



CARTA AL EDITOR

La protección del embarazo en el Departamento de Salud Valencia La Fe de 2010 a 2013



Protection of pregnancy in the Department of Health La Fe, Valencia, 2010 to 2013

Sr. Editor:

La protección por la maternidad (embarazo, parto, posparto y lactancia) incluye todas las actuaciones preventivas que deben desarrollarse desde los servicios de prevención de riesgos laborales (adaptación de tiempo o condiciones de trabajo), de acuerdo a lo previsto en el Real Decreto 298/2009¹, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. Estas normas precitadas incorporan a nuestro ordenamiento jurídico la directiva 92/85/CEE² del Consejo, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, a través de la Ley 39/99³, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

No es fácil encontrar estudios que describan las causas de las solicitudes de prestación por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia⁴. En un estudio relativamente reciente⁵, los autores describieron los motivos por los que se solicitaba la prestación por riesgo durante el embarazo, siendo los factores relacionados con el manejo manual de cargas los predominantemente aducidos (fig. 1).

El objetivo de este estudio es analizar la protección del embarazo en relación con las medidas preventivas de riesgos laborales y la prestación de riesgo durante el embarazo en un departamento de salud, con un servicio de prevención propio.

Para ello, se diseñó un estudio observacional transversal descriptivo en el que los datos se fueron recogiendo durante el periodo de 2010 a 2013.

Como mediciones principales, se analizaron la tasa de fecundidad, la tasa de declaración de embarazo y la tasa de la prestación de riesgo durante el embarazo.

La tasa de fecundidad resultó ser del 4,8%, la tasa de declaración de embarazo del 33,7% y la tasa de prestación de riesgo durante embarazo del 15,3%.

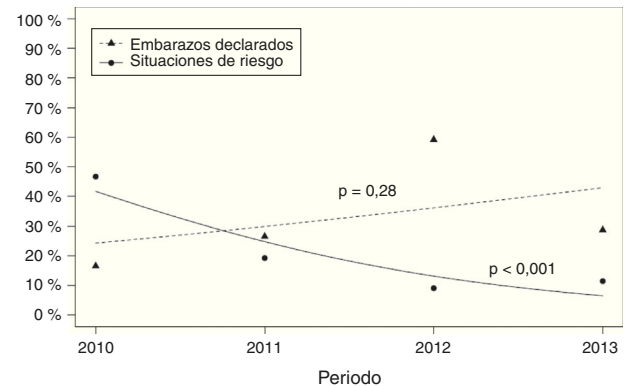


Figura 1 Evolución de la declaración de embarazo y de situaciones de riesgo.

No se constataron variaciones significativas en la tasa de declaración de embarazo durante estos 3 años pero, en cambio, sí en la tendencia decreciente en la necesidad de recurrir a la prestación de riesgo durante el embarazo ($p < 0,001$, IC 95%: $-1,11$ a $-0,45$).

En relación con la declaración voluntaria de embarazo, la no evidencia de tendencia positiva o negativa se considera un resultado desfavorable y francamente mejorable, en orden a proteger todas las situaciones de embarazo.

La tendencia decreciente en la necesidad de recurrir a la prestación de riesgo durante el embarazo se relaciona con las medidas de gestión y prevención aplicadas, en orden a garantizar la seguridad y la salud de la trabajadora embarazada mediante las correspondientes adaptaciones de las condiciones y el tiempo de trabajo.

En conclusión, en la protección de la maternidad, el incremento de las medidas preventivas y de gestión adecuadas en entornos sanitarios permite reducir la necesidad de recurrir a la prestación de riesgo durante el embarazo.

Entendemos que son necesarios nuevos estudios que incidan en la investigación de los riesgos específicos para el embarazo en el sector sanitario, así como en el conocimiento de la población femenina respecto a los procedimientos de protección de la maternidad.

Se considera de interés profundizar en el estudio de las declaraciones de embarazo, para determinar los factores que condicionan la ausencia de declaración, en orden al diseño de medidas preventivas.

Asimismo, se considera como una línea prioritaria de investigación el estudio de las relaciones entre los

procesos de incapacidad temporal en mujeres embarazadas y las situaciones de riesgo durante el embarazo, en el que pudieran participar médicos del trabajo de servicios de prevención y médicos especialistas de medicina familiar y comunitaria de centros de salud, en orden a determinar el uso adecuado de ambas prestaciones.

Bibliografía

1. Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia [consultado 30 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=ec1334affafef110VgnVCM100000705350aRCRD&vgnnextchannel=75164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&tab=tabConsultaCompleta>
2. Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia [consultado 22 Jul 2014]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1992L0085:20070627:ES:PDF>
3. LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras

[consultado 20 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/11/06/pdfs/A38934-38942.pdf>

4. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo. Madrid, 2011 [consultado 20 Jul 2014]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias_INSHT/2011/ficheros/2011_11_23_DIR_MATER.pdf
5. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Martínez Herrera JA, Álvarez Collado L, Silva Mato A. Prestación por riesgos laborales durante el embarazo en Madrid 2000-2004. *Med Segur Trab.* 2006;2:15-28.

Joaquín Andani Cervera^{a,c,*}, Ivanka Torres Segura^a,
María Teresa Fuente Goig^a y David Hervás Marín^b

^a Servicio de Prevención, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^b Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andani_joa@gva.es (J. Andani Cervera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.011>

Detección de pacientes en riesgo de malnutrición en atención primaria. ¿Podemos mejorar?



Detecting patients at risk of malnutrition. Can we improve?

Sr. Editor:

El estado nutricional sigue siendo infravalorado a pesar de sus repercusiones en la evolución clínica de los pacientes y en los costes sanitarios^{1,2}. Según la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), se ha estimado en 170 billones de euros al año el coste sanitario derivado de la atención a los pacientes desnutridos, cuando con tan solo un 3% de esa cantidad podrían cubrirse los soportes necesarios para atender a estos pacientes y revertir su situación nutricional³. Aunque la malnutrición en atención primaria ha sido menos estudiada, y disponemos de pocos datos, respecto a la malnutrición hospitalaria, no por ello es de menor relevancia, pues se estima una prevalencia del 10% de enfermos desnutridos, aumentando hasta el 60-85% en casos de personas institucionalizadas, lo que conlleva a importantes consecuencias tanto a nivel sanitario como social y económico⁴.

La valoración nutricional debería ser universal, precoz, sencilla de aplicar, y adaptada a las diversas circunstancias clínicas de los pacientes; para ello se recomiendan métodos de *screening* rápidos y fáciles de usar⁵.

Dado que no existe un parámetro específico que nos ayude a diagnosticar la desnutrición, para el *screening* nutricional se han ido desarrollando a lo largo de las últimas décadas varios métodos clínicos y/o automatizados validados, siendo los de uso más habitual el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening (NRS-2002), Mini Nutritional Assessment (MNA), la valoración subjetiva global (VSG), control nutricional (CONUT) y otros métodos para enfermedades específicas como Oncology Screening Tool (OST).

El CONUT es un método de *screening* informático, útil para la prevención, detección precoz y seguimiento de la desnutrición clínica; automáticamente determina la situación nutricional, teniendo en cuenta la información del laboratorio: albúmina, colesterol total y determinación del número de linfocitos¹.

El cribado nutricional CONUT permite en la actualidad, valorar a diario, de manera automática, la situación nutricional de la totalidad de los pacientes ingresados a los que se practica análisis de rutina. Estudios recientes han señalado que el CONUT es una herramienta eficaz para la detección precoz y el control continuo de la desnutrición hospitalaria, con las características adecuadas a las funciones de cribado². Con este objetivo ya en algunos hospitales de la Comunidad de Madrid se está utilizando el método de *screening* nutricional CONUT.

La unificación de aplicaciones de historia clínica electrónica y protocolos clínicos entre los niveles asistenciales, posibilita la utilización del CONUT como herramienta de cribado, siendo una prestación del laboratorio del hospital a sus centros de salud de referencia. Máxime cuando tras el alta hospitalaria, y una vez detectado y valorado el riesgo,