



Diego Martínez Castellón.

¿Influye la situación laboral en el bienestar fetal?

Martínez Castellón D¹, Roy Ramos V², Lorente Aznar T¹,
Sanz Cardiel A², Zazo Romojaro M², Vela Lete A²

¹CS Pirineos. Huesca

²Hospital San Jorge. Huesca

Dirección para correspondencia: diego_mc87@hotmail.com

Resumen

Objetivo: En los países industrializados existe plena incorporación de la mujer a la actividad laboral. Durante el embarazo se puede desarrollar el trabajo habitual, siempre que no cause fatiga física o psíquica excesiva hasta el tercer trimestre de gestación, cuando se recomienda reducir la actividad física.

A raíz de la publicación de diversos artículos en los que se relaciona la situación de paro laboral con mejores datos de bienestar fetal, planteamos si dicha situación podría darse en nuestro medio teniendo en cuenta que nos encontramos dentro de un marco socioeconómico y laboral complicado.

En nuestro estudio planteamos la búsqueda de asociación entre la situación laboral de la mujer gestante y el bienestar fetal.

Material y métodos: El tipo de estudio realizado fue de carácter epidemiológico observacional descriptivo con vertiente analítica. Nuestra población a estudio la constituyen las gestantes que parieron en el Hospital San Jorge de Huesca durante los años 2006 y 2012, un total de 1422. Se analizaron las características demográficas de la muestra y se recogieron distintos parámetros tanto maternos como de bienestar fetal que se contrastaron entre sí.

Resultados y conclusiones: La actividad laboral de la mujer embarazada es un problema social y de salud importante del cual se tienen pocos conocimientos. Los resultados obtenidos de cada una de las muestras correspondientes a distintos periodos de crecimiento se contrastan entre sí y con los datos de la literatura y las últimas publicaciones.

Palabras clave: Embarazo; Bienestar infantil; Trabajo.

Does labor situation affects in the fetal wellbeing?

Abstract

Target: In industrialized countries there is full integration of women into the laboral life. During pregnancy can develop regular work, provided no cause physical

fatigue or excessive psychic until the third trimester, when recommended reducing physical activity.

Following the publication of several articles in which the work stoppage situation better data of fetal wellbeing is related, ask whether such a situation could occur in our environment given that we are in a difficult socio-economic and employment framework.

In our study we propose the search for association between employment status of pregnant women and fetal wellbeing.

Material and methods: The type of study was observational, descriptive epidemiological nature with analytical side. Our study population are pregnant women who gave birth at the San Jorge de Huesca Hospital during 2006 and 2012, a total of 1422. The demographic characteristics of the sample were analyzed and parameters were collected both maternal and fetal well-being that contrasted with each other.

Results and conclusions: Work activity of pregnant women is a major social and health problem you have little knowledge. The results of each of the samples corresponding to different growth periods are compared with each other and with data from the literature and recent publications.

Key words: Pregnancy; Child welfare; Work.

Introducción

En los países industrializados existe plena incorporación de la mujer a la actividad laboral, la cual se contempla bajo una serie de normativas dentro del marco de las distintas legislaciones internacionales, así como en la Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹.

El embarazo supone un proceso fisiológico habitual en la vida de una mujer, la cual ha de entrelazar con su actividad profesional. Es en ese momento cuando podemos llegar a considerar en determinadas circunstancias la propia situación laboral como un potencial factor de riesgo para la salud de la mujer gestante y su bebé.

El nacimiento de un niño sano supone la sucesión de una serie de cuidados y

actividades preventivas a lo largo de la gestación. Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), durante el embarazo se puede realizar el trabajo habitual, siempre y cuando este no condicione una fatiga física o psíquica excesiva (carga laboral, horarios nocturnos, exposición a agentes ambientales, radiaciones, desempeño de tareas físicas, largos periodos de pie, elevados niveles de estrés...) y todo ello hasta el tercer trimestre de gestación cuando se recomienda reducir dicha actividad física². También es cierto que determinados trabajos, en un entorno sin determinantes estresantes, pueden ofrecer ventajas para la mujer gestante y su bebé, esto es, una adecuada actividad física, una estructuración de los horarios y la oportunidad de mantener una vida activa durante esos meses. Es por ello que

podemos afirmar que embarazo y trabajo no son incompatibles y que resulta necesario individualizar cada caso en función de los condicionantes médicos, laborales y personales así como el periodo de gestación en el que nos encontremos para considerar que la situación laboral de la mujer gestante pueda influir de alguna manera en la posibilidad de desarrollar algún tipo de alteración en el normal funcionamiento del desarrollo fetal.

Un factor de riesgo es una circunstancia propia al embarazo, al feto y/o neonato, que se atribuye a un riesgo de padecer una enfermedad. Son clasificados según la SEGO en factores sociodemográficos, antecedentes reproductivos, médicos y embarazo actual. La identificación de los factores de riesgo y su minimización es la principal herramienta para la disminución de la morbimortalidad perinatal, es por ello que resulta de vital importancia saber reconocer aquellas situaciones en las que el trabajo pueda suponer un riesgo para la salud del bebé y la madre².

Estudios recientes han demostrado una asociación significativa entre la situación laboral de la mujer gestante y la salud de los recién nacidos³⁻⁵. Las conclusiones que se obtuvieron fueron que las mujeres en paro laboral durante la gestación presentan bebés más sanos. Según dicho estudio las gestantes sin obligación de acudir a su puesto de trabajo tienen más tiempo para hacer ejercicio, para consultar al médico, para realizar comidas caseras, etc., lo que conlleva a un mejor estado de salud de la madre y por tanto del bebé.

El objetivo del presente trabajo consiste en intentar hallar una posible asociación entre la situación laboral de la mujer gestante en nuestro medio y el correcto crecimiento y desarrollo fetal

de sus bebés, todo ello en un periodo de estudio que acontece bajo un marco socioeconómico deficitario con un alza en las tasas de desempleo y reducción salarial.

Material y métodos

El tipo de estudio realizado fue de carácter epidemiológico observacional descriptivo con vertiente analítica. La población de estudio la constituyen aquellas gestantes que parieron en el Hospital San Jorge de Huesca durante los años 2006 y 2012, tratándose de un total de 1422 pacientes y sin usar ningún criterio de exclusión. Se obtuvo una muestra representativa de la misma, 440 pacientes cuya selección se realizó mediante un muestreo aleatorio sistemático.

Para ello, se examinan las historias clínicas mediante el registro de partos del Hospital San Jorge de Huesca, así como datos de controles de gestación realizados en otros centros (atención primaria). Se obtuvo mediante llamada telefónica aquellos parámetros que no aparecían en algunos casos en los registros (por ejemplo la situación laboral en el momento de la gestación).

En un primer momento se realizó un estudio transversal en el que se recogieron y analizaron parámetros de distinta índole, con objeto de conocer las características demográficas de la población. Estos parámetros obedecen a datos maternos de tipo sociodemográfico como la edad, nacionalidad, nivel de estudios (básicos, diplomatura o licenciatura) y situación laboral (tareas domésticas, paro, baja laboral menor de 20 semanas de duración y baja laboral mayor a 20 semanas de duración); maternos de tipo médico como paridad y factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, obesidad, tabaco, drogas) y datos de gestación y

parto como el tipo de gestación (única o múltiple), gestación espontánea o mediante técnicas de reproducción asistida, aumento ponderal durante la gestación, semanas de gestación, tipo de parto (espontáneo/inducido o eutócico/distócico). También se recogieron aquellos parámetros de bienestar fetal como la existencia de nacido vivo, peso, percentil personalizado y test de Apgar a los 5 minutos vida.

En una segunda etapa se realizó un estudio analítico observacional donde se investigó la posible relación entre las distintas variables maternas de carácter sociodemográfico, médico, relacionados con la gestación y el parto, con respecto a los datos de bienestar fetal (test de Apgar, instrumentalización del parto, bajo peso...) buscando la existencia de asociación entre ambos.

Posteriormente se realizaron pruebas de contraste de hipótesis para investigar la relación entre los posibles factores de riesgo (edad de la madre, instrumentalización del parto...) con aquellas variables relacionadas con el resultado fetal/datos perinatales (peso del recién nacido, test de Apgar...).

Para buscar la relación entre dos variables cualitativas se emplearon pruebas de comparación de porcentajes: χ^2 y prueba exacta de Fisher. Para comparar una variable cualitativa con una cuantitativa se realizaron comparaciones de medias: t de Student y ANOVA. La comparación entre dos variables cuantitativas se evalúa con pruebas de regresión lineal y correlación. En todos los casos se asume un umbral de significación estadística del 0,05 (5%).

Resultados

En la primera parte del estudio (transversal), cuyo objetivo era conocer las características demográficas de la

población, se obtuvieron los siguientes resultados, resumidos en la tabla 1.

Dentro de los diferentes grupos de edad maternos, la distribución porcentual fue la siguiente: el correspondiente a menores de 25 años fue del 11%, en el intervalo de 26 a 39 años se registraron la mayoría de casos con un 82,6% y en mayores de cuarenta años se obtuvo un porcentaje del 6,5%. La media de edad fue de 32,1 años.

En el análisis de la situación laboral de la madre se observa que el mayor

Tabla 1. Características de la muestra

Variables	Media y porcentajes
Edad de la madre	32,1 (DE 5,2)
Semanas de gestación	39,5 (DE 9,1)
Estudios de la madre	
Sin estudios	7,2%
Estudios básicos	56,9%
Diplomatura	18,2%
Licenciatura	17,7%
Situación laboral materna	
Paro	11,5%
Sus labores	28,1%
Baja < 20 semanas	19,4%
Baja > 20 semanas	41%
Factores de riesgo de la madre	
Hipertensión arterial	4,6%
Obesidad	9,1%
Diabetes mellitus	4,1%
Tabaco	9,9%
Alcohol y otras drogas	0,7%
Características del recién nacido	
Nacido vivo	99,6%
Peso del RN	3235 (DE 521)
Apgar a 5 minutos	9,85 (DE 0,81)
Características del parto	
Presentación cefálica	94,3%
Parto eutócico	57,1%
Partos por cesárea	29,7%
Empleo de fórceps	4,1%
Empleo de ventosa	9,7%
Técnicas de reproducción asistida	9,8%

DE: desviación estándar.

porcentaje se corresponde con una situación de baja laboral superior a 20 semanas (41%), seguido de sus labores (28,1%), baja inferior a 20 semanas (19,4%) y por último paro laboral (11,5%) en los dos años estudiados (2006 y 2012).

En cuanto al nivel de estudios de la madre se constató que un 7,2% carecían de estudios, un 56,9% tenían estudios básicos, un 18,2% tenían algún tipo de diplomatura y un 17,7% estudios de licenciatura.

Los factores de riesgo de la madre se distribuyeron de la siguiente manera: el porcentaje de hipertensión arterial de la muestra fue de 4,6%, la prevalencia de diabetes *mellitus* en la muestra fue del 4,1% y 9,1% con respecto a la obesidad. La presencia de tabaquismo se encontró en el 9,9% de las gestantes mientras que el consumo de alcohol y otras drogas se vio presente en el 0,7% de la muestra.

Se emplearon técnicas de reproducción asistida en el 9,8% de las gestantes. El porcentaje de nacidos vivos fue del 99,6% y el 94,3% de los partos tuvieron presentación cefálica. El parto eutócico tuvo lugar en el 57,1% mientras que fue necesario la realización de cesárea en un 29,7% de los casos. De la misma manera fue necesario apoyo instrumental en el 13,5% de los partos de los cuales un 9,7% precisó la utilización de ventosa y un 4,1% la utilización de fórceps.

El estudio pretendía buscar una posible relación entre la situación laboral de la mujer gestante y distintas variables de bienestar fetal como el peso del recién nacido y el test de Apgar a los 5 minutos de vida. Aquellas mujeres en paro laboral tuvieron una media de peso al nacer del recién nacido de 3162,58 g (DE 547,64) y un test de Apgar de 9,90 (DE 0,30), las mujeres que se dedicaron a sus labores obtuvieron un peso de 3241,43 g (DE 504,44) y un

test de Apgar de 9,90 (DE 0,30), en el grupo de baja inferior a 20 semanas el peso al nacer fue de 3266,15 g (DE 488,13) con un Apgar de 9,98 (DE 0,13) y finalmente en el grupo de baja mayor de 20 semanas correspondió a un peso de 3217,18 g (DE 520,77) y un Apgar de 9,74 (DE 1,16), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros de bienestar fetal estudiados.

El mayor índice de recién nacidos con bajo peso al nacer se asoció a aquellas mujeres en paro laboral (9,09%) mientras que el grupo de menor índice de bajo peso al nacer corresponde a las mujeres en situación de baja laboral inferior a 20 semanas (3,57%), no obstante los resultados no son estadísticamente significativos (figura 1).

De igual forma, se analizó la posible asociación entre el peso del recién nacido y el test de Apgar con el nivel de estudios de la madre. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el peso del recién nacido de madres sin estudios fue de 3351,25 g (DE 452,13) y con un test de Apgar de 9,98 (DE 0,33), las madres que recibieron estudios básicos obtuvieron un peso de 3235,16 g (DE 486,68) y un test de Apgar de 9,83 (DE 0,96), la media de peso al nacer de las madres con diplomatura fue de 3210,23 g (DE 678,80) y un Apgar de 9,91 (DE 0,36) y por último correspondía a las madres con licenciatura un peso de 3159,23 g (DE 444,72) y un test de Apgar de 9,85 (DE 0,60). De todo ello se extrae que la muestra estudiada el peso del recién nacido fue inversamente proporcional al nivel de estudios de la madre aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Otros datos que se desprenden del estudio es la asociación existente entre la edad de la madre y las características de bienestar fetal como el test de

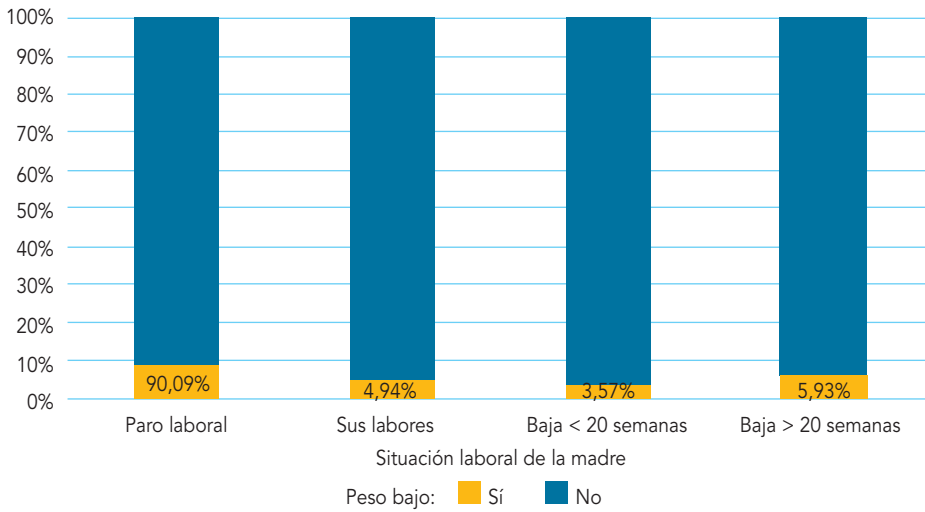


Figura 1. Asociación entre situación laboral de la mujer gestante y recién nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2500 g)

Apgar a los 5 minutos de vida y el peso del recién nacido. En aquellas mujeres con edades superiores a 40 años se objetivó mayor dispersión entre los resultados del test de Apgar. De la misma manera no se vieron diferencias significativas en cuanto al peso del recién nacido en función de la edad de la madre.

El peso del recién nacido, como hemos comentado, no se asoció a ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas como la situación laboral, el nivel de estudios o la edad, pero sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la obesidad y el consumo de alcohol y otras drogas.

En cuanto a la presencia de partos eutócicos, llama la atención su menor incidencia en las bajas de menos de 20 semanas aunque nuevamente esta diferencia de porcentajes no es estadísticamente significativa. La obesidad y los partos no cefálicos sí se relacionan con una mayor presencia de partos distócicos (figura 2).

Las semanas de gestación no se vieron determinada por ninguno de los parámetros estudiados. Comparándola con la situación laboral de la mujer gestante se objetivó que aquellas mujeres con bajas laborales menores a 20 semanas y aquellas que se dedicaron a sus labores domésticas desarrollaron menos semanas de gestación, aunque estas diferencias no alcanzaron el umbral de significación estadística (figura 3).

En cuanto a la presencia de nacido vivo y el test de Apgar a los 5 minutos de vida, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con los distintos parámetros estudiados previamente.

Finalmente, en el análisis comparativo entre los dos años a estudio (2006 y 2012) algunos de los parámetros registrados fueron la edad materna, el peso del recién nacido, las semanas de gestación y el test de Apgar. En cuanto al primero, la media de edad materna corresponde a una media de 31,8 años (DE 5,21) en el año 2006 y a una media

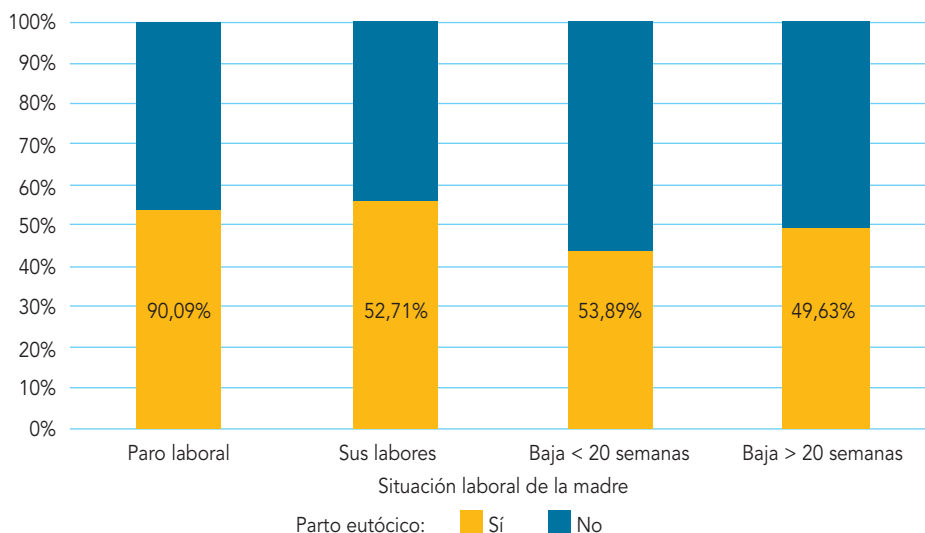


Figura 2. Asociación entre la situación laboral de la mujer gestante y la presencia de parto eutócico

de edad de 32,4 (DE 5,21) años en el año 2012. La media de semanas de gestación en el año 2006 fue de 39,75 semanas (DE 11,89) y en 2012 de 39,31 semanas (DE 5,04). En 2006 el peso medio del recién nacido fue de 3250,67 g (DE 503,84), similar al 2012 que fue de 3220,61 g (DE 538,89). Por último, el test de Apgar en 2006 obtuvo una media de 9,87 (DE 0,752) y en 2012 fue de 9,82 (DE 0,87).

Discusión

La actividad laboral de la mujer embarazada es un problema social y de salud pública del que se han realizado escasos estudios al respecto¹.

Actualmente se ofrecen distintas prestaciones económicas y situaciones de incapacidad temporal en los casos en los que se hace necesario el abandono de la mujer gestante de su puesto de trabajo. Esto es debido a un riesgo laboral específico, a un riesgo clínico individual o a la suma de ambos, en

cualquiera de los casos la determinación de estos factores ha de realizarse de manera absolutamente individualizada valorando los riesgos y beneficios consecuentes². Esto implica que algunas gestantes continúen en su puesto de trabajo durante todo el embarazo mientras que en otros casos deban abandonar su entorno laboral en el primer trimestre. Esto supone entre otras cosas la imposibilidad de poder prever las tasas de incapacidad temporal por dicho motivo.

En la actualidad es bien conocido, que con independencia del momento del ciclo económico en que nos encontramos, se está produciendo un constante retraso en la edad de la maternidad. En nuestro estudio también se observa dicho retraso en el transcurso de los años. Por consiguiente, la población se ve abocada a una mayor demanda de técnica de reproducción asistida.

En nuestros resultados (semanas de gestación en el momento del parto, peso al nacimiento y test de Apgar a los 5 min de vida) no podemos

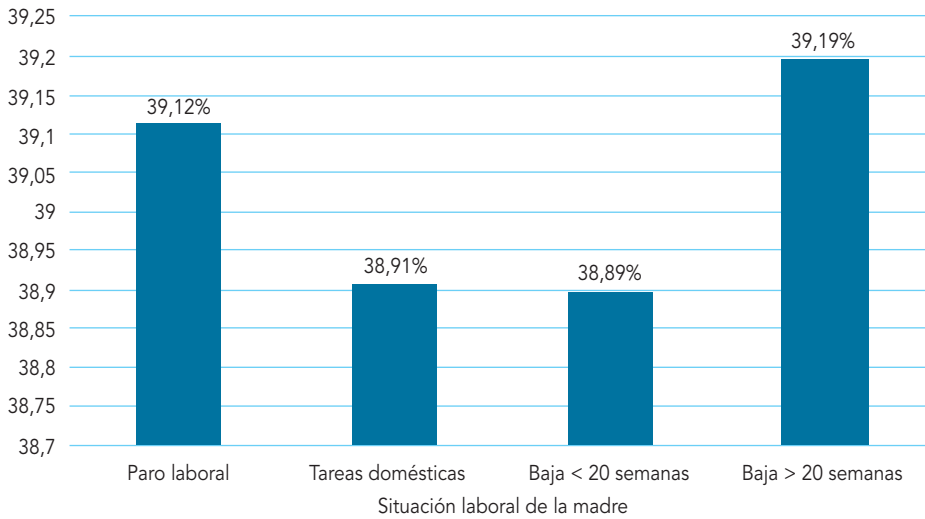


Figura 3. Asociación entre la situación laboral de la mujer gestante y las semanas de gestación

concluir que el ciclo económico tenga un impacto significativo ya que dichos resultados se mantienen, sin diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se ha podido demostrar que las pacientes con bajas menores de 20 semanas tuvieran peores resultados que el resto de las gestantes.

Por la importancia que tiene el hecho de tal prevalencia (gestación & trabajo) así como el conocimiento de dichos factores que pudieran influir, conviene resaltar la importancia de realizar un nuevo estudio con un mayor tamaño muestral de cara a la obtención de resultados estadísticamente significativos relacionados con bajas laborales inferiores a 20 semanas y peores resultados al nacimiento. Así como estudiar la posible influencia de la mayor edad materna en dichos resultados perinatales.

Bibliografía

1. García Hernández A, Martín Martínez A. Influencia de los factores físicos y laborales sobre el embarazo.

Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.

2. Cerrolaza Asenjo J, Mercé Alberto LT, Pozuelo Sánchez P, Jardón Dato E. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. En: Instituto Nacional de la Seguridad Social [en línea] [consultado el 23/09/2015]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100442.pdf>
3. Aparicio A, González L. Newborn health and the business cycle: is it good to be born in bad times? Barcelona: GSE Working Paper Series; 2014.
4. Dehejia R, Lleras-Muney A. Booms, busts and babies' health. The Quarterly Journal of Economics. 2004; 119:1091-130.
5. Nichols A, Mitchell J, Lindner S. Consequences of long-term unemployment. Washington, Dc: The Urban Institute; 2013.