

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"

HOGAR MATERNO: ALGUNOS RESULTADOS A CONSIDERAR EN 1996

Dr. Pablo German Puñales Hernández,¹ Dr. Jesús Hernández Cabrera,² Dra. Teresa Crespo Hernández,³ Dra. Danilec Hernández Hernández⁴ y Lic. Roberto Suárez Ojeda⁵

RESUMEN: Se ofrecen los resultados encontrados de un trabajo coordinado con el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas y el Hogar Materno Municipal con 129 pacientes ingresadas en 1996. Los datos recogidos se procesaron en el sistema MICROSTAT y se halló el método de tanto por ciento, medias aritméticas, *test* de proporciones y el χ^2 . Se concluyó que el hogar materno está ofreciendo cobertura acorde con las orientaciones del nivel superior, con un buen trabajo de seguimiento a las gestantes desnutridas, la ganancia de peso en los recién nacidos es buena y su comportamiento en los indicadores de morbilidad es bajo, en dependencia de la estadía prolongada, del factor de riesgo y la individualidad de cada paciente.

Descriptores DeCS: **CENTROS DE SALUD MATERNO-INFANTIL/organización y administración; CALIDAD DE VIDA; CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.**

El hogar materno, concebido para dar protección a la mujer embarazada, tiene su origen en nuestra patria en el siglo XVIII, desde 1711 al inaugurarse la Casa Cuna y en 1852 con la fundación de la Real Casa de Maternidad y Beneficiencia, asimismo se recoge en 1940 la existencia de 4 camas para madres solteras en el Hospital "América Arias", con el nombre de hogar materno.

Posterior al triunfo de la Revolución como apoyo al Programa de Atención a la Mujer y al Niño, en 1962 se funda el hogar

materno en las provincias orientales para aquellas mujeres que con lejanía geográfica se encontraban en las últimas semanas de su gestación pudieran estar en un centro no hospitalario, que las pudiera trasladar al hospital al comenzar los síntomas de parto.¹

El programa para la reducción del bajo peso al nacer y la revisión reciente de nuestros procedimientos¹, enfatizan en el correcto manejo de las adolescentes, la desnutrición materna y el embarazo múltiple la

¹ Especialista de I grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

² Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Instructor FCM Matanzas.

³ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente FCM Matanzas. Jefe de Servicio de Obstetricia.

⁴ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Servicio de Cuidados Especiales Perinatales.

⁵ Profesor de Matemáticas Universidad de Matanzas. Asesor estadístico.

hipertensión gravídica y la profilaxis del parto pretérmino entre las entidades más significativas que se deben tener en cuenta¹⁻⁵ considerándose que el hogar materno puede contribuir a su correcto seguimiento.

([Delgado García G. Los Hogares Maternos: Su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación. Historiador médico del MINSAP, 1992. Habana.] [Delgado García G. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa Nacional de Atención Materno Infantil, 1993. MINSAP, Habana.] [Ramírez Díaz V. Factores psicosociales en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol 1990,16(2)216-25.] [Jiménez Sánchez C. Bajo peso al nacer ¿Un problema en nuestro medio? TTR, Hospital Materno Matanzas, 1996.] [Humanes Carol I. Bajo Peso al Nacer. Algunos factores concurrentes. Hospital Materno Matanzas, 1996.] [Marrero Álvarez A. Desnutrición materna: algunos factores obstétricos y biosociales a considerar en su repercusión en el peso del producto. TTR. 1991. Hospital Materno Matanzas.] [Homma Castro J. Indicadores hematológicos, nivel nutricional y ganancia de peso en gestantes desnutridas controladas, su relación con el peso del recién nacido. TTR 1992. Hospital Materno Matanzas.] [Molina García J. Estado nutricional materno. Evolución e impacto en la salud perinatal. III Taller de Perinatología. Ciudad Habana, 1990.] [Hernández Cabrera J. Enfermedad hipertensiva gravídica. Algunos factores a considerar en su influencia en la morbilidad perinatal y materna. 1986-1993. Trabajo Investigativo Provincial. Facultad Ciencias Médicas. Hospital Materno Provincial, 1995.] [Cabrera García J. Factores predisponentes de la hipertensión en el embarazo. Su repercusión en la morbilidad perinatal y materna. TTR 1994. Hospital Materno Matanzas.] [Somoza Mesa M. Hogar materno. Importancia en la

reducción de la mortalidad infantil y perinatal (1973-1976) Jagüey Grande. Trabajo presentado en al IV Jornada Provincial de Ginecoobstetricia, Matanzas.] [Hernández Cabrera J. et al. Comportamiento del Hogar Materno de Colón (abril-octubre 1997). Trabajo presentado en la 5ta. Jornada Provincial de Ginecoobstetricia. Varadero, 18 Dic., 1997.] [Flaqué Orta A. Influencia en la rotura prematura de membranas ovulares en morbilidad perinatal en embarazadas a término. TTR 1995. Hospital Materno Matanzas.] [Martín Ojeda V. Estudio de los factores de riesgo que influyen en la aparición de un recién nacido con conteo de Apgar bajo. TTR 1992. Hogar Materno Matanzas.]).

Trabajos en nuestro medio, la nación y en el extranjero han sido dedicados al bajo peso al nacer, la desnutrición materna,²⁻⁵ y la hipertensión gravídica. En la década del 80 algunos galenos de nuestro medio trataron de dar una cobertura "atrevida" para la época brindando un servicio integral como especialista, de la misma forma en que hoy se orienta en los hogares maternos.

Al no tener una bibliografía específica del tema pretendemos con este trabajo estudiar cómo se han comportado las gestantes ingresadas en nuestro hogar materno y qué resultados se obtuvieron en ellas y sus productos.

Métodos

Se efectuó un estudio prospectivo descriptivo en coordinación con el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas y el Hogar Materno Municipal durante el año 1996, con las pacientes ingresadas que parieron en ese período.

La muestra la constituyeron 129 pacientes ya paridas con 135 fetos, excluyéndose del estudio las seminternas y 30 historias

que no guardaban lo requerido para el estudio.

Los datos se procesaron en una computadora IBM de la Universidad de Matanzas y mediante el sistema MICROSTAT permitió el hallazgo de método de tanto por ciento, medias aritméticas, el X^2 y el Test de proporciones.

Como control semántico utilizaremos:

Motivo de ingreso: se escogió la causa principal que motivó el ingreso.

Riesgo de prematuridad: presentación fija, modificación cervical, incompetencia cervical y el mal rubro de amenaza de parto pretérmino.

Desnutrición materna: se aplicó la tabla cubana de Berdasco peso/talla para desnutridas (III y IV NBP) y aquellas mujeres que tuvieron alteración en la curva de peso (ganancia de -8 kg) y se agruparon en el mismo rubro.

Resultados

La causa del ingreso, en primer lugar fue el riesgo de prematuridad con 46 casos, para el 35,7 %, en segundo lugar la desnutrición materna con 30 casos para el 23,3 % respondiendo a las orientaciones actuales al uso del materno.

De los trabajos revisados en la década del 80 el doctor Somoza en Jagüey Grande, después del ingreso geográfico mostró por orden de frecuencia el riesgo de prematuridad, la sepsis urinaria asintomática, anemia y la toxemia leve, mientras que el doctor Hernández, en Colón, mostró el riesgo de prematuridad, la desnutrición fetal (referida a la madre), la anemia y el embarazo gemelar.

En las tablas 2 y 2a al estudiar la desnutrición materna y aplicar el test de proporciones puede observarse que tanto la

desnutrida como la que tiene alteración en la curva de peso presentan el mismo riesgo. La bibliografía destaca la importancia de la ganancia de peso armónico, sobre todo 4 kg antes de las primeras 20 semanas y su ganancia óptima entre las 28 y las 32 semanas²⁻⁵ y que no resulta beneficiosa una ganancia de peso excesiva después de este tiempo pues complican la gestación, así como tampoco insistir en aumentos de peso en las obesas cuando toda la evolución obstétrica cursa bien.^{2,4,5}

Nuestros procedimientos incluso demuestran buenos resultados con ganancia de 5 kg en este grupo¹

Aplicando el X^2 específicamente al comparar la ganancia de peso acorde con la tabla cubana de Berdasco que hemos dividido en menos de 8 kg y más de 8 kg (entre 8-10 y más de 10kg) se puede inferir que el mayor riesgo está en el grupo que ganó menos de 8 kg.

Estudios realizados en nuestro medio en desnutridas por el doctor Homma en indicadores bioquímicos, si estos estaban alterados (bajos) en el segundo semestre

TABLA 1. Relación de ingresos por entidades.

Entidad	No.	%
Riesgo de prematuridad	46	35,7
Desnutrición materna	30	23,3
Anemia	13	10,1
Caso social	12	9,3
Embarazo gemelar	6	4,6
HTA tipo I	6	4,6
HTA tipo II	5	3,9
Lejanía geográfica	4	3,1
Polihidramnios	2	1,5
Otros	5	3,9
Total	129	100

N= 129 pacientes estudiadas

Fuente: Historia Clínica Hogar Materno Matanzas. Historia Clínica Hospital Docente Ginecoobstétrico Matanzas. Archivo y Estadísticas.

TABLA 2.

	No.	%
Pacientes estudiadas como desnutridas	30	100
Desnutrición materna (Berdasco)	17	56,7
Alteraciones en la curva de peso (Berdasco)	13	43,3

p= 0,2325

Tabla 2a. Ganancia de peso en desnutridas

Ganancia de peso (kg)	No	%
-8	6	20
8-10	16	53,3
+10	8	26,7
Total	30	100

n=30 y=25,64 α =0,05

(hematócrito y el hierro sérico) existía una estrecha correlación entre poca ganancia de peso materno y el peso fetal y la doctora *Flaqué* estudiando en 1995 los factores que incidieron en rotura prematura de membranas encontró en la desnutrición materna y la anemia factores que se deben considerar de importancia en su relación con ésta. El Doctor *Berdasco* y las orientaciones metodológicas insisten en que más que una clasificación a utilizar, lo importante es la ganancia armónica de peso durante la gestación, avalado por los estudiosos del tema.²⁻⁵

En la tabla 3 estudiando el indicador bajo peso y sus medias aritméticas correspondientes, encontramos que sólo 8, para el 5,9 % tuvieron productos con peso menor a 2 499 g (la mayor incidencia fue en el embarazo gemelar) y la media fue de 2 350 g, el resto 127 fetos para el 94,1 % tuvieron peso mayor a 2 500 g con medias de 3 225 g, resultados que concuerdan con los trabajos del doctor *Somoza* y el doctor *Hernández*.

Las orientaciones actuales sobre el hogar materno ponen de manifiesto la influencia que este puede lograr en mejorar el indicador de bajo peso fetal,¹ así como acciones que disminuyan o atenúen el factor de riesgo.⁴⁻⁶

En la tabla 4 estudiando la morbilidad (por conteo de Apgar bajo) y la mortalidad perinatal, de forma descriptiva porcentual observamos que de 127 niños para el 94,1 % tuvieron conteo de Apgar normal a los 5 min, 5 tuvieron un conteo de Apgar moderadamente deprimido, y presentaron conteo de Apgar severamente deprimido 2 para el 1,5 %; uno de ellos producto de un embarazo gemelar causó posteriormente una muerte neonatal, pues tuvo Apgar 0 para el 0,7 % correspondiente a una gestante indisciplinada que pertenecía al grupo de prematuridad.

El conteo de Apgar constituye un indicador eficaz para detectar la asfixia perinatal y correlacionar múltiples factores que pueden conllevar a esta.

Estudiando la repercusión en los indicadores de mortalidad perinatal, de un total de 3 241 nacimientos ocurrieron 57 fetales tardías y 13 neonatales y de los casos estudiados que participaron con su ingreso en el hogar materno estuvieron con 1 caso respectivamente en cada uno de estos indicadores para 0,3 de tasa y una perinatal de 0,6 que no es significativa.

Estudiando la tasa propia del hogar materno, de 129 pacientes ocurrieron 135 nacimientos, con la participación de un caso en cada componente, por lo que arroja una tasa de 7,5 para fetal y neonatal respectivamente, con una perinatal de 15, que son aceptables.

En el estudio del doctor *Somoza* su tasa de fetal tardía fue de 11,1 y la neonatal de 14,1 para una perinatal de 25,2, mientras que el doctor *Hernández* encontró una tasa de fetales de 3,7 % y de neonatales de 11,1 para una perinatal de 14,8 %.

TABLA 3. Relación del peso fetal con el tipo de entidad ingresada.

Peso fetal	Riesgo de prematuridad	Desnutrición materna	Entidades ingresadas					Lejanía geográfica	Poli-hidramnios	Otros	Total	%
			Anemia	Caso social	Embarazo gemelar	HTA Tipo I	HTA Tipo II					
Hasta 2 499	2	1	0	1	4	0	0	0	0	0	8	6
Más de 2 500	44	29	13	11	8	6	5	4	2	5	127	94
Total	46	30	13	12	12	6	5	4	2	5	135	100

n= 135 niños X < 2 499 2 350 g X > 2 500 3 225 g

Fuente: Historias Clínicas. Hospital Docente Ginecoobstétrico Matanzas.

TABLA 4. Relación del conteo de Apgar con las entidades ingresadas y mortalidad perinatal.

Conteo de Apgar	Riesgo de prematuridad	Desnutrición materna	Entidades ingresadas					Lejanía geográfica	Poli-hidramnios	Otros	Total	%
			Anemia	Caso social	Embarazo gemelar	HTA Tipo I	HTA Tipo II					
7,8	43	30	13	12	8	5	5	4	2	5	127	94,1
6,4	2				3						5	3,7
3,1					1	2					2	1,5
0	1										1	0,7
Total	46	30	13	12	12	6	5	4	2	5	135	100

Fetal tardía 1 7,5 x 100 NV

Neonatal 1 7,5 x 100 NV

Perinatal 1 15,0 x 100 NV

La bibliografía destaca que con una correcta utilización de los recursos del hogar materno, en estos momentos, es posible disminuir los indicadores de morbimortalidad.¹

En la tabla 5 estudiando las estadías relacionadas con los diferentes motivos de ingreso de forma porcentual descriptiva observamos que los casos que están entre 15-30 días y más de 30 días corresponden a los casos sociales, embarazos gemelares, las gestantes desnutridas y anémicas. De esto se deduce que en la medida que es mayor el riesgo real encontrado y las características biosociales de la gestante, mayores serán las acciones de salud que se deben ejecutar.²⁻⁶

Por todo lo anterior concluimos que el hogar materno está ofreciendo una cobertura consecuente a las orientaciones actuales, sobre todo por orden de frecuencia a: pacientes con riesgo de prematuridad, desnutrición materna-anemia, pacientes con componentes socioambientales negativos y el embarazo gemelar, entre los más significativos. No se encontró diferencia entre los resultados a esperar entre una paciente desnutrida como tal y aquellas con alteraciones en la curva de peso, acorde con la tabla cubana peso-talla; es necesario una ganancia de peso de más de 8 kg para obtener mejores resultados. La participación de estas pacientes en los indicadores de morbimortalidad perinatal no es significati-

va, sin embargo, el embarazo gemelar debe tenerse en consideración. En la medida que el riesgo de la paciente es mayor, y se le

suman factores socioambientales negativos, la estadía hospitalaria tiende a prolongarse.

TABLA 5. Relación de la estadía con la entidad estudiada.

Esatadía (d)	Riesgo de prema- turidad	Desnutri- ción ma- terna	Entidades ingresadas							Otros	Total	%
			Ane- mia	Caso social	Embara- zo gеме- lar	HTA Tipo I	HTA Tipo II	Leja- nia geo- gráfica	Poli- hidram nios			
Menos de 7	4	4	2	1	0	2	0	1	0	0	14	11
De 7- 15	12	7	0	1	1	3	1	1	0	1	27	21
De 15- 30	13	6	7	6	0	1	1	2	2	2	40	31
Más de 30	17	13	4	4	5	0	3	0	0	2	48	37
Total	46	30	13	12	6	6	5	4	2	5	129	100

Fuente: 129 Historias Clínicas. Hogar Materno Matanzas.

SUMMARY: The results of a work performed in coordination with the Gynecobstetric Teaching Hospital of Matanzas and the Municipal Maternal Hospital are offered. 129 patients who were admitted in 1996 were studied. The collected data were processed by the MICROSTAT system. The percentage method, the arithmetical means, the test of proportions and the X^2 were used. It was concluded that the maternal home's coverage responds to the instructions received from the higher level, and that it maintains an adequate follow-up of the malnourished pregnant women. The weight gain among newborns is good and its behavior in the morbimortality indicators in low, depending on the prolonged stay of the risk factor and on the individuality of each patient.

Subject headings: MATERNAL-CHILD HEALTH CENTERS/organization and administration; QUALITY OF LIFE; QUALITY OF HEALTH CARE.

Referencias bibliográficas

1. Delgado García G. Orientaciones metodológicas sobre estructura y funcionamiento del Hogar Materno. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana, 1995.
2. Hernández Cabrera J. Algunos factores a considerar en gestantes desnutridas. Rev Med 1989;17(5):3-19.
3. Calderón Fernández FJ. Influencia de la edad y el número de gestaciones y partos sobre el peso de la gestante en el primer trimestre del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 1988;14(1):35-8.
4. Rodríguez Abad P, et al. Peso materno pregestacional y procesos reproductivos. Acta Ginecol 1987;14(1):31-5.
5. Faundes A, et al. Estudio de diversas formas de evolución en el materno como indicador del peso del recién nacido. Rev Cubana Obstet Ginecol 1992;18(1):25-38.
6. Pérez Santos R. Valoración cuantitativa del riesgo materno perinatal. Rev Cub Obstet Ginecol 1988;14(2):39-46.

Recibido: 22 de septiembre de 1998. Aprobado: 30 de septiembre de 1998.

Dr. **Pablo Germán Puñales Hernández**. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", Matanzas, Cuba.