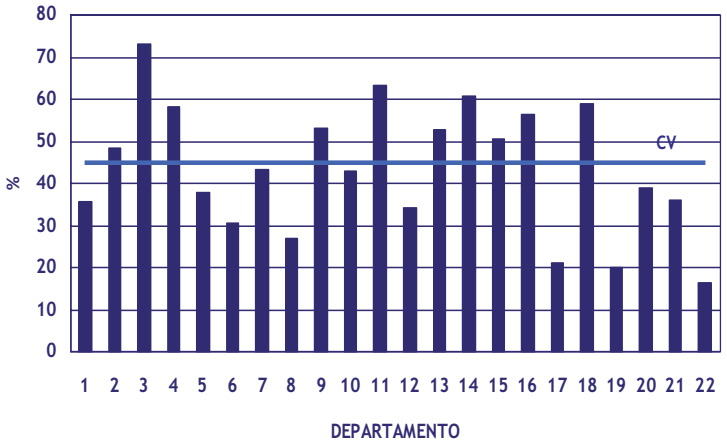
En la tabla 57 se presenta la distribución de la proporción de recién nacidos de bajo peso por departamentos de salud. Si bien en el conjunto de la Comunitat el porcentaje de recién nacidos de menos de 2.500 gr. se situó en el 5,4% de los nacimientos, el análisis de este indicador por departamentos mostró un rango que osciló entre el 3,6% del departamento 14 y el 7,3% del departamento 02. Por encima del 6%, se situaron además los departamentos 03, 07, 12, 16 y 18.

3.13 Visita puerperal temprana

Este indicador viene dado por el número de mujeres que recibieron atención sanitaria de la matrona durante la primera semana tras el parto, expresado como un porcentaje del total de mujeres que dieron a luz. Una de las consecuencias de las cortas estancias hospitalarias tras el parto es la necesidad del control evolutivo de la salud de la madre, para garantizar su adecuada recuperación y progresiva adaptación a la nueva situación. Esta visita también permite suministrar al recién nacido los cuidados pertinentes y derivarlo al pediatra para su captación en el programa de supervisión de la salud infantil.

El análisis de este indicador por departamentos de salud (tabla 58) mostró una importante variabilidad, con un rango que osciló entre el 16,4% del departamento 22 y el 73,2% del departamento 03. En el conjunto de la CV un 44,8% de las mujeres realizaron la visita en la primera semana postparto. Con porcentajes superiores al 50% se sitúan los departamentos 04, 09, 11, 13, 14, 15, 16 y 18, y por debajo del 40%, los departamentos 01, 05, 06, 08, 12, 17, 19, 20 y 21.

Visita puerperal precoz por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)



3.14 Controles prenatales

Este indicador viene dado por el número de embarazadas que recibieron más de 6 controles de salud de la matrona y al menos 3 controles del obstetra, expresado como un porcentaje del total de embarazadas atendidas. Se considera que para conseguir un control adecuado del embarazo normal deben realizarse al menos siete controles en atención primaria y tres en especializada –coincidiendo con los controles ecográficos-.

En el conjunto de la CV las embarazadas recibieron una media de 9,0 atenciones sanitarias de la matrona y de 4,8 visitas del obstetra. Al analizar independientemente la información por departamentos de salud, se comprueba que existe una cierta heterogeneidad en los resultados (tablas 59 a 62). Si bien en el conjunto de la CV la proporción de mujeres que recibieron más de 6 atenciones de la matrona se situó en el 81,1%, este indicador osciló entre el 59,6% del departamento 08 en el límite inferior y el 91,8% en el departamento 16 en el límite superior. De forma similar, para el global de la Comunitat, un 78,9% de las mujeres embarazadas recibieron al menos 3 atenciones sanitarias del obstetra, existiendo diferencias entre departamentos que oscilaron entre el 93,5% en el departamento 15, como rango superior, y el 36,9% en el departamento 03, como rango inferior.

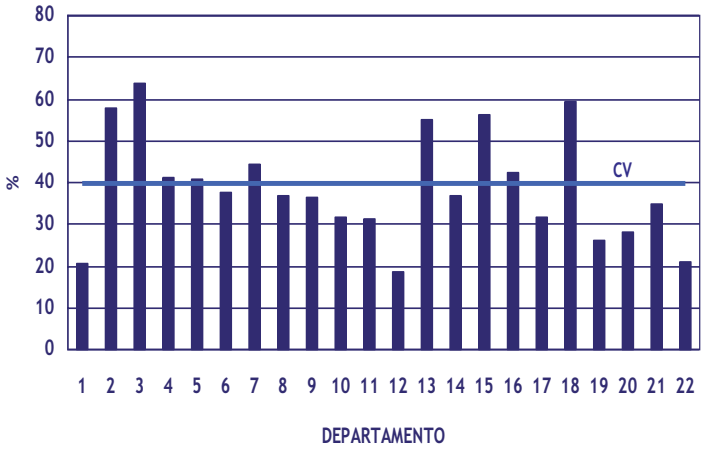
3.15 Talleres de apoyo a la maternidad/paternidad

Este indicador se define como el número de mujeres que asistieron a los talleres de apoyo a la maternidad/ paternidad tras el parto, expresado como una proporción del total de mujeres que dieron a luz. Dentro del programa de Atención a la Salud de la Madre, se están impulsando nuevas actividades de apoyo a las mujeres tras el nacimiento de su hijo, con la puesta en marcha de distintos talleres dirigidos a facilitar la recuperación física y emocional de la mujer tras el parto, así como la adquisición de habilidades para la crianza (lactancia, estimulación del bebé y masaje infantil). Su implantación y desarrollo en los distintos centros de salud de la CV es aún heterogénea, estando en fases iniciales en algunos de ellos.

La proporción de mujeres que acudieron al taller de lactancia en el conjunto de la Comunitat fue del 39,6%. En

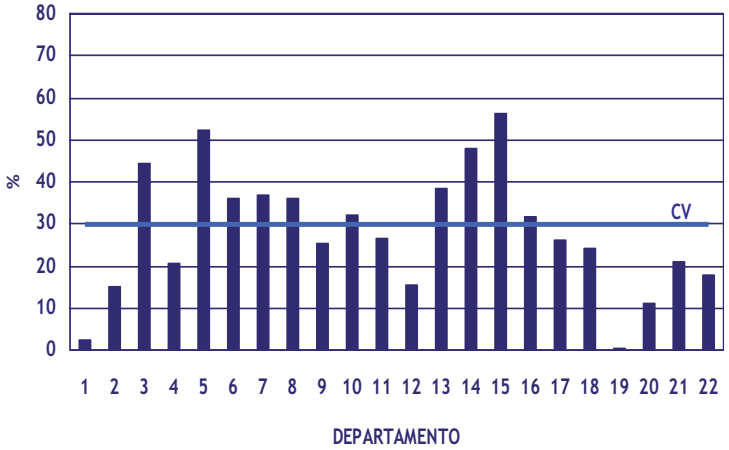
los departamentos 02, 03, 13, 15 y 18 el porcentaje de mujeres que asistieron a este taller fue superior al 50%, mientras que en los departamentos 01, 12, 19, 20 y 22 esta proporción fue inferior al 30% (tabla 63).

Taller de lactancia por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)



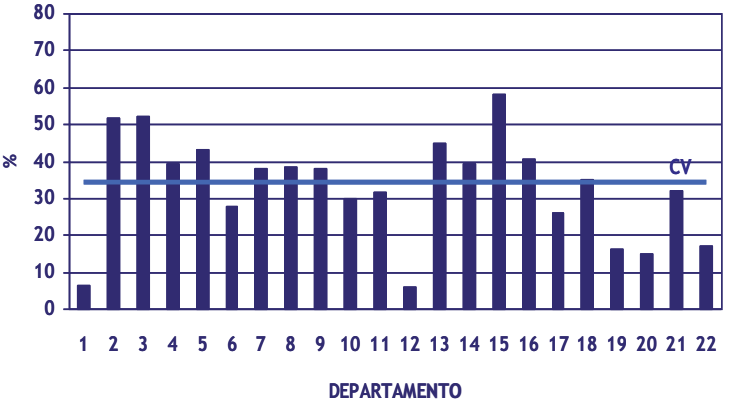
Respecto al taller de masaje infantil, el porcentaje de mujeres que acudieron en el global de la Comunitat fue del 29,9%, observándose una gran variabilidad entre departamentos. Los departamentos 01, 02, 12, 19, 20 y 22 presentaron proporciones inferiores al 20% mientras que en los departamentos 03, 05, 14 y 15 fueron superiores al 40% (tabla 64).

Taller de masaje infantil por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)



Del mismo modo, el análisis de la proporción de mujeres que asistieron al taller de puerperio (tabla 65) mostró una variabilidad importante, que osciló entre el 6,2% del departamento 12 en el rango inferior, y el 58,1% del departamento 15 en el rango superior, alcanzando para el conjunto de la Comunitat el 34,3%. Con porcentajes superiores al 40% se situaron además los departamentos 02, 03, 05, 13 y 16. Los departamentos 01, 06, 10, 17, 19, 20 y 22, junto con el departamento anteriormente citado, presentaron proporciones inferiores al 30%.

Taller del puerperio por departamento de salud
(Comunitat Valenciana, 2006)



4 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO POR PAÍS DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA HRE POR PAÍS DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA

En el año 2004 se inició la recogida de información sobre el país de origen de las mujeres atendidas en el programa de control y seguimiento del embarazo, incluyendo esta variable en la HRE. Este dato se analizó por primera vez en el año 2005 y mostró que, en el conjunto de la CV, un 20,9% de las gestantes eran extranjeras, presentando una distribución irregular por departamentos de salud, tanto en el porcentaje de embarazadas extranjeras atendidas como en el país de procedencia de estas mujeres.

Las características diferenciales de las mujeres extranjeras tanto culturales, sociodemográficas o económicas, así como las distintas concepciones de la salud y la enfermedad, pueden hacer necesaria la adaptación de los programas de salud a sus necesidades específicas. Estas diferencias se hacen patentes no solo respecto a las mujeres españolas, sino también entre los distintos colectivos en función del país o de la región de procedencia, por lo que no deben ser consideradas de forma homogénea a la hora de prestar una atención sanitaria adecuada y de calidad.

Por ello, en el informe de este año, se ha incluido en este apartado la descripción de las características sociodemográficas de las gestantes extranjeras atendidas en el programa, así como las principales variables relacionadas con la atención sanitaria prestada durante el embarazo, parto y puerperio. Con el fin de facilitar el análisis de los datos y la presentación de los resultados, la variable -país de origen de la embarazada- se ha agrupado en seis grandes categorías: Europa Occidental/ Norteamérica, Europa del Este, América Latina, Norte de África, África Subsahariana y Asia. En algunos casos, dado el bajo número de efectivos presentes en determinadas categorías, los resultados obtenidos deben interpretarse con cierta cautela.

En la tabla 66 se presenta la distribución de embarazadas extranjeras por departamentos de salud según el país de origen, apreciándose diferencias significativas entre departamentos y destacando la polarización hacia determinados zonas geográficas de procedencia en algunos de ellos. En los departamentos 02, 03 y 14, alrededor del 50% de las embarazadas extranjeras atendidas en el programa procedían de Europa del Este. Por contra, más de la mitad de las embarazadas extranjeras atendidas en los departamentos 07, 17 y 19 eran latinoamericanas. En el departamento 01 el

46,2% de las gestantes extranjeras procedían del Norte de África.

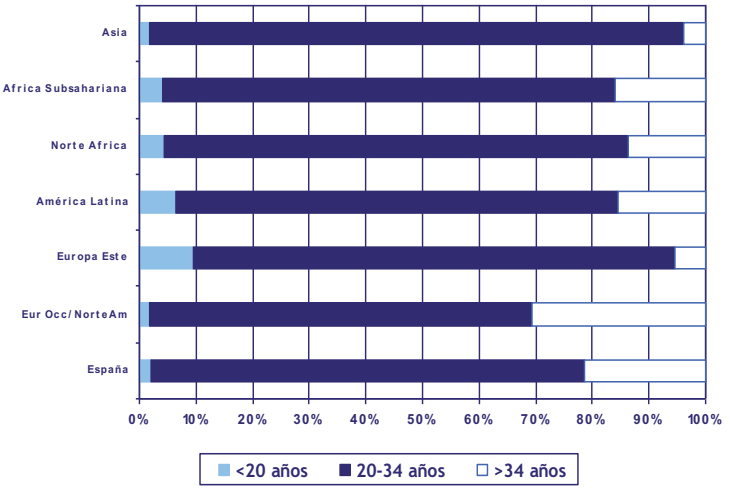
4.1 *Perfil sociodemográfico de las gestantes*

El colectivo de mujeres extranjeras en edad fértil en la Comunitat Valenciana está constituido mayoritariamente por mujeres inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. Se trata de una población joven, con una mayor tasa de natalidad y que, por lo general, tienen hijos a edades mas tempranas que la población autóctona.

En la tabla 67 se muestra la edad media de las embarazadas según el país de origen, presentando todas las embarazadas extranjeras, excepto las procedentes de Europa Occidental y Norteamérica, una edad media a la maternidad inferior a la de las gestantes autóctonas. Las mujeres de Europa del Este son las más jóvenes, con una edad media de 26,3 años, seguidas de las embarazadas de origen asiático y las del Norte de África, con una media de 27,4 y 27,7 años respectivamente.

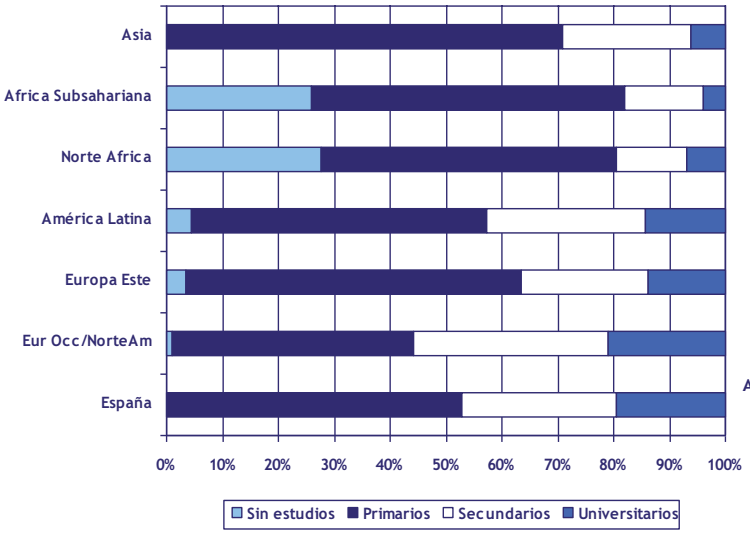
La distribución de las gestantes con edades en ambos extremos –adolescentes y mayores de 34 años- cuyo embarazo se considera de riesgo, evidencia a su vez diferencias en función del país de origen (tabla 68). El grupo de mujeres de Europa del Este es el que presenta un mayor porcentaje de embarazadas menores de 20 años (9,5%), seguido de las mujeres de América Latina (6,4%). En el extremo opuesto, los embarazos en mayores de 34 años, destacan las mujeres de Europa Occidental y Norteamérica ya que un 30,7% de estas gestantes tenían más de 34 años.

Embarazadas según edad y país de origen
(Comunitat Valenciana 2006)



En la tabla 69 se presenta la distribución de las embarazadas según el nivel de estudios y el país de origen. Destacar el menor nivel educativo de las mujeres procedentes del Norte de África y de África Subsahariana, con un porcentaje de embarazadas sin estudios del 27,7% y 26,0% respectivamente. Las gestantes de Europa Occidental y Norteamérica son las que presentan un mayor nivel de estudios, un 34,9% de ellas tienen estudios secundarios y un 20,9% estudios universitarios, porcentajes ligeramente superiores a los de las gestantes autóctonas.

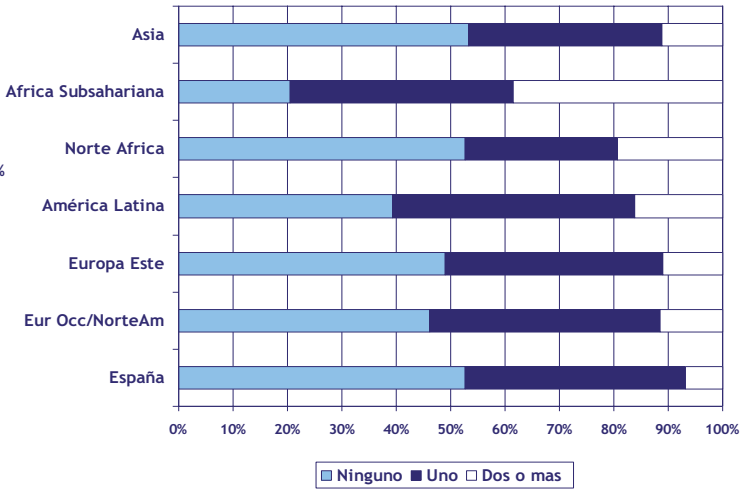
Embarazadas según nivel de estudios y país de origen
(Comunitat Valenciana, 2006)



Respecto a la situación laboral de la mujer, en todos los grupos de embarazadas extranjeras el porcentaje de mujeres con un trabajo remunerado durante la gestación fue menor que en las embarazadas autóctonas. En el límite inferior se sitúan las mujeres del Norte de África, ya que sólo el 11,2% realizó un trabajo remunerado durante el embarazo (tabla 70). Es posible que estos datos no reflejen la actividad laboral real de las gestantes extranjeras, dada la situación administrativa irregular en la que se encuentran algunas de ellas, lo que puede condicionar una baja declaración respecto a su situación laboral activa.

En la tabla 71 se presenta la distribución de las mujeres según el número de embarazos previos y el país de origen de la gestante. Para la mayoría de las mujeres españolas se trataba de su primer (52,7%) o segundo embarazo (40,5%). El porcentaje de mujeres con dos o más gestaciones previas fue superior en todos los grupos de embarazadas extranjeras, alcanzando el 38,5% en el caso de las mujeres subsaharianas.

Embarazadas según gestaciones previas y país de origen
(Comunitat Valenciana, 2006)



4.2 *Inicio precoz del control de la gestación*

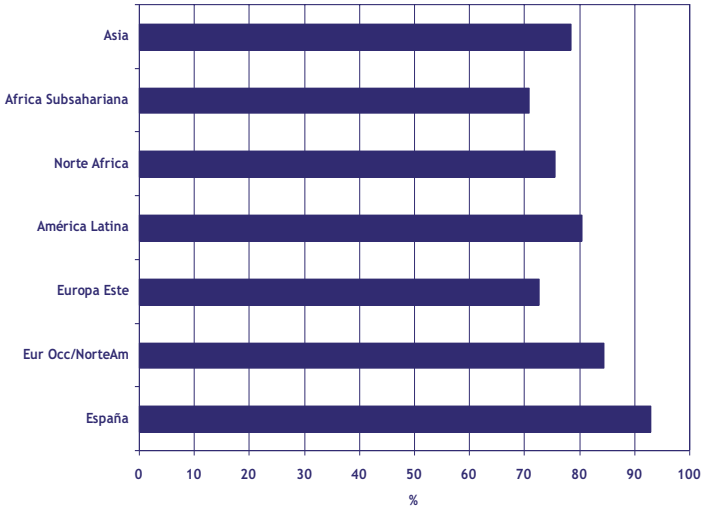
Diversos estudios han puesto de manifiesto las dificultades que, en general, presenta la población extranjera, especialmente los inmigrantes económicos, en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios. En el caso de la atención prenatal de las mujeres extranjeras, se ha evidenciado tanto un inicio tardío en el control de la gestación como un menor número de visitas y pruebas diagnósticas, independientemente del país de procedencia de la embarazada. Factores como las barreras lingüísticas, el desconocimiento de las prestaciones y funcionamiento del sistema sanitario, la situación administrativa irregular, la

precariedad laboral o las pautas culturales de origen pueden estar condicionando la carencia en el control prenatal. La percepción de la necesidad del cuidado prenatal puede ser distinta en función de la forma de tratar la salud y la enfermedad en el país de origen.

La semana de gestación en la que comenzó el seguimiento del embarazo como término medio y la distribución de mujeres con un inicio precoz en el control del embarazo se presentan en las tablas 72 y 73, respectivamente. El porcentaje de embarazadas autóctonas captadas en las 12 primeras semanas de gestación fue del 92,9%, siendo esta proporción inferior en todas las mujeres extranjeras con independencia de su procedencia.

Inicio precoz del control de la gestación según país de origen

(Comunitat Valenciana, 2006)



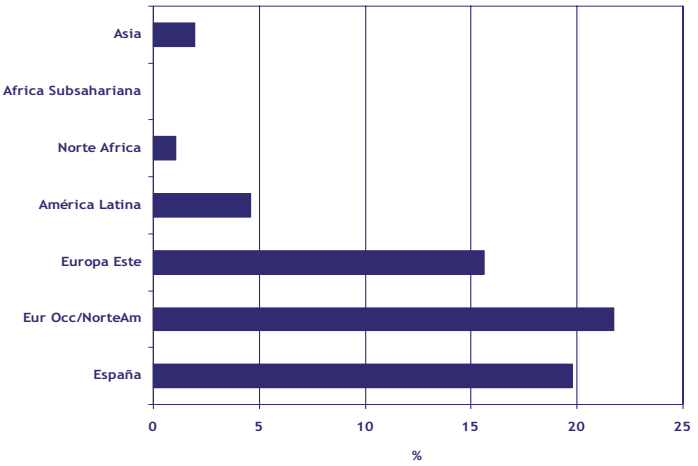
4.3 *Consumo de tabaco durante la gestación*

Si bien es cierto que puede hablarse de una epidemia mundial de tabaquismo, también es evidente la existencia de distintos patrones de consumo de tabaco en función del género y del contexto socioeconómico y cultural de cada país. En general, los países de ingresos altos presentan una prevalencia de mujeres fumadoras muy superior a la existente en los países en vía de desarrollo. Estas pautas de conducta y estilos de vida acompañan a la población extranjera en su desplazamiento y pueden modificarse, total o parcialmente, según el grado de adhesión a los valores y comportamientos del nuevo entorno socioeconómico y cultural.

La distribución de la proporción de mujeres que fumaron durante la gestación según el país de origen queda reflejada en la tabla 74. La prevalencia de embarazadas fumadoras fue superior en las mujeres de Europa Occidental y Norteamérica (21,7%), por encima de las españolas (19,8%) y de las embarazadas de Europa del Este (15,6%). En el resto de mujeres extranjeras, la proporción de fumadoras durante el embarazo fue muy baja.

Consumo de tabaco durante la gestación según país de origen

(Comunitat Valenciana 2006)



4.4 *Perfil del parto*

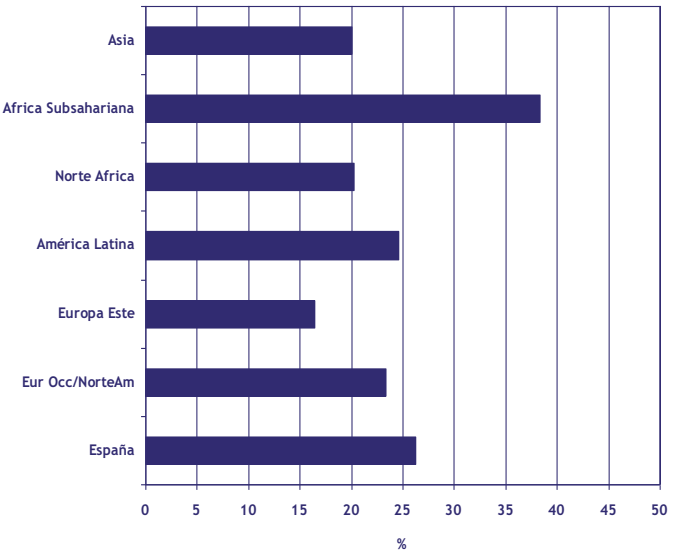
Existen factores de tipo cultural, social, religioso y de género que condicionan distintas actitudes y comportamientos en la vivencia del parto, así como en las prácticas sanitarias implicadas en su atención. Por lo general, en los países desarrollados existe una tendencia a la excesiva 'medicalización', con una asistencia sanitaria directiva e intervencionista, alejada de la consideración del parto como un proceso normal y natural, y que resta protagonismo a la mujer y a su pareja.

Las diferencias en las prácticas sanitarias en la atención al parto entre los hospitales públicos y privados, y el acceso diferenciado según el país de procedencia de las mujeres, pueden condicionar algunos de los hallazgos que se presentan a continuación. El 7,8% de los partos de mujeres autóctonas fueron atendidos en un hospital privado frente a un 2,6% de los partos de mujeres extranjeras, siendo en este último caso mayoritariamente (72,5%) gestantes de Europa Occidental y Norteamérica.

El porcentaje de partos inducidos fue superior en las mujeres autóctonas (28,5%) y en las de Europa Occidental y Norteamérica (28,0%), presentando el resto de mujeres extranjeras una proporción menor de partos inducidos (tabla 75).

Las mujeres subsaharianas presentaron la mayor proporción de cesáreas (38,3%), por encima de las mujeres españolas (26,2%). En el extremo opuesto se sitúan las gestantes de Europa del Este con un porcentaje de cesáreas del 16,5% (tabla 76).

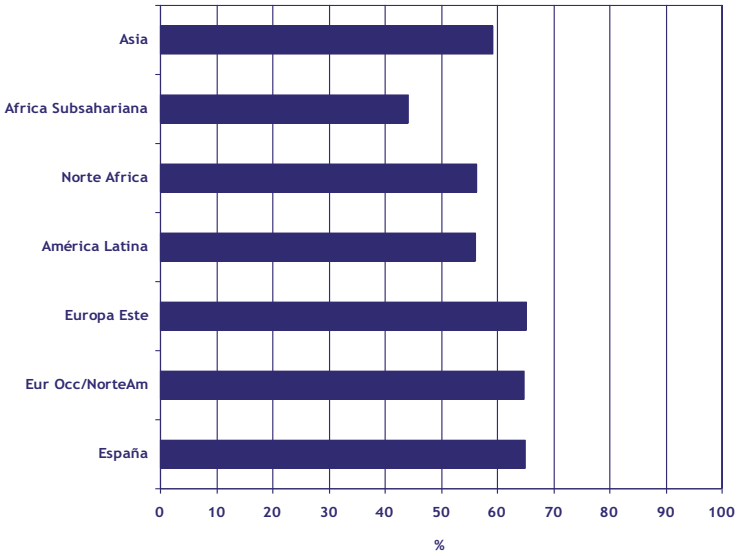
Cesáreas según país de origen
(Comunitat Valenciana, 2006)



La práctica de la episiotomía en los partos vaginales fue superior en las mujeres de origen asiático (82,5%) y en las españolas (80,2%). En el resto de mujeres extranjeras la proporción de episiotomías en los partos vaginales fue menor (tabla 77).

La presencia del padre en el parto (tabla 78) fue similar en el grupo de mujeres autóctonas, embarazadas de Europa Occidental y Norteamérica y gestantes de Europa del Este, situándose alrededor del 65%. La proporción de mujeres de origen subsahariano acompañadas por su pareja durante el parto fue la menor (44,2%).

Presencia del padre en el parto según país de origen
(Comunitat Valenciana, 2006)



4.5 Salud de los recién nacidos

Los estudios sobre los resultados en salud perinatal en población inmigrante se han centrado sobre todo en el análisis de la prematuridad y el bajo peso del recién nacido, presentando conclusiones diversas en función del colectivo de mujeres estudiadas y el país de procedencia. La prematuridad se ha relacionado con numerosos factores de riesgo de distinta naturaleza, no sólo de carácter médico u obstétrico sino también ligados a estilos de vida, exposición a riesgos laborales, factores psicosociales, etc. La contribución relativa de las diferentes causas de parto pretérmino varía entre las mujeres autóctonas y las extranjeras.

La distribución de nacimientos pretérmino según el país de origen de la embarazada se presenta en la tabla 79. Este indicador osciló entre el 8,2% de partos prematuros en las gestantes asiáticas, como límite superior, y el 4,8% en las gestantes latinoamericanas, como límite inferior. El porcentaje de recién nacidos prematuros en mujeres autóctonas fue del 6,6%.

Respecto al bajo peso al nacimiento (tabla 80), la proporción de recién nacidos de bajo peso de madres españolas fue del 5,7%, frente al 8,0% en el grupo de mujeres subsaharianas, como límite superior, y el 3,9% en las mujeres del Norte de África, en el límite inferior.

4.6 Controles prenatales

Se considera que para alcanzar un control adecuado del embarazo normal deben realizarse un mínimo de siete consultas en atención primaria y tres en especializada, evidenciándose, en el caso de las mujeres extranjeras, tanto un retraso en el inicio del control del embarazo cómo una disminución en el número de visitas. Algunas medidas que ayudarían a mejorar la atención sanitaria en el control prenatal van dirigidas a una adaptación de los servicios a las necesidades de las gestantes extranjeras, con mayor flexibilidad horaria, participación de mediadores interculturales o disposición de materiales de promoción de la salud en diferentes idiomas, así como la adopción de estrategias encaminadas a aprovechar al máximo cada contacto con la embarazada concentrando las

actuaciones sanitarias y pruebas diagnósticas necesarias.

En la tabla 82 se presenta la distribución de mujeres que recibieron más de 6 atenciones sanitarias de la matrona según el país de origen de la gestante. La proporción de embarazadas autóctonas que recibieron al menos este número de controles fue del 87,1%. Todos los grupos de embarazadas extranjeras presentaron porcentajes inferiores.

Respecto a la proporción de mujeres que recibieron al menos 3 atenciones sanitarias del obstetra (tabla 84), este indicador osciló entre el 91,1% en el caso de las embarazadas de Europa Occidental y Norteamérica, ligeramente por encima de las gestantes autóctonas, y el 72,4% en las mujeres del Norte de África.

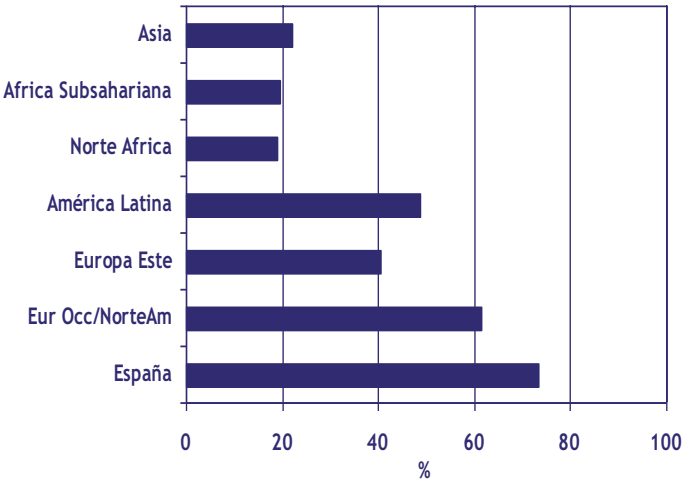
El número medio de atenciones sanitarias de la matrona y del obstetra por país de origen de la embarazada se presentan en las tablas 81 y 83, respectivamente.

4.7 Actividades de educación sanitaria para la maternidad/paternidad

Las sesiones de educación sanitaria para la maternidad/paternidad en grupo constituyen un espacio útil, no solo para potenciar las actividades preventivas y de promoción de la salud en las gestantes extranjeras, sino también como una fuente importante de apoyo social, permitiéndoles la relación con otras embarazadas con las que compartir dudas y experiencias y favoreciendo la integración social de estas mujeres. Los factores ya citados que dificultan el acceso a la asistencia sanitaria en la población extranjera inciden especialmente en todas las actividades de carácter preventivo.

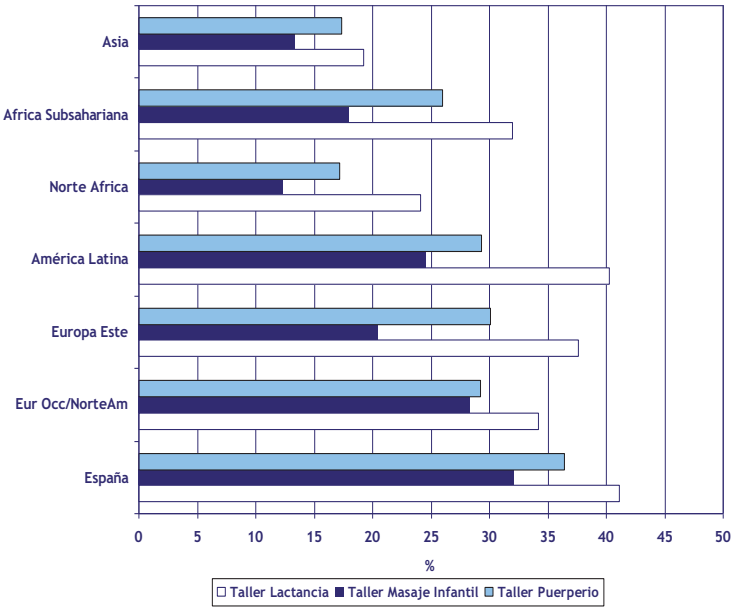
La proporción de mujeres que recibieron educación sanitaria para la maternidad/paternidad, se presenta en la tabla 85. El 73,5% de las gestantes españolas acudieron a las sesiones grupales de educación sanitaria. En el caso las mujeres extranjeras, este porcentaje fue inferior en todos los grupos, independientemente de su procedencia, destacando especialmente las embarazadas del Norte de África (19,0%), África Subsahariana (19,5%) y Asia (22,2%), que accedieron escasamente a estas actividades.

Educación sanitaria para la maternidad/paternidad según país de origen
(Comunitat Valenciana, 2006)



La distribución de mujeres que acudieron a los distintos talleres de apoyo a la maternidad/paternidad tras el nacimiento de un hijo, según el país de origen, se presenta en las tablas 86 a 88. Respecto al taller de lactancia, son las mujeres autóctonas y las latinoamericanas las que más asisten, con porcentajes del 41,1% y 40,3% respectivamente. En el límite inferior se encuentran las mujeres asiáticas, ya que sólo un 19,2% de ellas acudieron a estos talleres. En cuanto al taller de masaje infantil, son las mujeres autóctonas (32,1%) y las de Europa Occidental y Norteamérica (28,4%) las que más participan, situándose en el extremo opuesto las mujeres del Norte de África (12,4%) y las asiáticas (13,5%) con una menor presencia. Por último, la frecuentación de los talleres de puerperio fue también superior en el caso de las mujeres españolas (36,4%) frente a cualquier otra región de procedencia. Las madres de origen asiático (17,3%) y las procedentes del Norte de África (17,2%) son las que en menor medida asistieron a los talleres de puerperio.

Talleres de apoyo a la maternidad/paternidad tras el parto según país de origen
(Comunitat Valenciana, 2006)



5 ANEXOS

5.1 Tablas Comunitat Valenciana

Tabla 1A. PORCENTAJE DE HRE RECIBIDAS SOBRE EL TOTAL DE NACIMIENTOS POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Nacimientos *	HRE Recibidas	Porcentaje
01	942	778	82,59
02	3.220	1.225	38,04
03	2.247	1.856	82,60
04	1.392	973	69,90
05	4.075	2.078	50,99
06	3.528	954	27,04
07	3.860	1.889	48,94
08	471	182	38,64
09	4.235	1.517	35,82
10	3.706	2.069	55,80
11	2.542	2.241	88,16
12	1.824	1.479	81,09
13	1.667	1.484	89,02
14	1.960	1.045	53,32
15	1.389	872	62,78
16	1.617	963	59,55
17	2.792	1.170	41,91
18	2.232	1.110	49,73
19	2.763	1.290	46,69
20	3.140	1.901	60,54
21	2.084	1.612	77,35
22	1.009	469	46,48
Total	52.695	29.157	55,33

*Fuente: Programa de Cribado Neonatal de Defectos Congénitos (Hipotiroidismo y Fenilcetonuria) de la CV. Se han excluido 548 nacimientos donde no consta el departamento de residencia de la madre.

Tabla 1B. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE HRE ANALIZADA POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	296	3,41
02	293	3,38
03	206	2,37
04	363	4,18
05	470	5,42
06	411	4,74
07	478	5,51
08	146	1,68
09	447	5,15
10	477	5,50
11	454	5,23
12	397	4,57
13	410	4,72
14	394	4,54
15	872	10,05
16	392	4,52
17	380	4,38
18	420	4,84
19	415	4,78
20	495	5,70
21	331	3,81
22	132	1,52
Total	8.679	100,00

Tabla 2. EDAD DE LA EMBARAZADA

	Frecuencia	Porcentaje
< 14 años	2	0,02
14-19 años	232	2,67
20-24 años	894	10,30
25-29 años	2.437	28,08
30-34 años	3.250	37,45
35-39 años	1.497	17,25
40 y más años	245	2,82
Desconocida	122	1,41
Total	8.679	100,00

Tabla 3. ESTADO CIVIL DE LA EMBARAZADA

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	2.361	27,20
Casada	5.622	64,78
Viuda	24	0,28
Separada	75	0,86
Divorciada	41	0,47
Desconocido	556	6,41
Total	8.679	100,00

Tabla 4. CONVIVENCIA EN PAREJA DE LA EMBARAZADA

	Frecuencia	Porcentaje
No	147	1,70
Si	8.030	92,52
Desconocido	502	5,78
Total	8.679	100,00

Tabla 5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA EMBARAZADA

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	59	0,68
Sin estudios	165	1,90
1er grado	2.225	25,64
2º grado/1er ciclo	2.127	24,51
2º grado/2º ciclo	2.233	25,73
Diplomados universitarios	792	9,13
Licenciados universitarios	712	8,20
Otros	16	0,18
Desconocido	350	4,03
Total	8.679	100,00

Tabla 6. OCUPACIÓN DE LA EMBARAZADA

	Frecuencia	Porcentaje
Patrona	51	0,59
Empresaria	382	4,40
Asalariada	4.923	56,72
Pensionista	8	0,09
Estudiante	42	0,48
Parada	421	4,85
Labores del Hogar	2.499	28,79
Otras	169	1,95
Desconocida	184	2,12
Total	8.679	100,00

Tabla 7. OCUPACIÓN DE LA PAREJA

	Frecuencia	Porcentaje
Patrono	102	1,27
Empresario	663	8,26
Asalariado	6.595	82,13
Pensionista	27	0,34
Estudiante	14	0,17
Parado	99	1,23
Labores del Hogar	25	0,31
Otras	104	1,30
Desconocida	401	4,99
Total	8.030	100,00

Tabla 8. NÚMERO DE EMBARAZOS PREVIOS

	Frecuencia	Porcentaje
0 Embarazos	3.747	43,17
1 Embarazos	2.973	34,26
2 Embarazos	1.117	12,87
3 Embarazos	376	4,33
4 Embarazos	139	1,60
5 Embarazos	55	0,63
Más de 5 Embarazos	41	0,47
Desconocido	231	2,66
Total	8.679	100,00

Tabla 9. PAÍS DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA

	Frecuencia	Porcentaje
Española	6.828	78,67
Extranjera	1.795	20,68
Europa Occidental	344	19,17
Europa del Este	435	24,23
América Latina	604	33,65
América del Norte	11	0,61
Norte de África	297	16,55
África Subsahariana	51	2,84
Asia	53	2,95
Desconocido	56	0,65
Total	8.679	100,00

Tabla 10. SEMANA DE GESTACIÓN EN QUE SE INICIA EL CONTROL DEL EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje
0-4 semanas	165	1,90
5-8 semanas	5.669	65,32
9-12 semanas	1.791	20,64
13-16 semanas	377	4,34
17-20 semanas	154	1,77
21-24 semanas	108	1,24
25-28 semanas	78	0,90
29-32 semanas	55	0,63
33-36 semanas	45	0,52
37 y más semanas	41	0,47
Desconocido	196	2,26
Total	8.679	100,00

Tabla 11. CONSUMO DE TABACO DURANTE LA GESTACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
No Fumadora	6.777	78,09
Fumadora	1.465	16,88
1-5 cigarrillos	742	50,65
6-10 cigarrillos	523	35,70
11-15 cigarrillos	108	7,37
16-20 cigarrillos	86	5,87
21 y más cigarrillos	6	0,41
Desconocido	437	5,04
Total	8.679	100,00

Tabla 12. AUMENTO DE PESO DURANTE LA GESTACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 5. 000 gr.	364	4,19
5.001 - 10.000 gr.	2.407	27,73
10.001 - 15.000 gr.	3.610	41,59
15.001 - 20.000 gr.	1.279	14,74
Más de 20.000 gr.	264	3,04
Desconocido	755	8,70
Total	8.679	100,00

Tabla 13. EMBARAZOS CLASIFICADOS COMO DE RIESGO

	Frecuencia	Porcentaje
No	5.947	68,52
Si	2.197	25,31
Desconocido	535	6,16
Total	8.679	100,00

Tabla 14A. PROBLEMAS DE SALUD DEL EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje
No	4.622	53,25
Sí	3.237	37,30
Desconocido	820	9,45
Total	8.679	100,00

Tabla 14B. PROBLEMAS DE SALUD DEL EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza de Aborto	363	9,19
Amenaza Parto Prematuro	245	6,20
Enfermedad Hipertensiva	219	5,54
Diabetes Pre/Gestacional	441	11,17
Anemia Gestacional	1.076	27,25
Riesgo Psicosocial	188	4,76
Bacteriuria Asintomática	379	9,60
Otros Problemas	1.038	26,29
Total	3.949	100,00

Nota: Existen embarazos con más de un problema de salud

Tabla 15. DERIVACIÓN A DIAGNÓSTICO PRENATAL

	Frecuencia	Porcentaje
No	2.690	30,99
Sí	5.320	61,30
Desconocido	669	7,71
Total	8.679	100,00

Tabla 16. TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL UTILIZADAS

	Frecuencia	Porcentaje
Biopsia	113	2,24
Cribado Químico	3.905	77,48
Amniocentesis	1.022	20,28
Total	5.040	100,00

Tabla 17. FACTOR DE RIESGO PARA DERIVAR A DIAGNÓSTICO PRENATAL

	Frecuencia	Porcentaje
Edad mayor de 35 años	1.036	79,63
Antecedentes de Cromosomopatías	67	5,15
Antecedentes de Malformaciones	68	5,23
Antecedentes de Enfermedad Hereditaria	64	4,92
Ingesta de Medicamentos	66	5,07
Total	1.301	100,00

Tabla 18. FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ABORTO

	Frecuencia	Porcentaje
No	8.097	93,29
Si	478	5,51
Desconocido	104	1,20
Total	8.679	100,00

Tabla 19. TIPO DE ABORTO

	Frecuencia	Porcentaje
Espontáneo	390	81,59
Interrupción voluntaria	49	10,25
Desconocido	39	8,16
Total	478	100,00

Tabla 20. SEMANA DE GESTACIÓN EN LA QUE SE PRODUJO EL ABORTO

	Frecuencia	Porcentaje
1-4 semanas	2	0,42
5-8 semanas	154	32,22
9-12 semanas	221	46,23
13-16 semanas	38	7,95
17-20 semanas	32	6,69
21-22 semanas	19	3,98
Desconocido	12	2,51
Total	478	100,00

Tabla 21. TIPO DE HOSPITAL QUE ATENDIÓ EL PARTO

	Frecuencia	Porcentaje
Hospital público CV	6.988	85,21
Hospital público fuera CV	51	0,62
Hospital privado CV	486	5,93
Hospital privado fuera CV	16	0,19
Domicilio mujer	3	0,04
Desconocido	657	8,01
Total	8.201	100,00

Tabla 22. EDAD GESTACIONAL EN EL MOMENTO DEL PARTO

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
<37 sems	424	6,21	31	6,42	455	6,23
37-42 sems	6.379	93,47	450	93,17	6.829	93,45
>42 sems	22	0,32	2	0,41	24	0,33
Total	6.825	100,00	483	100,00	7.308	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 23. INICIO DEL PARTO

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
Espontáneo	4.896	73,87	247	54,77	5.143	72,65
Inducido	1.732	26,13	204	45,23	1.936	27,35
Total	6.628	100,00	451	100,00	7.079	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 24. TERMINACIÓN DEL PARTO

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
Vaginal	5.081	76,20	254	54,16	5.335	74,75
Cesárea	1.587	23,80	215	45,84	1.802	25,25
Total	6.668	100,00	469	100,00	7.137	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 25. UTILIZACIÓN DE ANESTESIA EN EL PARTO

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Pocen.
Sin anestesia	1.872	27,82	20	4,16	1.892	26,24
Analgesia	1.716	25,50	22	4,57	1.738	24,10
Epidural	2.989	44,42	429	89,19	3.418	47,41
General	152	2,26	10	2,08	162	2,25
Total	6.729	100,00	481	100,00	7.210	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 26. UTILIZACIÓN DE ANESTESIA EN PARTOS VAGINALES

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
Sin anestesia	1.800	36,70	18	7,23	1.818	35,28
Analgesia	1.607	32,77	19	7,63	1.626	31,55
Epidural	1.495	30,49	211	84,74	1.706	33,11
General	2	0,04	1	0,40	3	0,06
Total	4.904	100,00	481	100,00	5.153	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 27. INSTRUMENTACIÓN DE LOS PARTOS VAGINALES

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
Ventosa	424	8,34	76	29,92	500	9,37
Fórceps	93	1,83	8	3,15	101	1,89
Espátula	161	3,17	6	2,36	167	3,13
Ninguna	4.403	86,66	164	64,57	4.567	85,60
Total	5.081	100,00	254	100,00	5.335	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 28. EPISIOTOMÍAS REALIZADAS EN LOS PARTOS VAGINALES

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
No	1.066	21,35	27	10,76	1.093	20,84
Sí	3.928	78,65	224	89,24	4.152	79,16
Total	4.994	100,00	251	100,00	5.245	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 29. DESGARRO PERINEAL EN PARTOS VAGINALES

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
No	4.085	84,44	207	86,97	4.292	84,55
Sí	753	15,56	31	13,03	784	15,45
Total	4.838	100,00	238	100,00	5.076	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 30. PRESENCIA DEL PADRE EN EL PARTO

	H. Público		H. Privado		Total*	
	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
No	2.458	35,94	217	44,93	2.675	36,53
Sí	4.381	64,06	266	55,07	4.647	63,47
Total	6.839	100,00	483	100,00	7.322	100,00

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 31. ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN TIPO DE PARTO

	H. Público		H. Privado		Total*	
	media (días)	D.E.	media (días)	D.E.	media (días)	D.E.
Parto Vaginal	2,81	1,65	2,58	1,02	2,82	1,69
Cesárea	5,03	2,38	3,90	1,24	4,94	2,44

* Excluidos 657 casos (8,01%) en que no consta la titularidad del hospital y 3 casos (0,04%) de partos en el domicilio

Tabla 32. PESO DEL RECIÉN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje
< 2500 gr.	442	5,39
2500 - 4500 gr.	7.530	91,82
> 4500 gr.	46	0,56
Desconocido	183	2,23
Total	8.201	100,00

Tabla 33. SEXO DEL RECIÉN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	4.119	50,23
Mujer	3.823	46,62
Desconocido	259	3,15
Total	8.201	100,00

Tabla 34. VISITA PUERPERAL. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PARTO

	Frecuencia	Porcentaje
No se realiza	99	1,21
0-7 días	3.672	44,78
8-14 días	2.839	34,62
15-21 días	694	8,46
22-28 días	157	1,91
> 28 días	319	3,89
Desconocido	421	5,13
Total	8.201	100,00

Tabla 35. PROBLEMAS DE SALUD EN EL PUERPERIO

	Frecuencia	Porcentaje
No	6.999	85,34
Sí	756	9,22
Desconocido	446	5,44
Total	8.201	100,00

Tabla 36. INDICACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL PUERPERIO

	Frecuencia	Porcentaje
No	832	10,15
Sí	6.489	79,12
Desconocido	880	10,73
Total	8.201	100,00

Tabla 37. ATENCIONES SANITARIAS PROPORCIONADAS POR LA MATRONA

	Frecuencia	Porcentaje
Sin visitas	38	0,44
1-3 visitas	381	4,39
4-6 visitas	815	9,39
7-9 visitas	3.529	40,66
10 o más visitas	3.512	40,47
Desconocido	404	4,65
Total	8.679	100,00

Tabla 38. ATENCIONES SANITARIAS PROPORCIONADAS POR EL OBSTETRA

	Frecuencia	Porcentaje
Sin visitas	299	3,45
1-3 visitas	2.599	29,95
4-6 visitas	3.214	37,03
7-9 visitas	1.376	15,85
10 o más visitas	253	2,92
Desconocido	938	10,81
Total	8.679	100,00

Tabla 39. ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	344	3,96
1 ecografía	4.417	50,89
2 ecografías	2.650	30,53
3 o más ecografías	629	7,25
Desconocido	639	7,36
Total	8.679	100,00

Tabla 40. ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	307	3,54
1 ecografía	4.197	48,36
2 ecografías	2.449	28,22
3 o más ecografías	1.104	12,72
Desconocido	622	7,17
Total	8.679	100,00

Tabla 41. ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	331	3,81
1 ecografía	3.480	40,10
2 ecografías	2.666	30,72
3 o más ecografías	1.568	18,07
Desconocido	634	7,30
Total	8.679	100,00

Tabla 42. EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MATERNIDAD/PATERNIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
No	2.484	30,29
Sí	5.085	62,00
Desconocido	632	7,71
Total	8.201	100,00

Tabla 43. TALLER DE LACTANCIA

	Frecuencia	Porcentaje
No	2.368	28,88
Sí	3.251	39,64
Desconocido	2.582	31,48
Total	8.201	100,00

Tabla 44. TALLER DE MASAJE INFANTIL

	Frecuencia	Porcentaje
No	2.852	34,78
Sí	2.449	29,86
Desconocido	2.900	35,36
Total	8.201	100,00

Tabla 45. TALLER DE PUERPERIO

	Frecuencia	Porcentaje
No	2.569	31,33
Sí	2.813	34,30
Desconocido	2.819	34,37
Total	8.201	100,00

5.2 Tablas por Departamentos de Salud

Tabla 46. EDAD DE LA EMBARZADA POR DEPARTAMENTO DE SALUD (%)

Departamento	< 20 años	20-34 años	≥ 35 años
01	3,06	77,55	19,39
02	2,05	78,42	19,52
03	1,95	77,56	20,49
04	1,13	76,62	22,25
05	2,41	73,74	23,85
06	1,49	77,61	20,90
07	2,55	77,23	20,21
08	2,08	69,44	28,47
09	3,64	76,08	20,27
10	2,16	76,51	21,34
11	4,92	78,75	16,33
12	3,04	80,00	16,96
13	2,49	75,12	22,39
14	2,56	77,49	19,95
15	1,39	77,25	21,36
16	3,60	80,21	16,20
17	3,20	73,07	23,73
18	3,14	77,78	19,08
19	1,21	75,97	22,82
20	5,09	79,02	15,89
21	3,72	75,23	21,05
22	4,62	75,38	20,00
Total	2,73	76,91	20,36

Tabla 47. EMBARAZADAS EXTRANJERAS POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	91	30,74
02	81	27,65
03	47	22,82
04	69	19,11
05	130	27,72
06	72	17,65
07	98	20,72
08	19	13,01
09	67	15,37
10	150	32,26
11	73	16,15
12	108	27,27
13	137	33,58
14	58	14,80
15	75	8,60
16	121	30,87
17	60	15,83
18	70	16,71
19	58	14,32
20	79	15,99
21	58	17,58
22	74	56,49
Total	1.795	20,68

Tabla 48. SEMANA DE GESTACIÓN EN QUE SE INICIA EL CONTROL DEL EMBARAZO POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Media	D.E.
01	8,43	4,02
02	8,40	4,78
03	9,42	5,02
04	8,18	5,25
05	9,99	7,11
06	8,54	5,40
07	8,27	4,91
08	7,98	4,73
09	8,38	4,73
10	9,88	6,41
11	8,46	4,82
12	9,03	5,00
13	9,05	5,41
14	8,21	4,61
15	8,31	3,44
16	8,10	4,14
17	8,13	4,13
18	8,71	4,74
19	8,11	4,64
20	8,14	3,90
21	9,44	4,33
22	10,34	3,98
Total	8,65	4,89

Tabla 49. INICIO PRECOZ DEL CONTROL DE LA GESTACIÓN POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	269	91,19
02	263	91,64
03	175	86,63
04	329	92,94
05	376	82,46
06	361	89,80
07	429	92,26
08	135	93,75
09	389	90,26
10	379	84,04
11	407	91,67
12	345	87,12
13	331	84,87
14	356	91,99
15	789	93,15
16	360	92,54
17	346	92,51
18	369	88,70
19	377	91,73
20	453	93,40
21	281	86,20
22	106	80,92
Total	7.625	87,86

Tabla 50. CONSUMO DE TABACO DURANTE LA GESTACIÓN POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	31	10,47
02	53	18,09
03	41	19,90
04	52	14,33
05	72	15,32
06	84	20,44
07	73	15,27
08	28	19,18
09	92	20,58
10	90	18,87
11	84	18,50
12	72	18,14
13	70	17,07
14	74	18,78
15	124	14,22
16	66	16,84
17	71	18,68
18	59	14,05
19	72	17,35
20	84	16,97
21	55	16,62
22	18	13,64
Total	1.465	16,88

Tabla 51. EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MATERNIDAD/PATERNIDAD POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	156	53,61
02	138	50,00
03	101	50,50
04	202	59,59
05	265	59,68
06	210	55,70
07	269	61,00
08	102	72,34
09	257	60,61
10	235	51,31
11	266	61,57
12	200	53,76
13	229	60,26
14	242	67,22
15	642	76,25
16	280	73,49
17	233	63,84
18	278	68,81
19	264	68,04
20	328	68,48
21	159	50,00
22	29	22,66
Total	5.085	62,00

Tabla 52. NACIMIENTOS PRETÉRMINO POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	20	6,87
02	24	8,70
03	13	6,50
04	29	8,55
05	21	4,73
06	20	5,31
07	30	6,80
08	8	5,67
09	26	6,13
10	31	6,77
11	27	6,25
12	24	6,45
13	19	5,00
14	18	5,00
15	41	4,87
16	28	7,35
17	15	4,11
18	30	7,43
19	24	6,19
20	19	3,97
21	22	6,92
22	10	7,81
Total	499	6,06

Tabla 53. PARTOS INDUCIDOS POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	97	34,16
02	80	30,65
03	67	30,08
04	86	27,65
05	106	27,32
06	97	32,66
07	86	20,62
08	23	16,43
09	99	25,00
10	114	29,08
11	133	32,68
12	123	33,33
13	87	25,22
14	94	26,41
15	169	22,33
16	77	25,00
17	99	27,97
18	87	24,10
19	119	33,33
20	121	26,71
21	79	25,82
22	29	31,20
Total	2.082	27,49

Tabla 54. CESÁREAS POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	66	22,68
02	74	26,81
03	39	19,50
04	116	34,22
05	123	27,70
06	69	18,30
07	87	19,73
08	20	14,18
09	109	25,71
10	116	25,33
11	101	23,38
12	106	28,49
13	109	28,68
14	71	19,72
15	229	27,20
16	104	27,30
17	79	21,64
18	90	22,28
19	87	22,42
20	68	14,20
21	50	15,72
22	24	18,75
Total	1.937	23,51

Tabla 55. EPISIOTOMÍAS EN PARTOS VAGINALES POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	172	84,73
02	129	65,82
03	62	42,76
04	155	74,16
05	215	80,52
06	206	90,75
07	267	86,97
08	98	81,67
09	236	90,08
10	212	73,36
11	232	83,75
12	226	85,28
13	159	65,98
14	239	85,05
15	400	68,49
16	248	91,18
17	190	76,31
18	203	70,98
19	189	73,26
20	334	84,99
21	183	70,38
22	66	64,08
Total	4.421	77,64

Tabla 56. PRESENCIA DEL PADRE EN EL PARTO POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	195	67,01
02	177	64,13
03	141	70,50
04	203	59,88
05	244	54,95
06	182	48,28
07	243	55,10
08	104	73,76
09	233	54,95
10	217	47,38
11	264	61,11
12	219	58,87
13	254	66,84
14	229	63,61
15	570	67,70
16	235	61,68
17	238	65,21
18	216	53,47
19	225	57,99
20	350	73,07
21	149	46,86
22	64	50,00
Total	4.952	60,10

Tabla 57. RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	15	5,17
02	20	7,25
03	13	6,57
04	17	5,05
05	20	4,57
06	20	5,39
07	27	6,12
08	7	4,97
09	25	5,94
10	24	5,30
11	24	5,57
12	26	7,01
13	16	4,21
14	13	3,61
15	36	4,29
16	25	6,63
17	18	4,96
18	28	6,95
19	22	5,67
20	23	4,83
21	16	5,03
22	7	5,47
Total	442	5,39

Tabla 58. VISITA PUERPERAL PRECOZ POR DEPARTAMENTO DE SALUD

	Primera semana postparto		Segunda semana postparto	
Departamento	Frec.	Porcen.	Frec.	Porcen.
01	103	35,52	121	41,72
02	133	48,19	71	25,73
03	145	73,23	41	20,71
04	196	58,16	91	27,00
05	166	37,90	151	34,48
06	113	30,46	84	22,64
07	191	43,31	142	32,20
08	38	26,95	74	52,48
09	224	53,21	127	30,17
10	195	43,05	151	33,33
11	272	63,11	111	25,75
12	127	34,23	137	36,93
13	200	52,63	101	26,58
14	219	60,83	92	25,56
15	425	50,60	354	42,14
16	212	56,23	144	38,20
17	77	21,21	158	43,53
18	238	59,06	99	24,57
19	77	19,85	199	51,29
20	185	38,87	194	40,76
21	115	36,16	127	39,94
22	21	16,41	70	54,69
Total	3.672	44,78	2.839	34,62

Tabla 59. ATENCIONES SANITARIAS PROPORCIONADAS POR LA MATRONA POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Media	D.E.
01	9,81	2,13
02	7,76	2,31
03	7,84	1,92
04	9,07	2,29
05	8,82	3,70
06	8,75	3,20
07	10,00	3,21
08	6,91	1,97
09	8,92	2,56
10	8,14	2,93
11	8,84	2,47
12	8,17	2,84
13	9,80	3,13
14	8,25	2,99
15	8,43	1,97
16	10,82	3,16
17	8,83	2,32
18	9,93	3,03
19	10,35	2,55
20	9,52	2,94
21	8,43	2,50
22	7,15	2,12
Total	8,97	2,87

Tabla 60. EMBARAZADAS QUE RECIBIERON MÁS DE 6 ATENCIONES SANITARIAS DE LA MATRONA POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	271	91,55
02	195	66,55
03	156	75,73
04	310	85,40
05	314	66,81
06	289	70,32
07	404	84,52
08	87	59,59
09	367	82,10
10	341	71,49
11	394	86,78
12	321	80,86
13	345	84,15
14	316	80,20
15	762	87,39
16	360	91,84
17	325	85,53
18	368	87,62
19	323	77,83
20	424	85,66
21	275	83,08
22	94	71,21
Total	7.041	81,13

Tabla 61. ATENCIONES SANITARIAS PROPORCIONADAS POR EL OBSTETRA POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Media	D.E.
01	3,53	2,50
02	3,53	2,41
03	2,76	2,40
04	4,69	2,10
05	6,84	2,43
06	4,99	1,86
07	5,07	1,87
08	6,84	2,62
09	4,71	1,80
10	5,63	2,27
11	5,19	2,83
12	4,84	2,77
13	4,43	2,06
14	3,94	3,22
15	5,68	2,36
16	4,05	1,75
17	4,37	2,36
18	4,51	2,06
19	3,67	1,74
20	5,04	2,45
21	4,66	2,49
22	2,97	1,42
Total	4,76	2,48

Tabla 62. EMBARAZADAS QUE RECIBIERON AL MENOS 3 ATENCIONES SANITARIAS DEL OBSTETRA POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	182	61,49
02	186	63,48
03	76	36,89
04	289	79,61
05	363	77,23
06	292	71,05
07	373	78,03
08	94	64,38
09	354	79,20
10	388	81,34
11	386	85,02
12	346	87,15
13	289	70,49
14	268	68,02
15	815	93,46
16	359	91,58
17	332	87,37
18	380	90,48
19	317	76,39
20	388	78,38
21	278	83,99
22	96	72,73
Total	6.851	78,94

Tabla 63. TALLER DE LACTANCIA POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	60	20,69
02	160	57,97
03	126	63,64
04	139	41,25
05	179	40,87
06	140	37,74
07	195	44,22
08	52	36,88
09	154	36,58
10	143	31,57
11	134	31,09
12	69	18,60
13	209	55,00
14	132	36,67
15	471	56,07
16	160	42,44
17	115	31,68
18	239	59,31
19	102	26,29
20	134	28,15
21	111	34,91
22	27	21,09
Total	3.251	39,64

Tabla 64. TALLER DE MASAJE INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	7	2,41
02	42	15,22
03	88	44,44
04	69	20,48
05	229	52,28
06	133	35,85
07	162	36,74
08	51	36,17
09	106	25,18
10	145	32,01
11	114	26,45
12	58	15,63
13	146	38,42
14	172	47,78
15	472	56,19
16	119	31,57
17	95	26,17
18	97	24,07
19	1	0,26
20	53	11,14
21	67	21,07
22	23	17,97
Total	2.449	29,86

Tabla 65. TALLER DEL PUERPERIO POR DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
01	19	6,55
02	143	51,81
03	103	52,02
04	132	39,17
05	189	43,15
06	103	27,76
07	167	37,87
08	54	38,30
09	160	38,01
10	135	29,80
11	136	31,56
12	23	6,20
13	171	45,00
14	142	39,44
15	488	58,10
16	154	40,85
17	94	25,90
18	142	35,24
19	63	16,24
20	71	14,92
21	102	32,08
22	22	17,19
Total	2.813	34,30

5.3 Tablas por país de origen de la embarazada

Tabla 66. EMBARAZADAS EXTRANJERAS SEGÚN PAÍS DE ORIGEN Y DEPARTAMENTO DE SALUD

	Europa Occ/ NortAmérica		Europa Este		América Latina		Norte África		Africa Subsahar.		Asia	
Depto	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N
01	10	10,99	26	28,57	13	14,29	42	46,15	0	0,00	0	0,00
02	4	4,94	41	50,62	22	27,16	11	13,58	2	2,47	1	1,23
03	5	10,64	23	48,94	6	12,76	13	27,66	0	0,00	0	0,00
04	17	24,64	19	27,53	17	24,64	12	17,39	2	2,90	2	2,90
05	34	26,15	17	13,08	54	41,54	12	9,23	7	5,39	6	4,61
06	31	43,06	14	19,44	17	23,61	8	11,11	2	2,78	0	0,00
07	7	7,14	16	16,33	53	54,08	12	12,25	8	8,16	2	2,04
08	5	26,32	7	36,84	6	31,58	1	5,26	0	0,00	0	0,00
09	10	14,92	18	26,87	19	28,36	15	22,39	4	5,97	1	1,49
10	54	36,00	10	6,67	54	36,00	18	12,00	6	4,00	8	5,33
11	18	24,66	31	42,46	7	9,59	14	19,18	2	2,74	1	1,37
12	18	16,67	35	32,41	37	34,26	14	12,96	2	1,85	2	1,85
13	35	25,55	29	21,17	41	29,92	23	16,79	3	2,19	6	4,38
14	15	25,86	28	48,28	9	15,52	6	10,34	0	0,00	0	0,00
15	8	10,67	20	26,67	30	40,00	12	16,00	1	1,33	4	5,33
16	26	21,49	27	22,32	45	37,19	10	8,26	3	2,48	10	8,26
17	15	25,00	9	15,00	31	51,67	4	6,67	0	0,00	1	1,67
18	13	18,57	12	17,14	34	48,57	8	11,43	2	2,86	1	1,43
19	6	10,35	11	18,97	35	60,34	5	8,62	1	1,72	0	0,00
20	10	12,66	13	16,46	22	27,85	26	32,91	4	5,06	4	5,06
21	6	10,35	9	15,52	22	37,93	20	34,48	0	0,00	1	1,72
22	8	10,81	20	27,03	30	40,54	11	14,87	2	2,70	3	4,05
Total	355	19,78	435	24,23	604	33,65	297	16,55	51	2,84	53	2,95

* Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 67. EDAD MEDIA DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Media	D.E.
España	30,78	4,82
Europa Occidental/Norteamérica	31,77	5,26
Europa del Este	26,25	5,03
América Latina	28,22	5,98
Norte de África	27,72	5,45
África Subsahariana	29,00	4,86
Asia	27,40	4,25
Total	30,28	5,12

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 68. EMBARAZADAS POR GRUPOS DE EDAD Y PAÍS DE ORIGEN (%)

	< 20 años	20-34 años	≥ 35 años
España	1,96	76,53	21,51
Europa Occidental/Norteamérica	1,74	67,54	30,72
Europa del Este	9,53	85,12	5,35
América Latina	6,40	78,11	15,49
Norte de África	4,42	81,97	13,61
África Subsahariana	4,00	80,00	16,00
Asia	1,89	94,34	3,77
Total	2,74	77,03	20,23

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 69. EMBARAZADAS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y PAÍS DE ORIGEN (%)

	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios
España	1,40	52,11	27,32	19,17
Europa Occid/ Norteamérica	0,91	43,33	34,85	20,91
Europa del Este	3,45	60,10	22,66	13,79
América Latina	4,34	52,95	28,47	14,24
Norte de África	27,70	52,88	12,59	6,83
África Subsahariana	26,00	56,00	14,00	4,00
Asia	0,00	70,83	22,92	6,25
Total	2,71	52,37	26,87	18,05

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 70. TRABAJO REMUNERADO DURANTE EL EMBARAZO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	4.608	69,87
Europa Occidental/Norteamérica	213	65,54
Europa del Este	154	38,99
América Latina	266	47,00
Norte de África	33	11,22
África Subsahariana	12	25,00
Asia	29	56,86
Total	5.315	64,24

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 71. EMBARAZOS PREVIOS SEGÚN PAÍS DE ORIGEN (%)

	Ninguno	Uno	Dos o mas
España	52,71	40,47	6,82
Europa Occidental/Norteamérica	46,15	42,31	11,54
Europa del Este	48,92	40,00	11,08
América Latina	39,36	44,47	16,17
Norte de África	47,46	25,17	17,37
África Subsahariana	20,51	41,03	38,46
Asia	53,33	35,56	11,11
Total	51,06	40,58	8,36

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 72. SEMANA DE GESTACIÓN EN QUE SE INICIA EL CONTROL DE EMBARAZO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Media	D.E.
España	8,14	4,23
Europa Occidental/Norteamérica	9,52	5,74
Europa del Este	11,19	6,75
América Latina	10,61	6,47
Norte de África	11,15	7,11
África Subsahariana	10,58	5,98
Asia	10,02	5,42
Total	8,65	4,90

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de embarazada

Tabla 73.INICIO PRECOZ DEL CONTROL DE LA GESTACIÓN SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	6.211	92,94
Europa Occidental/Norteamérica	288	84,46
Europa del Este	311	72,66
América Latina	474	80,48
Norte de África	219	75,52
África Subsahariana	34	70,83
Asia	40	78,43
Total	7.577	89,88

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 74. CONSUMO DE TABACO DURANTE LA GESTACIÓN SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	1.288	19,77
Europa Occid/Norteamérica	70	21,74
Europa del Este	65	15,63
América Latina	26	4,60
Norte de África	3	1,08
África Subsahariana	0	0,00
Asia	1	1,96
Total	1.453	17,74

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 75. PARTOS INDUCIDOS SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	1.698	28,52
Europa Occidental/Norteamérica	80	27,97
Europa del Este	83	20,85
América Latina	126	23,77
Norte de África	66	24,00
África Subsahariana	8	19,05
Asia	3	6,52
Total	2.064	27,41

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 76. CESÁREAS SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	1.573	26,23
Europa Occidental/Norteamérica	69	23,31
Europa del Este	64	16,45
América Latina	130	24,62
Norte de África	56	20,29
África Subsahariana	18	38,30
Asia	10	20,00
Total	1.920	25,32

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 77. EPISIOTOMÍAS EN PARTOS VAGINALES SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	3.483	80,22
Europa Occidental/Norteamérica	171	77,73
Europa del Este	243	77,14
América Latina	290	74,55
Norte de África	158	74,18
África Subsahariana	18	69,23
Asia	33	82,50
Total	4.396	79,28

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 78. PRESENCIA DEL PADRE EN EL PARTO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN DE LA EMBARAZADA

	Frecuencia	Porcentaje
España	3.974	64,85
Europa Occidental/Norteamérica	193	64,77
Europa del Este	256	65,14
América Latina	301	56,05
Norte de África	152	56,30
África Subsahariana	19	44,19
Asia	29	59,18
Total	4.924	63,80

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 79. NACIMIENTOS PRETÉRMINO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	406	6,60
Europa Occidental/Norteamérica	19	6,38
Europa del Este	25	6,35
América Latina	26	4,80
Norte de África	14	5,17
África Subsahariana	3	6,67
Asia	4	8,16
Total	497	6,41

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 80. RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	360	5,70
Europa Occidental/Norteamérica	19	6,23
Europa del Este	22	5,45
América Latina	23	4,10
Norte de África	11	3,87
África Subsahariana	4	8,00
Asia	2	4,08
Total	441	5,54

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 81. ATENCIONES SANITARIAS PROPORCIONADAS POR LA MATRONA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Media	D.E.
España	9,09	2,82
Europa Occidental/Norteamérica	8,71	3,13
Europa del Este	8,16	2,89
América Latina	8,71	3,05
Norte de África	8,19	2,90
África Subsahariana	8,59	2,49
Asia	8,63	2,69
Total	8,96	2,87

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 82. EMBARAZADAS QUE RECIBIERON MÁS DE 6 ATENCIONES SANITARIAS DE LA MATRONA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	5.676	87,06
Europa Occidental/Norteamérica	260	80,75
Europa del Este	316	74,88
América Latina	451	78,16
Norte de África	218	75,17
África Subsahariana	40	81,63
Asia	42	80,77
Total	7.003	85,07

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 83. ATENCIONES SANITARIAS PROPORCIONADAS POR EL OBSTETRA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Media	D.E.
España	4,99	2,54
Europa Occidental/Norteamérica	4,89	2,30
Europa del Este	3,43	1,92
América Latina	3,98	1,96
Norte de África	3,36	1,79
África Subsahariana	4,02	2,01
Asia	4,04	1,85
Total	4,76	2,48

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 84. EMBARAZADAS QUE RECIBIERON AL MENOS 3 ATENCIONES SANITARIAS DEL OBSTETRA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	5.481	90,12
Europa Occidental/Norteamérica	275	91,06
Europa del Este	297	75,38
América Latina	480	86,96
Norte de África	202	72,40
África Subsahariana	37	82,22
Asia	43	89,58
Total	6.815	88,48

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 85. EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MATERNIDAD/PATERNIDAD SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	4.387	73,50
Europa Occidental/Norteamérica	181	61,56
Europa del Este	154	40,63
América Latina	258	48,86
Norte de África	51	18,96
África Subsahariana	8	19,51
Asia	10	22,22
Total	5.049	67,10

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 86. TALLER DE LACTANCIA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	2645	41,10
Europa Occidental/Norteamérica	112	34,15
Europa del Este	156	37,59
América Latina	232	40,28
Norte de África	70	24,06
África Subsahariana	16	32,00
Asia	10	19,23
Total	3.241	39,78

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 87. TALLER DE MASAJE INFANTIL SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	2068	32,13
Europa Occidental/Norteamérica	93	28,35
Europa del Este	85	20,48
América Latina	142	24,65
Norte de África	36	12,37
África Subsahariana	9	18,00
Asia	7	13,46
Total	2.440	29,95

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

Tabla 88. TALLER DE PUERPERIO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje
España	2341	36,37
Europa Occidental/Norteamérica	96	29,27
Europa del Este	125	30,12
América Latina	169	29,34
Norte de África	50	17,18
África Subsahariana	13	26,00
Asia	9	17,31
Total	2.803	34,40

*Excluidos 56 casos (0,65%) en que no consta el país de origen de la embarazada

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT