



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO - PROVINCIA LUCANAS  
2016 - 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. ARREDONDO BARRAZA GISSELA FABIOLA**

**ASESORA: Mg BOADA CAVERO IVONE ALEIDA**

**ICA – PERU**

**2018**

# ÍNDICE

ÍNDICE .....	ii
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix
CAPITULO I .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	10
1.2. Delimitación de la Investigación.....	12
<b>1.2.1. Delimitación temporal: .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.2. Delimitación Espacial: .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.3. Delimitación social: .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.4. Delimitación Conceptual: .....</b>	<b>13</b>
1.3. Formulación del Problema .....	13
<b>1.3.1. Problema Principal.....</b>	<b>13</b>
1.3.2 Problemas Secundarios .....	13
<b>1.4. Objetivos .....</b>	<b>13</b>
<b>1.4.1. Objetivo general .....</b>	<b>13</b>
<b>1.4.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5. Hipótesis de la Investigación .....</b>	<b>14</b>
<b>1.5.1. Hipótesis .....</b>	<b>14</b>
<b>1.5.2. Identificación y clasificación de las variables .....</b>	<b>14</b>
<b>1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>15</b>

<b>1.6.</b>	<b>Diseño de la investigación .....</b>	<b>17</b>
<b>1.6.1.</b>	<b>Tipo de Investigación.....</b>	<b>17</b>
<b>1.6.2.</b>	<b>Nivel de Investigación.....</b>	<b>17</b>
<b>1.6.3.</b>	<b>Método .....</b>	<b>17</b>
<b>1.7.</b>	<b>Población y Muestra de la Investigación .....</b>	<b>17</b>
<b>1.7.1.</b>	<b>Población.....</b>	<b>17</b>
<b>1.7.2.</b>	<b>Muestra:.....</b>	<b>17</b>
<b>1.8.</b>	<b>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....</b>	<b>18</b>
<b>1.8.1.</b>	<b>Técnicas .....</b>	<b>18</b>
<b>1.9.</b>	<b>Justificación e Importancia de la Investigación .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....</b>		<b>21</b>
<b>2.1.</b>	<b>Antecedentes de la Investigación .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.1.</b>	<b>A nivel internacional.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.2.</b>	<b>A nivel nacional .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1.3.</b>	<b>A nivel Local.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.</b>	<b>Bases Teóricas .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1.</b>	<b>EL PARTO EXTRA HOSPITALARIO .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2.</b>	<b>FACTORES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DEL PARTO A DOMICILIO.....</b>	<b>39</b>
<b>2.2.3.</b>	<b>CLASES DE COMADRONA .....</b>	<b>40</b>
<b>2.2.4.</b>	<b>POSICIONES DEL PARTO .....</b>	<b>42</b>
<b>2.2.5.</b>	<b>NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALEMNT ADECUADO.....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.6.</b>	<b>VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO.....</b>	<b>45</b>
<b>2.2.7.</b>	<b>ADECUACIÓN ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTA Y TRADICIONAL.....</b>	<b>48</b>

2.3. Definición de términos Básicos .....	55
CAPITULO III .....	57
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	57
3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	57
3.2. INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS ....	66
CAPÍTULO IV.....	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	69
<b>4.1. CONCLUSIONES</b> .....	69
<b>4.2. RECOMENDACIONES</b> .....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	75
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	76

## **DEDICATORIA**

Mis padres por su apoyo incondicional a mis hijos por ser el motivo de mi vida y a nuestro creador jehová dios por darme salud.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi asesora por su apoyo en el desarrollo de la presente tesis, a la Universidad y al Hospital de apoyo de Puquio.

## RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio - Provincia Lucanas entre los años 2016 – 2017.

Material y métodos. Estudio de tipo no experimental, descriptiva, retrospectiva y transversal, en 108 mujeres que tuvieron parto extrahospitalario. Técnica de recolección de datos fue la entrevista.

Resultados: 1. El parto extrahospitalario el distrito de Puquio se presenta sobre todo en analfabetas, y en las de instrucción primaria. La mayoría son mujeres que tuvieron antecedente de parto extrahospitalario. Las costumbres y mitos se encontraron arraigadas en las mujeres que tuvieron parto extrahospitalario. Muchas de las mujeres que tuvieron parto extrahospitalario adujeron no tener cobertura del SIS. Un alto porcentaje de las mujeres con parto extrahospitalario son de recursos económicos normales acordes con la realidad. Según el acceso geográfico muchas mujeres no tuvieron dificultad al momento de transportarse para la atención del parto. La mayoría de las mujeres que tuvieron parto extrahospitalario percibieron mala atención en el hospital. El miedo y desconfianza estuvo presente en gran parte de las mujeres que tuvieron parto extrahospitalario. La mayoría de las gestantes no fueron admitidas en el hospital cuando acudieron por pródromos de parto.

Conclusiones El parto fuera del hospital se produce debido a múltiples factores, principalmente en mujeres con bajo nivel de educación, en mujeres con antecedentes previos de parto domiciliario, las que tienen costumbres y mitos arraigados a favor del parto domiciliario, mujeres con falta de afiliación al SIS, recursos económicos normales acordes con la realidad, mujeres que no tienen dificultad al acceso geográfico al hospital, tienen una imagen deficiente de la atención hospitalaria, miedo y desconfianza y que fueron en un primer momento devuelto a sus casas cuando acudían al hospital por pródromos del trabajo de parto.

Palabras clave: Factores asociados, parto extrahospitalario

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the factors associated with extra-hospital delivery in mothers of the district of Puquio - Provincia Lucanas between the years 2016 - 2017.

**Material and methods.** Non-experimental, descriptive, retrospective and cross-sectional study in 108 women who had extra-hospital delivery. Data collection technique was the interview.

**Results:** 1. Out-of-hospital childbirth Puquio district occurs mostly in illiterate, and primary education. The majority are women who had a history of extra-hospital delivery. The customs and myths were found rooted in women who had extra-hospital delivery.

Many of the women who had an out-of-hospital delivery reported not having SIS coverage. A high percentage of women with extra-hospital delivery are from normal economic resources in accordance with reality. According to geographical access, many women had no difficulty when transporting for delivery care. The majority of women who had extra-hospital deliveries perceived poor hospital care. Fear and distrust were present in a large part of the women who had extra-hospital deliveries. The majority of the pregnant women were not admitted to the hospital when they came for labor prodromes.

**Conclusions** Out-of-hospital delivery occurs due to multiple factors, mainly in women with a low level of education, in women with a previous history of home birth, those with ingrained customs and myths in favor of home birth, women with a lack of affiliation to the home. SIS, normal economic resources in accordance with reality, women who have no difficulty in accessing the hospital geographically, have a poor image of hospital care, fear and distrust and were initially returned to their homes when they went to the hospital for prodromes of labor.

**Key words:** Associated factors, extra-hospital delivery.

# INTRODUCCIÓN

Actualmente, las comadronas tradicionales representan una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención de salud en diferentes países de América Latina. Sobre todo, en aquellos lugares donde el sector salud tienen deficiencias en su alcance.

Lo más importante es el intervenir lo menos posible. “Michel Odent” dice que hay que ser como un gato atento, pero pasar desapercibido. Aquí la única protagonista es la madre.<sup>1</sup>

También es importante no interferir en el ritmo propio de la madre. Durante el parto cada mujer se desenvuelve física y psicológicamente a su propio ritmo. Es importante que no intentemos adaptarlas a protocolos estándar.

Las comadronas tradicionales constituyen una estrategia necesaria ya que ofrece la posibilidad de reducir la morbilidad y mortalidad de las madres y de los niños, al promover práctica segura y facilitar el acceso a los métodos de salud materna infantil. El alumbramiento es el acto más grande y hermoso de la vida ya que la madre trae al mundo un nuevo ser por lo tanto debe ser atendido de la mejor manera.<sup>(2)</sup>

Las creencias y costumbres sobre el embarazo, parto y puerperio constituyen un papel fundamental en las comunidades rurales de la provincia de Puquio, muchas veces por creencias, costumbres, influencia de familiares cercanos o por difícil acceso a los establecimientos de salud, por ello es que en esta investigación diseñada según el esquema de Universidad “Alas Peruanas” se aborda el tema a fin de conocer la realidad de estas gestantes que deciden no acudir a los centros hospitalarios a tener su parto.

El estudio empieza por definir el problema a investigar, se mencionan los problemas a resolver trazándose los objetivos, se indican las variables y su operacionalización, se aborda la metodología a utilizar definiéndose el tipo y nivel de la investigación, la población la muestra, así como la técnica e instrumentos a utilizar, se justifica la investigación, se trata las bases teóricas previa revisión de los antecedentes de la investigación. Finalmente, se muestra los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, bibliografía y anexos de la investigación.

# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la Realidad Problemática**

El parto en casa o parto domiciliario tiene como marco la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, al pasar de la mirada del binomio madre hijo y el control de la natalidad al análisis de la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos de desarrollo y de género.

A nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre a donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario.

El paradigma ha girado en torno a que una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo, es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato o de ambos.<sup>(3)</sup>

En uno de sus reportes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que “una mujer debe tener su parto en un lugar donde ella se sienta segura (...). Para mujeres con embarazos de bajo riesgo, puede ser el hogar o una pequeña clínica de maternidad o una unidad de maternidad dentro de un hospital general”.

En Argentina, el parto planificado a domicilio está además contemplado en la Ley nacional 17.132 y en varias leyes provinciales que regulan el ejercicio de la obstetricia. Además, la Ley de 25.929 de Parto Humanizado

ampara la autonomía de la mujer sobre su salud perinatal y garantiza el respeto de sus decisiones.

Un relevamiento realizado entre 2012 y 2016 por Fortaleza 85 demuestra que sólo el 2% de 1501 partos planificados a domicilio presentaron situaciones que requirieron atención o intervenciones de mayor complejidad, realizadas en la propia casa. A su vez, sólo el 12% necesitó el traslado a una institución. Las causas más comunes antes del nacimiento fueron el cansancio materno, la falta de progreso y la propia elección de los padres. Sólo un 8,2% de esos casos reportaron situaciones de emergencia, lo que representa un 0,80% del total. Las estadísticas del informe demuestran que, en la mayoría de los casos, los traslados se realizaron de forma planificada, en condiciones de salud y no ante complicaciones de riesgo o por negligencia del equipo que asiste el parto, como se suele creer.<sup>(4)</sup>

De acuerdo a la OPS: “existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud”. Sólo el 53 % de todos los partos en el mundo es atendido por profesionales de salud o personal de salud calificado. El 75 % de los partos en América Latina y El Caribe son atendidos por personal calificado. En Perú, sólo el 30,1% de los partos de las mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud.<sup>(5)</sup>

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

En la atención propiamente del parto domiciliario en las atenciones por profesionales de salud han sido en un promedio de 22%, en técnicos sanitarios y parteras en más del 40% y atendidos por familiares poco más del 30%, siendo este último de riesgo alto para el binomio madre - niño.

La ENDES 2016 tiene como resultados los partos en los servicios de salud según área urbana y rural, mostrándose una mayor cobertura en el área urbana con un aumento de casi 20 puntos, la que está en relación a mitos.<sup>(6)</sup>

Entre los mitos que presentan las parturientas están: El Mal aire tiene como efecto la enfermedad y la muerte - para evitarlo poner una cinta en la mano izquierda del recién nacido para protegerlo.

La placenta - Si se entierra correctamente los niños no se van lejos, no dejan a sus padres o las niñas no se casan lejos. Las mujeres no pueden comer frijoles después de parir, porque salen pecas en la cara, ni pescado porque dicen que se secan [dejan de producir leche]. Durante los 8 días posteriores al parto, la partera encomienda al papá matar un gallito si el recién nacido fue niño y una pollita si fue niña, ambos animales que no pesen más de un kilo; lo hacen a manera de ofrenda para evitar hemorragias y complicaciones.<sup>(6)</sup>

Entre los factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la madre es el analfabetismo, pobreza, multiparidad, edad, malnutrición, costumbres, atención inadecuada del parto. Condiciones que en la ciudad de Puquio tienen gran incidencia por lo que el parto extra hospitalario en esta parte del Perú tiene connotaciones particulares que ameritan ser identificados y analizados en esta investigación para poder tomar acciones basadas en la evidencia.

## **1.2. Delimitación de la Investigación**

### **1.2.1. Delimitación temporal:**

La investigación se desarrolló en las gestantes que tuvieron parto extra hospitalario entre el 2016 al 2017.

### **1.2.2. Delimitación Espacial:**

La investigación se desarrolló en el distrito de Puquio que es una ciudad de la sierra sur del Perú, capital de la provincia de Lucanas.

### **1.2.3. Delimitación social:**

La investigación se desarrolló en las gestantes que tuvieron parto extra hospitalario.

### **1.2.4. Delimitación Conceptual:**

Se abordó el tema de los determinantes sociales demográficos, económicos culturales que se asocian al parto extra hospitalario.

## **1.3. Formulación del Problema**

### **1.3.1. Problema Principal**

¿Cuáles son los factores asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio - Provincia Lucanas entre los años 2016 al 2017?

#### **1.3.2 Problemas Secundarios**

¿Cuál son los factores culturales asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017?

¿Cuál son los factores socio-económicos asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 – 2017?

¿Cuál son los factores sanitarios asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017?

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar los factores asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio - Provincia Lucanas entre los años 2016 – 2017

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar los factores culturales que influyen en la atención del parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 – 2017.

- Identificar los factores socio-económicos que influyen en el parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 – 2017.
- Indicar los factores sanitarios que influyen en el parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017

## **1.5. Hipótesis de la Investigación**

### **1.5.1. Hipótesis**

Estudio descriptivo por lo que no se considerará hipótesis

### **1.5.2. Identificación y clasificación de las variables**

#### **Variable de estudio:**

Tipo de parto ( parto extrahospitalario )

#### **Variable Intervinientes**

Factores asociados al parto extra hospitalario

-Culturales

-Socio-económicos

-Sanitarios

### 1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Fuente
<b>Variable de estudio</b> Parto extra hospitalario	Parto producido fuera de los establecimientos de salud	Parto domiciliario	Tipo de parto Parto extrahospitalario	Parto extra hospitalario	Nominal	Pacientes
<b>V: Intervinientes</b> Determinantes culturales  Determinantes socio-económicos  Determinantes sanitarios	Factores que se asocian al parto se desarrolle en un lugar específico	Condicionantes del parto según donde se realiza	-Grado de instrucción  -Antecedentes de partos domiciliarios.  -Costumbres/Mitos  -Filiación al SIS.  -Falta de recursos económicos.  -Dificultad de acceso geográfico.	Analfabeta primaria, secundaria, superior.  Si No  Presente Ausentes  No tiene SIS Si tiene SIS  Escaso Normal  Con dificultad Sin dificultad	Nominal	Pacientes

			<p>-Atención recibida por el personal de salud.</p> <p>-Miedo y desconfianza a la atención del personal de salud.</p> <p>- Gestantes no admitidas por emergencia en el hospital por pródromos de parto.</p>	<p>Mala Buena</p> <p>Si, No</p> <p>Si, No</p>		
--	--	--	---	---	--	--

## **1.6. Diseño de la investigación**

### **1.6.1. Tipo de Investigación**

**No experimental:** Porque no se interviene en las variables

**Descriptiva:** Tiene una variable

**Retrospectiva:** Los datos se obtuvieron de partos ya producidos

**Transversal:** La variable fue medida una sola vez

### **1.6.2. Nivel de Investigación**

Descriptiva: Pues se determinan los factores que condicionan el parto extra hospitalario.

### **1.6.3. Método**

Inductivo.

## **1.7. Población y Muestra de la Investigación**

### **1.7.1. Población**

Madres de la ciudad de Puquio que tuvieron parto (s) y que se desarrolló fuera de los Establecimientos de Salud que son 108 madres que presentaron parto extra hospitalario entre el 2016 al 2017.

### **1.7.2. Muestra:**

El estudio es en la población es el número total de la población atendida en parto domiciliario.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Madres habitantes de la ciudad de Puquio que tuvieron parto extra hospitalario en los últimos 5 años.
- Madres que deseen colaborar con la investigación
- Madres que tengan cualquier tipo de idioma

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Madres que no sean habitantes de la ciudad de Puquio.
- Madres habitantes de la ciudad de Puquio que tuvieron parto fuera de los últimos 5 años
- Madres que no deseen colaborar con la investigación
- Madres habitantes de la ciudad de Puquio que tuvieron parto intra hospitalario en los últimos 5 años

## **1.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **1.8.1. Técnicas**

#### **1.8.1.1. Técnicas de recolección de datos**

Entrevista. Pues se entrevistó a cada madre a fin de que nos brinde información sobre los factores que condicionaron que el parto se desarrolle dentro o fuera de los Centros Sanitarios de la Región.

#### **1.8.1.2. Instrumentos**

Se aplicó una FICHA DE ENTREVISTA donde están estructuradamente los puntos a abordar.

#### **Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

- Plan de Procesamiento

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS v23, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos. Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, y chi cuadrado para determinar asociación.

## **1.9. Justificación e Importancia de la Investigación**

La atención domiciliaria del parto es muy frecuente en América Latina (55%) y en la Región Andina con mayor razón por las condiciones

sociodemográficas de los pobladores de esta parte del Perú, y está arraigada a ciertas costumbres y creencias. La mujer andina se enfrenta a numerosas barreras que la separan de los servicios sanitarios, de los cuales no se tiene conocimiento adecuado y en otros casos se tiene pleno desconocimiento.

Una de las características del Perú es poseer una diversidad étnica lingüística significativa lo que configura una nación pluriétnica y pluricultural. La participación de las comadronas comunitarias en el parto es una práctica ancestral por lo que es primordial la realización de la presente investigación.<sup>(5)</sup>

La atención del parto culturalmente adecuado involucra a la madre y al recién nacido, pretende incorporar en su práctica, no solo las características de atención en libre posición si no también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de las comunidades, pueblos, nacionalidades indígenas y la atención institucional del parto, así como las demandas provenientes de diversos movimientos sociales que claman la atención del parto humanizado.

El conocimiento y las prácticas que aplica las comadronas son muy importantes ya que simplifican las resolución o prevalencia del problema, cada comunidad o pueblo posee su propia costumbres y prácticas, lo importante es identificar cuáles son buenas y cuales son nocivas para la salud ya que de esta forma se puede guiar a las comadronas sobre los riesgos o daños de prácticas erróneas.

La investigación es relevante desde el punto de vista social pues aborda un tema fuertemente social debido a que las prácticas del parto tienen origen ancestral que en esta parte del País se conserva en gran parte por lo que identificarlas, conocerlas y analizarlas servirá de base para mejorar las condiciones del parto en estas mujeres.

Científicamente tiene relevancia pues se aborda el tema científicamente siguiendo el método científico que será de utilidad para futuras investigaciones.

La relevancia teórica se determina porque la investigación contribuye en afianzar el conocimiento de un tema de interés pues se trata del nacimiento de un nuevo ser cuyas condiciones debe cumplir con los requisitos mínimos que garanticen su seguridad.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Peña M. (2014).** Conocimientos, costumbres y prácticas sobre embarazo parto, puerperio y atención al recién nacido que brinda las comadronas de las riberas del río Santiago del Cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas. Ecuador. El resultado de dicha investigación nos arrojó el nivel de escolaridad más prevalente de las comadronas que es el analfabetismo, el 29% de las comadronas tienen conocimiento sobre cómo atender un parto mientras que el 71% atienden los partos de manera empírica siendo un factor de riesgo materno fetal. Sin embargo, el 50% de las comadronas a pesar de ser analfabeta realizan su oficio adecuadamente, es de suma importancia que sepa leer y escribir para su mejor desenvolvimiento. Se concluye que, aún existen diversas creencias y costumbres sobre el embarazo, parto y puerperio, que determinan el parto extra hospitalario. <sup>(7)</sup>

**Pinto I. (2016).** Parto domiciliario, ¿una elección de futuro? España. Resultados: La mayoría de las mujeres que eligen parir en el hogar son adultas jóvenes con educación secundaria, con pareja, posición socioeconómica media, tanto primíparas como múltiparas. Los principales motivos por los que eligen parto domiciliario son debido a experiencias de partos previas vividas y por escapar del ambiente hospitalario. Las tasas de intervencionismo son mayores en el ámbito hospitalario (episiotomía, cesárea, etc.). Existe mayor riesgo de traumatismos perineales, así como mayores tasas de episiotomía y hemorragia postparto en el ámbito hospitalario. Las tasas de parto vaginal son mayores en el parto domiciliario. La incidencia de resultado perinatal es baja en ambos ámbitos, aunque las mujeres primíparas presentan más riesgo de resultados perinatales adversos. Los bebés nacidos en el ámbito hospitalario

presentan más riesgo de ser ingresados en la Unidad de Cuidados Neonatales. Conclusiones: La mayoría de los autores coincide en que los resultados de salud tanto maternos como perinatales son adecuados en el parto domiciliario. La mayoría de los partos ocurridos en el ámbito domiciliario son vaginales. Se sugiere investigar más acerca de este tema para que las parejas puedan estar más informadas sobre los riesgos y beneficios de parir en el hogar.<sup>(8)</sup>

**Rivas C. (2015).** Factores asociados al parto en domicilio de embarazadas y puérperas en Cantón las Marías, Izalco, Sonsonate, en el periodo comprendido de enero-junio del año 2015. El Salvador. Entre los principales resultados y conclusiones tenemos, las mujeres puérperas y primigestas de 15-25 años son las de mayor frecuencia, el 45.45% de la población analfabeta tiene antecedente de parto domiciliario, la edad que más se asocia a parto domiciliario es de 26-35 años, las mujeres secundigestas y multíparas se asocian con mayor frecuencia a parto domiciliario, el deseo de tener a su hijo en casa es el factor cultural que más influye en la decisión de parto domiciliario, la complicación post parto más frecuente es la muerte neonatal, el factor que con más frecuencia contribuye a la decisión de la no utilización de la casa de espera materna es el abandono del hogar. La educación a la población es una estrategia de prevención del parto domiciliario.<sup>(9)</sup>

**Villanueva L. (2014).** Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México. Resultados. El parto accidental no hospitalario es una condición que se presenta prácticamente en todos los países con variaciones en su frecuencia en relación inversa con el grado de desarrollo humano del país o microrregión. No obstante, existen patrones que se repiten entre los diferentes estudios publicados: mujeres pobres, con baja escolaridad, sin control prenatal, multíparas, con una gran distancia por recorrer entre el domicilio y el hospital o con fallas en el acceso

a un medio de transporte, así como deficiencias en el sistema de atención ambulatoria pre-hospitalaria. Conclusiones. La salud materna y sus desviaciones, como el parto fortuito, son indicadores sensibles del funcionamiento integral del sistema de salud en el que participan factores médicos, económicos y socio-culturales, lo que le convierte en un evento centinela excelente para evaluar el acceso y la calidad de la atención obstétrica en los servicios de salud.<sup>(10)</sup>

### 2.1.2. A nivel nacional

**Fernández J; Mayorga S.** Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madre de zona urbana y rural de San Jerónimo Cuzco. 2012. Resultados: La madre de zona rural: Que no sabe leer ( $p < 0,05$  OR=17,25) tiene 17 veces más posibilidad; que solamente habla quechua ( $p < 0,05$  OR=24,11) tiene 24 veces más probabilidad; que tiene más de cuatro hijos ( $p < 0,005$  OR=4,89) tiene 5 veces más probabilidad; que fue atendida por el partero ( $p < 0,05$  OR=13,22) tiene 13 veces más probabilidad; que considera peligroso tener parto en el hospital ( $p < 0,05$  OR=6,33) tiene 6 veces más probabilidad; que no ha recibido información sobre el parto ( $p < 0,05$  OR=8,31) tiene 8 veces más probabilidad de volver a tener un parto domiciliario que la madre de zona urbana. Conclusiones: La madre de la zona rural del distrito de San Jerónimo tiene 11,16 veces más probabilidad de volver a tener un parto en casa que la madre de zona urbana del mismo distrito, porque es más analfabeta, su único idioma es el quechua, por el elevado número de hijos que tiene, por la tradición que tiene de ser atendida por el partero, por el peligro que considera tener sus hijos en el hospital y por no recibir información adecuada acerca del parto.<sup>(11)</sup>

**Reyes, S. (2017).** Estoy acostumbrada al parto en mi casa vivencias de mujeres respecto al parto domiciliario en la sierra Liberteña. Resultados: Los hallazgos indican que el “ser” de la

mujer, se encuentra arraigada al mundo donde vive: es decir sus costumbres, cultura y creencias influyen sobre su “ser-en-el-mundo”, por el cual la mayoría de ellas a pesar que acuden a sus controles prenatales finalmente deciden dar a luz en la comodidad de su casa y sin ningún tipo de asistencia médica. En ese sentido aun el trabajo del personal de salud no hace los cambios respectivos para el tan ansiado parto institucional.<sup>(12)</sup>

### **2.1.3. A nivel Local**

**Garay I. (2014).** Parto domiciliario y complicaciones materno – perinatales en la provincia de Parinacochas – Coracora 2014. Resultados: Los partos domiciliarios ocurren con una frecuencia de 27.7% en la ciudad de Coracora en el 2014. Existen diferencias significativas de las complicaciones maternas entre los partos domiciliarios e institucionales siendo más frecuente en los partos domiciliarios. Las complicaciones maternas en los partos domiciliarios se presentan en el 19.7%. Las complicaciones maternas más frecuentes en orden de frecuencia son: Hemorragias, trabajo de parto prolongado, infecciones, desgarros, retención de restos placentarios y la muerte. Las complicaciones perinatales en los partos domiciliarios se presentan en el 8.5%. Las complicaciones perinatales más frecuentes en orden de frecuencia son: Circular de cordón, sufrimiento fetal agudo, muerte, y fractura de clavícula.<sup>(13)</sup>

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. EL PARTO EXTRA HOSPITALARIO**

Hasta no hace muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia.

Las primeras civilizaciones agregaron a este acontecimiento innumerables significados culturales que a través de las

generaciones han sufrido transformaciones, pero todavía se conmemora el nacimiento como uno de los hechos marcadores de la vida.

El oficio de las comadronas es una ocupación muy antigua. Su origen se remonta a los primeros estadios del hombre en la prehistoria. La profesión de las comadronas comenzó a instituirse como competencia de la medicina científica en el siglo XVIII desde esta fecha fue incluida en el equipo médico.

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres; por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado método de cuidados específico de la salud para este acontecimiento.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20% del total). Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, a la vez, significó la incorporación en Hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos. Pasaron a hacer largas colas, internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo madre-hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias para la lactancia materna.<sup>(14)</sup>

El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales.

El Equipo de Salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias. Se consideró conveniente “gobernar o dirigir” el parto, aún los normales, extendiendo prácticas hoy desaconsejadas, pero que en algunas instituciones se siguen realizando, como rasurado perivulvar/ perineal, enemas, venoclisis, episiotomías rutinarias y parto en posición horizontal.

El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc.) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales.

En resumen, se transformó el nacimiento en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominados y subordinados por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones. En la actualidad, estas situaciones aún se hacen evidentes en algunos centros asistenciales y especialmente, en las llamadas “mega maternidades”, aquellas que atienden más de 5.000 nacimientos al año.

En el mundo, desde hace varios años, comienzan a desarrollarse diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia.

A todas las mujeres de bajo riesgo se les debería ofrecer la posibilidad de considerar la opción del parto domiciliario, así como también informarlas de la calidad de las pruebas disponibles para guiar su elección.<sup>(15)</sup>

Así, tomando el referente de países como el Reino Unido y Holanda, en los que la práctica del parto en casa está totalmente respaldada por el gobierno, se constata que:

- **En Holanda**

- Se promueve el parto domiciliario para mujeres de bajo riesgo sin restringir la libertad de elección.
- Está cubierto por la sanidad pública.
- La sanidad pública subcontrata a los pequeños grupos locales de comadronas y lo cubre todo.
- El 28% de los partos son domiciliarios, y el 9% elige parir en una habitación alquilada con su comadrona. El resto de partos son en centros hospitalarios.

- **En el Reino Unido**

- Se ofrece elección libre del lugar del parto.
- Tanto el parto domiciliario como el hospitalario o en centros de nacimiento se incluyen dentro del Sistema Sanitario Público.
- Entre el 2% y el 3% de los partos son domiciliarios.
- El Servicio Nacional de Salud (NHS) tiene una agenda para ofrecer la libre elección del lugar del parto, ya que en la actualidad sólo se ofrece en pequeñas áreas.
- Las comadronas independientes atienden el parto en casa de forma privada.
- En las zonas donde se ofrece el parto en casa, está todo incluido en la sanidad pública.
- Se está promoviendo el parto en casa a través del gobierno y va en aumento. Según los últimos datos, un 3% de los nacimientos son en el hogar, en algunas regiones son menos del 1%, en otras llegan al 16%.

- **En Dinamarca**

- Se ofrece libertad de elección.
- El parto domiciliario se incluye dentro de la sanidad pública pero no se promueve.
- El 1% de los partos son domiciliarios.
- En la isla de Houd, el 90% de los partos son domiciliarios.

- **En la Comunidad Autónoma de las Illes Balears**

- Se ofrece libertad de elección, ofreciendo información adecuada de las diferentes opciones de parto, con las ventajas y los inconvenientes de cada opción, permitiendo a la mujer ser protagonista de la decisión del tipo y de la modalidad del parto que desea con el amplio asesoramiento que los profesionales sanitarios conocen y ofrecen.<sup>(16)</sup>
- Históricamente se han manifestado contradicciones entre el modelo médico occidental, enmarcado en una sociedad patriarcal, y las necesidades y expectativas de las mujeres en torno a la atención en salud. Esta contradicción se empieza a manifestar más claramente con la institucionalización del parto, cuando pasó de ser un evento natural, controlado por las mujeres en su ámbito doméstico, a ser un evento clínico, institucionalizado y de control exclusivo de los médicos.
- Cuando las mujeres optan conscientemente por asumir el proceso del parto bajo las condiciones que ellas establecen y bajo su dominio, desarrollando así autonomía, establecen resistencia ante la dominación médica y luchan de alguna manera por rescatar el dominio de la gestación y el parto como procesos propios. Además, es una forma de demostrar rebeldía y plantear alternativas ante el autoritarismo manifiesto.
- Las dificultades de comunicación entre el personal de salud y las usuarias gestantes, limitan la solución adecuada a la demanda e

incluso ponen en riesgo la vida misma. La expresión práctica de esto se encuentra en la incapacidad para escuchar y valorar adecuadamente las afirmaciones de las mujeres y sus motivos de consulta. Incluso las mujeres tienden a subvalorar lo que están sintiendo cuando no coinciden con las indicaciones que le han dado quienes detentan el conocimiento. Lo anterior tiene raíz en la prevalencia de concepciones y creencias sexistas que se reflejan en las actitudes, comportamientos y decisiones médicas.

Es evidente que en el modelo médico actual no se ha logrado pasos importantes en la discusión de la perspectiva de género tan importante para cualificar la atención en salud tanto de hombres como mujeres.

Cuando las mujeres expresan ser objeto de prácticas médicas no consultadas o no compartidas (cesáreas, por ejemplo), se está evidenciando la imposibilidad de concertar y ser partícipe activo en las decisiones que le atañen.<sup>(17)</sup>

Aún falta mucho camino por recorrer para garantizar el derecho a una atención médica humanizada. Este es uno de los aspectos más relevantes desde la percepción de la población estudiada. Los malos tratos y la falta de respeto a su intimidad son argumentos coherentes con la reivindicación de derechos. La discriminación por diferencias culturales y de clase también se constituye en barrera de acceso. Se está desconociendo el derecho a servicios y programas integrales de salud que respondan a sus necesidades sin ningún tipo de discriminación. Los derechos sexuales y reproductivos son aún inaccesibles a la gran mayoría de las personas y se encuentran desintegrados de los sistemas de salud.

Las condiciones socioeconómicas como factor condicionante del parto domiciliario, las privaciones y las múltiples dificultades que acarrear en la vida cotidiana la pobreza y las deficientes

condiciones de vida. En particular, el acceso a los servicios de salud está determinado, en buena medida por la capacidad de acceder al mercado.

El actual sistema de salud, basado en el aseguramiento, ha pretendido ampliar la cobertura y universalizar la atención. Sin embargo, su incipiente desarrollo ha llevado a profundizar las barreras de acceso económico para la población de escasos recursos que aún no ha sido cubierta por el sistema. La exclusión social se manifiesta en varios aspectos que al complementarse plantean un panorama en el que las mujeres se ven limitadas para acceder a los servicios de salud: el factor económico, expresado por la carencia de dinero para cubrir los costos de la atención; el acceso geográfico, los problemas de transporte y la inseguridad de los barrios alejados; el aislamiento y la ausencia de redes sociales. Se evidencia entonces el parto domiciliario como un problema de inequidad en el acceso a los servicios de salud para las gestantes.

Cuando las mujeres establecen comparación entre las condiciones de atención que brinda un hospital público en Perú, y lo que reciben en la casa, son evidentes las ventajas, desde el punto de vista del bienestar, la comodidad y tranquilidad que es proporcionada en el hogar. Las parteras, parteros y familias reproducen las prácticas tradicionales tanto durante el trabajo de parto como en el parto. Estas son reconocidas como eficaces y valoradas entre las condiciones de bienestar que proporciona el hogar.

Existe un factor psicológico presente en el trabajo de parto y el parto que juega un papel fundamental en el desempeño del evento. Cuando las condiciones son adversas para la mujer, siente temor y no se encuentra a gusto en un ambiente determinado, esto se convierte fácilmente en un riesgo que puede ocasionar problemas. En varias partes del mundo se

viene cuestionando que el parto en el hospital sea necesariamente más seguro que en la casa en condiciones adecuadas.<sup>(18)</sup>

Existen movimientos feministas que reivindican la posibilidad de elegir y demandan atención domiciliaria por parte del personal de salud. También luchan por la certificación de las parteras. Es así como se han realizado estudios en los cuales se demuestra que el parto domiciliario, atendido en condiciones adecuadas, es más seguro que el institucional.

Sin embargo, para poder afirmar que el parto es seguro en casa, es necesario tener en cuenta todas las condiciones que se requieren para disminuir el riesgo y atender una emergencia obstétrica en caso de presentarse.

Otro tema fundamental a tener en cuenta en la atención de la salud sexual y reproductiva, en la que deben integrarse aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, culturales y de derechos humanos, es la necesidad de que las personas integrantes del Equipo de Salud tengan una competencia tanto humana como técnica.

La aplicación de conocimientos y habilidades actualizados tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario. Los prestadores deben crear un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y la familia, aprovechando la oportunidad de la consulta para educar más allá de las preguntas expresadas.

Esto adquiere ribetes dramáticos cuando se trata de la atención de poblaciones aborígenes.

Los servicios de salud tienen un protagonismo ineludible en la transmisión de información para que las mujeres logren asumir

comportamientos preventivos, cruciales en la salud sexual y reproductiva.

Es esencial que se produzca un cambio hacia este tipo de modelo, ya que en general, hasta el momento, se ha priorizado un modelo asistencial curativo, médico dominante. Esta práctica tiende a fragmentar a la mujer según las especialidades que la atienden (ginecología, obstetricia, planificación familiar) o las áreas por donde circula para recibir dicha atención (ecografía, laboratorio, etc), operando negativamente en una visión integral y totalizadora de la salud reproductiva.<sup>(19)</sup>

Los servicios de salud públicos destinados a la atención de los sectores de menores recursos se encuentran afectados por la crisis económica que afecta a nuestro país. Esto produce la contracción del gasto en salud que se refleja en el progresivo deterioro de los servicios, acentuando su incapacidad de dar respuesta a la creciente demanda de sus habitantes. Estos conceptos se encuentran enfatizados y resumidos en los 10 Principios de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal, 2001, que deben aplicarse en el cuidado del embarazo y parto normal.

### **10 Principios de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal <sup>(20)</sup>**

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.

3. Ser basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, científicos sociales, etc.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

La “Iniciativa para mejores nacimientos” de Sudáfrica, tiene propósitos similares a los enunciados por la OMS pero incorpora otros aspectos que la complementan:

< Humanitarismo: las mujeres deben ser tratadas con respeto.

< Evidencia: la atención ofrecida se debe basar en la mejor evidencia disponible.

< Compromiso: los proveedores de salud deben comprometerse a mejorar la atención ofrecida.

< Acción: estrategias efectivas para modificar las prácticas actuales.

Entre las estrategias que propone para ayudar a modificar la práctica de atención médica general y para el nacimiento se citan:

< Capacitación de todo el personal.

- < Auditoría y acreditación de los centros de atención.
- < Participación del consumidor de los servicios.
- < Búsqueda de una segunda opinión.
- < Participación de profesionales destacados en el proceso de cambio de prácticas.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) dependiente de la OPS/OMS, publica en el año 2003 el siguiente Decálogo que apoya los conceptos vertidos precedentemente y también incorpora otros aspectos que los completan, haciendo un llamado para que se transformen en Metas para la región de América y el Caribe.<sup>(21)</sup>

**DECÁLOGO CLAP OPS/OMS: Metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe**

1. Conocer la epidemiología de nuestra realidad para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios.
2. Que toda mujer de la región pueda alcanzar su salud reproductiva.
3. Que las prácticas utilizadas en la atención sean basadas en la mejor evidencia disponible.
4. El trato brindado debe ser humanitario y centrado en la familia receptora.
5. El resultado de nuestra atención debe basarse no sólo en los aspectos físicos, sino también emocionales y sociales.
6. Que la mujer esté involucrada en sus cuidados y en el proceso de la atención.
7. Que las tecnologías sean evaluadas antes de ser introducidas en la práctica clínica.
8. Que la región investigue en forma mancomunada la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios.
9. Exigir que los profesionales de la salud cuenten con un sistema de certificación periódica por organismos de pares.

10. Todas las mujeres deben recibir calidad de la atención igualitaria.<sup>(22)</sup>

### **Criterios para el parto domiciliario**

Para acoger la petición de acompañamiento de parto en casa es necesario que:

- El plan de nacimiento sea establecido antes de las 28 semanas de gestación. A partir de esta fecha será cada profesional quien valorará la conveniencia, o no, de atender a las embarazadas que lo decidan posteriormente.
- Es recomendable realizar un mínimo de cuatro visitas clínicas antes de la asistencia al parto, una de ellas se hará en el propio domicilio de la gestante.
- Las mujeres aportarán todos los controles ecográficos y analíticos y otras pruebas complementarias necesarias que se hayan efectuado.
- La gestación será de un sólo bebé y en presentación cefálica.
- El parto se asistirá en el domicilio cuando suceda entre la semana 37 y 42 de gestación.
- Es necesario que los criterios de normalidad se mantengan durante todo el proceso, es decir, que el embarazo sea de bajo riesgo. Cualquier desviación será valorada particularmente y atendida según se requiera, y se derivará a la embarazada en los casos oportunos.
- La elección de parir en casa tiene que ser una decisión informada y libre de la mujer.

Nunca se la ha de convencer ni debe imponerse. Es crucial que la responsabilidad de la mujer y de su pareja en la elección de parir en casa quede establecida y asumida desde el principio.

- La gestante y su pareja, si la hay, complementarán la historia clínica. Este documento será confidencial y quedará archivado y custodiado por la profesional.

## Valoración del domicilio

### Objetivos

- Confirmar que el domicilio reúne las condiciones adecuadas y los medios personales y materiales para que tenga lugar el parto en casa.
- Propiciar un ambiente de confianza e intimidad para la mujer, así como también para la pareja, los acompañantes y las comadronas.

### Recomendaciones: actuación y cuidados

- Valorar el domicilio (condiciones de higiene, temperatura, acceso...), comprobar el material necesario para el parto, que ellos han de disponer.
- Conocer a las personas que la embarazada y/o su pareja han elegido para que los acompañen y los ayuden en el nacimiento de su criatura. Conocer cómo se sienten para apoyarlos.
- Dar a conocer las expectativas, las tareas, la ayuda y el apoyo que la embarazada y su pareja esperan de cada acompañante.
- Realizar el seguimiento del embarazo. Exploración física, con un tacto vaginal para valorar las condiciones cervicales iniciales.
- Obtener la firma del consentimiento informado para la atención al parto en casa.
- Comprobar que todos los informes clínicos, los documentos y los enseres personales y de la criatura estén preparados en caso de que el traslado a un hospital fuese necesario.

La visita al domicilio se realiza antes de la 37 semana de gestación. Se aconseja que en esta visita estén presentes todas las personas que les acompañarán. Previamente a esta visita nos habrán facilitado un mapa del lugar, con las indicaciones necesarias para acceder a su domicilio.

Se asignarán tareas a cada acompañante según las necesidades de la pareja. Es recomendable la presencia de una acompañante como mínimo que asegure un apoyo y que tenga disponible un coche en caso de

traslado. Esta persona conocerá el camino para llegar al hospital y la entrada al servicio de urgencias obstétricas.<sup>(23)</sup>

La gestación, el parto y el puerperio son una de las experiencias humanas más importantes, con un fuerte potencial positivo y enriquecedor para todos los que participan. El embarazo y el parto son acontecimientos sociales que integran la experiencia reproductiva de hombres y mujeres. Es un proceso individual, una experiencia especial en el universo de la mujer y su pareja, que también involucra a sus familias y a la comunidad.

El parto es una función de la mujer, mediante el cual los productos de la concepción (feto, líquido amniótico, placenta y membranas), son desplazados y expulsados del útero de manera fisiológica o mecánica.

Es un proceso natural al que la mujer está sometida desde su existencia. Un momento de transición, en el que el cuerpo de la madre se prepara fisiológicamente durante el embarazo, para la expulsión del fruto de la concepción.

Se trata de un evento cultural que se inició con la existencia de la propia mujer, que se percibe como una purga en la mujer, que se describe en el Libro Bíblico del Génesis, cuando Eva, la primera mujer, conoció el pecado y escuchó de Dios, que iba a tener hijos por medio de dolores de parto.

Con base en el conocimiento empírico, durante siglos el parto vaginal fue considerado un evento familiar, donde el acontecimiento era vivido por la familia, y el proceso de parto era llevado a cabo por las parteras, mujeres con una vida normal y conocimiento de la sociedad por su experiencia.

Las acciones de humanización de la asistencia a la mujer en el proceso de parto tienden a una atención hacia la mujer y su familia en su unicidad, con necesidades específicas que van más allá de los aspectos biológicos y abarcan las circunstancias sociales, éticas, educativas y psicológicas presentes en las relaciones humanas.

Desde esta perspectiva, los aspectos emocionales del embarazo, el parto y puerperio son reconocidos ampliamente, creemos que la interacción de

las mujeres embarazadas con los profesionales de la salud, especialmente con la obstetra es esencial para ayudar a la parturienta permitiendo el proceso natural del parto.

En la actualidad, hay una discusión en obstetricia acerca del retorno al parto domiciliario planeado, como instrumento relevante en la promoción y la humanización de la asistencia al parto y nacimiento.<sup>(24)</sup>

### **Parto domiciliario como una medida para promover la calidad y seguridad para las parturientas y el recién nacido**

La humanización de la asistencia prestada es condición esencial para que las acciones de salud se traduzcan en la resolución de los problemas identificados, en la satisfacción de las usuarias, en el fortalecimiento de las mujeres frente a la identificación de sus demandas, el empoderamiento de sus derechos buscando el auto-cuidado, la promoción y mejora en la calidad de vida - materna y neonatal.

Las prácticas de obstetricia, al desplegar sus prácticas en los servicios de salud, en la búsqueda de la humanización recomendada por la Organización Mundial de la Salud, pone a disposición de las mujeres embarazadas el conocimiento profesional específico y cualificado, que se caracteriza por ser esencialmente relacional y deriva de un conocimiento estructurado en el servicio de enfermería.

Este conocimiento se aplica en sentido transversal, integrando saber popular y de varias disciplinas en la construcción de la atención. Por tener como herramientas básicas los cuerpos, que proporciona comodidad y autonomía al alentar a las mujeres a reconocer y desarrollar sus propias habilidades. Basándose en evidencias científicas, las obstetricas comenzaron a utilizar técnicas que se consideran favorables para la evolución fisiológica del trabajo de parto y prácticas no farmacológicas en el alivio del dolor.

Durante el parto, la mujer debe sentirse apoyado y segura, con el fin de minimizar los miedos y ansiedades. La valorización en las relaciones interpersonales y la confianza en el profesional que asiste a la parturienta

promueve una sensación de seguridad a través de la atención recibida, por lo tanto, al sentirse cuidada en este momento la madre tendrá la sensación de que su hijo será bien cuidado.

La humanización de la atención del parto requiere, sobre todo, en lo que respecta a la ejecución de los aspectos biopsicosocioespirituales de la madre, acoger también a su familia como forma de ofrecer apoyo emocional durante el proceso que se vive, y permitir su comodidad y bienestar.<sup>(25)</sup>

### **2.2.2. FACTORES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DEL PARTO A DOMICILIO**

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que, a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes:

- Factores personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.
- Entre los factores institucionales más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.<sup>(26)</sup>

### **2.2.3. CLASES DE COMADRONA**

#### **COMADRONA EMPÍRICA**

Partera tradicional Empírica es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales.

#### **PARTERA TRADICIONAL**

Es el recurso tradicional reconocido y utilizado por la comunidad como consejero en circunstancia de la gestación, para la atención del parto limpio y la ejecución de actividades de promoción de salud.

#### **COMADRONA CAPACITADA**

Es aquella persona de la comunidad que después de haber sido capacitada recibe la autorización del ministerio de salud pública para brindar la debida atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio.

#### **PERFIL DE LAS COMADRONAS**

Las comadronas o parteras tradicionales son mujeres que se dedican atender parto mayoritariamente en comunidades lejanas y aislada en donde los servicios de salud no llegan, sin embargo, se las puede encontrar en área marginales de la ciudad. Muchas de esas mujeres han comenzado con el oficio de comadrona debido a la necesidad que se presenta en el momento de asistir a un parto, después de unos años de trabajar empíricamente atendiendo parto la mayoría de las comadronas toman los cursos que proporciona el Ministerio de Salud Pública para poder dedicarse a la atención de parto.

#### **CARACTERÍSTICAS DE LAS COMADRONAS**

Las parteras son personas de la comunidad que se encarga de velar por la salud de las mujeres embarazadas y de los niños, son

personas que han acumulado la mayor experiencia en el tema del embarazo, parto y cuidado del recién nacido de forma empírica.

#### FUNCIÓN DE LAS COMADRONAS

**ASISTENCIAL:** Proporciona los cuidados pertinentes en situaciones de normalidad detectando las posibles alteraciones y colaboraciones con el equipo de salud.

**EDUCATIVA:** Ofrece una educación sanitaria a la mujer y familia.

**INVESTIGADORA:** Desarrolla y colabora en el trabajo de la investigación en caminado a la mejora de la actividad profesional.<sup>(27)</sup>

#### COSTUMBRES DEL EMBARAZO

En el embarazo la mayoría de las mujeres permiten que las parteras puedan determinen la posición del bebé en el útero y a menudo intentan voltear a un bebé que está en otra posición que no sea longitudinal. Es una costumbre que las parteras traten los problemas durante el embarazo con hierbas.

La mayoría de las mujeres embarazadas pasarán por el embarazo sin problemas, después de recibir tratamiento con hierbas. Además, las parteras educan y se informa sobre la alimentación, la situación familiar y de pareja, a qué se dedica, su cultura, sus creencias, sus miedos, sus fantasías, sus inquietudes, sus expectativas, el estado anímico, su personalidad; como partes fundamentales del bienestar y aspectos para tener en cuenta la prevención y complicaciones o alteraciones en la gestación, en el nacimiento y en la crianza.

Las mujeres prefieren que se realicen visitas prenatales en un ambiente de intimidad, respeto y así la partera escucha y proporciona confianza y seguridad, proporciona información actualizada, precisa y completa sobre las rutinas, las prácticas en obstetricia, los estudios solicitados, los hábitos, tratamientos alternativos; para que, de esta manera, la mujer decida sobre su

propio cuerpo y su hijo. Las madres y padres comienzan a ejercer su paternidad en forma responsable antes de que el niño nazca.

#### ACOMPañAMIENTO DURANTE EL PARTO

La salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrarse al cuidado del cuerpo y de la protección del espíritu y del riesgo emocional. Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra al saber tradicional de la comunidad.<sup>(28)</sup>

#### 2.2.4. POSICIONES DEL PARTO

##### POSICIÓN CUCLILLAS

Facilita la bajada del bebe y hace que nazca de manera rápida ya que la mujer cuenta con ayuda adicional de la fuerza de gravedad.

Ventaja

Puede requerir menos pujo

Se encuentra con la fuerza de gravedad a favor

La pelvis se abre más que en otra posición

Facilita la salida del bebe

##### POSICIÓN DE RODILLAS

En esta posición la gestante adopta una postura cada vez más inclinada según como avanza el parto. Para facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

##### POSICIÓN SEMI SENTADAS

La paciente se apoya sobre la almohada o sobre su acompañante esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Ventajas:

Aprovecha la gravedad.

Buena posición para descansar.

Permite realizar examen vaginal.

La inclinación de la pélvica permite una mayor apertura de la salida de la pelvis.

#### POSICIÓN SENTADA

Parir en posición sentada facilita el descenso del bebe por el canal de parto. En algunos casos ayuda acelerar las contracciones del trabajo de parto.

Ventajas

Aprovecha la gravedad

Buena posición de descanso

Puede inclinarse para ayudar aliviar el dolor de espalda

#### POSICIÓN COGIDA DE LA SOGA

La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo, favorece al feto, ayuda la fuerza de gravedad avanza por el canal de parto suave y calmadamente.

#### CULTURA DEL ABRIGO/ VESTIMENTA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO.

Un elemento importante en la medicina ancestral de las comunidades indígena, chachi, aplicado en la atención del parto y cuidado del embarazo, es el principio humeral. Este principio sostiene que la salud de las personas depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos los que está expuesto.

También prefiere que la mujer no se enfríe la matriz se dificulte el parto donde la hace vestir con media gruesa y dos colchas gruesas.

#### ENTREGA DE LA PLACENTA

En las cosmovisiones andinas existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido se puede entender la importancia de los ritos asociada al entierro de la placenta. En algunas comunidades se la envuelve en ropa de varón si es niño, o en ropa de mujer si

es niña y además se la acompaña con sebo, ají, sal, azúcar para que la guagua sea de buen carácter.<sup>(29)</sup>

#### **2.2.5. NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO**

- Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.
- Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.
- Evalúe a la paciente, realice el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma.
- Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y haga conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto.
- Escuche atentamente y responda las inquietudes de la paciente.
- Permita que la partera/o, su acompañante intervenga en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.
- Asegúrese de la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.
- No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.
- Permita que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño.
- Cumpla el protocolo de atención del parto culturalmente adecuado.
- Debe promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.

- Educar sobre Planificación Familiar con la participación de la pareja/partera cuando exista rechazo de parte de la pareja.
- Informar en el alta sobre los signos de alarma del puerperio.
- Recomiende lavado de manos y uñas cortas de la madre antes de la lactancia a fin de evitar enfermedades diarreicas en el infante.
- Indique a la paciente que debe acudir al control postparto.<sup>(30)</sup>

#### **2.2.6. VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO**

En un estudio realizado con 336 mujeres que habían parido previamente en casa y en hospitales, Gordon y Elias-Jones demostraron que un 80% de ellas preferían el parto domiciliario. Las ventajas del parto en casa (ambiente habitual y relajado, hallarse en el seno de la familia, lazo entre madre y recién nacido, más fácil de realizar, médico y/o comadrona conocidos que proporcionan una atención individualizada, ausencia de gérmenes hospitalarios y reducción del costo) se ven contrarrestadas por el miedo ante las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o el feto; también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante estos riesgos no son ilimitadas.

Es cierto que muchas complicaciones (diabetes, presentación de nalgas, etc.) pueden y deben ser detectadas antes del parto; sin embargo, la hemorragia intraparto prevista (por placenta previa, abruptio, etc), o la hemorragia postparto por atonía, pueden ser lo suficientemente importantes como para amenazar la vida de la madre (también se diagnostican y tratan a domicilio).

Los riesgos para el feto son incluso mayores: al menos un 20% de la mortalidad perinatal ocurre en la población de bajo riesgo y no son aparentes antes del parto (prolapso del cordón, sufrimiento fetal agudo, etc.). Se controlan tanto en hospital como a domicilio. Los oponentes al parto domiciliario creen que todos los partos son,

en algún grado, de alto riesgo, lo cual es falso. Estas consideraciones previas no impiden que las razones dadas por las madres para preferir el parto domiciliario sean válidas.

En la atención al parto en hospitales se suele recurrir a una serie de medicaciones (oxitócicos, sedantes, etc.), maniobras (monitorización, amniorrexis artificial, etc.), posiciones artificiales de la madre (decúbito supino) y otras intervenciones (episiotomía, cesárea en primíparas con presentación de nalgas, etc.) que dificultan la natural evolución del proceso (Gervas 1994). Algunas de estas intervenciones son necesarias para corregir o evitar complicaciones que se producen en partos patológicos; sin embargo, éstos no sobrepasan el 15% del total. Lamentablemente se han generalizado y se emplean también en los partos normales, donde son innecesarias y muchas veces perjudiciales, además de aumentar el costo.

En cambio, en el parto en casa se adopta la postura de normalidad y se ve como un hecho fisiológico.

Repercusión del tipo de asistencia en la morbilidad materna y perinatal.

El aumento progresivo que se ha observado durante este siglo en la obstetricia hospitalaria a expensas de la asistencia domiciliaria se ha acompañado de un descenso de la morbilidad materna perinatal y neonatal. Entre estos hechos parece existir una relación causal porque participan también y sin lugar a dudas, otros factores como un mejor estado sanitario de la población, una mejor asistencia prenatal a las embarazadas, los progresos de la medicina, las mejores posibilidades de transporte, etc.

Varios hechos confunden la comparación de la mortalidad perinatal y neonatal de partos domiciliarios y hospitalarios: a) los hospitales son los lugares escogidos para los partos de alto riesgo; b) al menos un 10% de las mujeres que han escogido parir en casa han de ser trasladadas al hospital por una complicación inesperada; c)

es más difícil recoger la totalidad de muertes del recién nacido en el medio domiciliario que en el hospitalario d) Nivel socioeconómico y cultural es distinto en ambos grupos.<sup>(31)</sup>

## HUMANIZACIÓN DEL PARTO

Resaltar el significado de humanitario hoy en día bastante confundido ya que hay gente que pretende hacer guerras humanitarias.

Hay ciertas prioridades en el proceso del nacimiento que deben ser mantenidas: la primera es una madre viva y sana, la segunda un niño vivo y sano y la tercera, una experiencia provechosa psicológicamente para los padres y el recién nacido. La necesidad de preservar la asepsia, de utilizar métodos de control, las medicaciones e intervenciones habituales ha hecho del parto, en el medio hospitalario, un acto quirúrgico muy tecnificado y deshumanizado. Debido a esta deshumanización e impersonalización de la asistencia están reapareciendo procedimientos que parecían olvidados (parto en el agua, maridos-comadrones, etc.).

La deambulación durante la dilatación, la presencia del marido, los pujos naturales y la posición semisentada durante el expulsivo son aspectos beneficiosos del parto natural (aquél que se efectúa gracias a las fuerzas naturales y según unas técnicas adquiridas de forma intuitiva y transmitidas de una generación a otra) que la obstetricia moderna ha de incorporar. Por los mismos motivos han surgido en América durante los años setenta los llamados "alternative birth rooms" (cuartos alternativos de nacimiento), habitaciones hospitalarias decoradas con buen gusto donde las mujeres de bajo riesgo pueden parir en la cama con los familiares presentes y tan sólo a unos segundos de un paritorio convencional donde podría resolverse una emergencia.

Junceda-Avelló resume en una frase la evolución que ha seguido y ha de seguir la filosofía de la asistencia al parto: al viejo lema de

"paciencia y pasividad" debe contraponerse en la actualidad el de "ciencia y actividad", que no quiere decir "impaciencia e intervencionismo".<sup>(32)</sup>

### **2.2.7. ADECUACIÓN ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y TRADICIONAL**

La adecuación cultural se refiere a la necesidad de que el sistema biomédico y su personal de salud se adecue a la cultura de la población; mientras que la interculturalidad como tal, plantea un diálogo abierto entre las personas o los sistemas que se identifican con una u otra cultura médica.

La humanización de la atención en salud es un complemento al enfoque de interculturalidad, ya que pone en el centro la ética y el respeto a la dignidad humana.

#### **EL ACOMPAÑAMIENTO**

Según la evidencia médica de la medicina occidental la presencia de una persona relacionada afectivamente, constituye un apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y, por lo tanto, nacen niños en mejores condiciones.

De modo que el concepto actual de la atención durante el trabajo de parto no sólo implica la vigilancia clínica, sino que tiene en cuenta a igual nivel los aspectos psicoafectivos relacionados con la maternidad. De esta manera el acompañante en las salas de preparto y parto se transforma en un complemento de la calidad de atención a brindar.

En la cultura Aymara o quechua es bastante común que los hombres, aparte de alentar a su pareja, se ocupen de darle mates, de friccionarle la barriga o la espalda, de abrazarle debajo de los brazos desde atrás y, especialmente en la última etapa, le agarren de su cabeza. Cuando hay otra persona de confianza presente, la parturienta querrá probablemente el mismo tipo de ayuda. Esto no

hay porqué cambiar cuando la atención es en servicio; son procedimientos que no hacen ningún daño y más bien favorecen el bienestar de la mujer y por tanto, el proceso del parto.<sup>(33)</sup>

### **EL RESPETO A LOS SENTIMIENTOS DE PUDOR**

Las mujeres experimentan mucha incomodidad con las intervenciones practicadas en los establecimientos de salud durante el trabajo de parto y parto sobre sus órganos genitales, especialmente si es el primer parto, ya que no están familiarizadas con aquello. En domicilio la mujer no se descubre en ningún momento y las parteras que tocan los genitales de la mujer son una excepción, ya que conocen los sentimientos de pudor de las mujeres.

El modelo occidental mantiene la idea de la importancia del tacto, pero reconoce que es incómodo para las mujeres y que hay que limitarse al máximo.

Se deben evitar los tactos innecesarios, especialmente tras la rotura de la bolsa amniótica. La OMS aconseja realizar los tactos cada cuatro horas o antes, si la gestante tiene sensación de pujo.

### **LA LIBRE ELECCIÓN DE LA POSICIÓN PARA DAR A LUZ**

La medicina occidental conserva la posición supina u horizontal como preferente en el momento del parto; sin embargo, la OMS recomienda hoy en día que se desaconseje la posición horizontal o ginecológica.

La mujer que está con trabajo de parto debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o caminar, adoptar la postura que ella prefiera.

En la posición supina u horizontal, el canal del parto se a largo y estrecha y el coxis se dirige hacia lo alto, convirtiéndose en una vía de paso más angosta para el bebé y, además, cuesta arriba.

Según la OMS, la mujer debe tener la libertad de dilatar y dar a luz en la postura que más le convenga: en cuclillas, sentada en una silla obstétrica, a cuatro patas, de lado, colgada de alguien, de pie, semisentada: inclusive, se debe respetar cuando quiera estar echada, pero se debe informar sobre las ventajas de una u otra postura. Las posiciones más comunes son:

Supina o acostada boca arriba: Puede resultar más fácil para el personal médico que atiende, pero no suele ser de preferencia por parte de la mayoría de las mujeres. Puede causar que el útero presione sobre la vena cava inferior, disminuyendo el suministro de sangre a la placenta y que presione el diafragma, dificultando la respiración. La posición supina puede ser más cómoda al colocar una almohada debajo de las rodillas para doblarlas suavemente, o en una posición semiinclinada con la cabeza y hombros elevados, descansando sobre varias almohadas.

Lateral o de costado: Quita presión del periné y mantiene el peso del útero alejado de la vena cava, maximizando el flujo de sangre hacia el útero y su bebé. El acompañante puede sostener la parte superior de la pierna para ensanchar la salida pélvica y dar soporte al peso del bebé.

Sobre las manos y rodillas: Puede aliviar el dolor de espalda y brindar al bebé mal posicionado la oportunidad de voltearse. Puede ayudar a las mujeres con desgarros anteriores o aquellas que quieren evitar la episiotomía, debido a que la cabeza del bebé presiona menos directamente sobre el periné. Puede ayudar al bebé que parece estresado, porque minimiza el flujo sanguíneo hacia el útero y la placenta.

Posiciones verticales: En posición vertical la vagina se amplía y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la producción interna de oxitocina y por tanto, la dilatación.

La posición vertical acorta y amplía el canal del parto, permite que las articulaciones de la cadera se abran más para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad le ayude en su descenso. Asimismo, se evitan infecciones debido a que si se rompen las membranas los líquidos fluyen, se facilita la oxigenación porque la aorta está menos comprimida. Hay menos posibilidades de hemorragia porque la vena cava está menos presionada. Las contracciones aumentan, lo cual significa que el parto es más rápido.

De pie o caminando: Ayuda a ensanchar la apertura pélvica y permite que la gravedad haga su trabajo presionando la cabeza del bebé contra el cuello. La parturienta puede apoyarse en la pared, en una persona que la acompañe o atienda, durante las contracciones.

En cuclillas: Abre la pelvis aún más para que el bebé tenga más espacio para moverse a través del canal de parto. Se puede utilizar la barra para agacharse o hacerse ayudar por dos personas para darle apoyo y mantener esta posición.

Sentada: Hace que el útero se mueva hacia delante, quitando presión del diafragma y mejorando la provisión de sangre a los músculos que la contraen.

En este caso es ideal contar con una silla de parto.

De rodillas: Permite mantener una posición erecta sin forzar la espalda, la parturienta se arrodilla sobre una almohada, reclinándose hacia delante contra la cama, silla o pared y descansa sus brazos y parte superior del cuerpo sobre o contra el punto de apoyo.<sup>(34)</sup>

## **APOYO PARA ALIVIAR EL DOLOR**

Casi todas las mujeres sienten dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma

diferente. La primera recomendación es que no se reprima la expresión del dolor: que se grite, se jadee, que se llore, etc.

El apoyo efectivo es primordial tanto del acompañante como del personal de salud; se debe fomentar una atención obstétrica respetuosa tomando en cuenta los aspectos emocionales, psicológicos y sociales.

El contacto en diversas formas puede aliviar el dolor. Una mano apoyada en un lugar doloroso, un gesto de confianza oportuno, una caricia en la cabeza o en la mejilla, un abrazo o masajes en las manos o en cualquier zona del cuerpo, todos estos gestos brindan mensajes de cuidado que alivian el dolor.

Por otra parte, la deambulaci3n tambi3n es un factor importante, ya que distrae de la incomodidad y libera la tensi3n en los m3sculos.<sup>(35)</sup>

### **Acompañamiento:**

Seg3n la Norma T3cnica se debe permitir el Ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podr3 involucrar a los Integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta.

El personal de salud informar3 al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.

Nuestro sistema sanitario precisa de espacios respetuosos con la mujer gestante y el proceso del parto, que eviten la medicalizaci3n excesiva del mismo, pero que a su vez ofrezcan garant3as de plena seguridad para la madre y el niño.

## **Dimensiones del parto domiciliario**

La objetivación y biologización de la gestante a la que se despoja de su dimensión social y cultural. Lo que lleva a describir todo el proceso reproductivo desde la biología, desde lo meramente fisiológico, sin tener en cuenta que este tiene un importante componente psicosocial y cultural. De modo que todo el proceso, “queda reducido a lo que sucede en los órganos reproductores y el cuerpo de las mujeres es fragmentado, adquiriendo toda la centralidad el útero, la maternidad está confinada en una naturalización no cuestionada porque, aunque desde la antropología se acepta que esta es una construcción cultural.

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que, a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes: factores personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente. Entre los factores institucionales más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.

La ocurrencia de partos domiciliarios se relaciona con la decisión de buscar o no atención médica, la cual se basa en muchos factores como el horario del servicio, tiempo de viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos o tratamientos y trato personal

que reciben los pacientes, también es apropiado decir que el parto domiciliario guarda relación con la confianza que tienen las mujeres con el proveedor de salud y la planeación del último hijo (intención, aceptación y deseo).

La importancia de la continuidad del personal de salud durante la atención del parto, podría explicarse por la sensación de «abandono» que muchas mujeres refieren después de la atención de parto en alguna institución de salud, dado que se enfrentan a un ambiente desconocido, frente a personas extrañas a su entorno familiar y aisladas de su familia, en esas circunstancias, las mujeres esperan actitudes de apoyo y atención que el personal de salud no siempre les brinda en los diferentes ambientes hospitalarios.

En este sentido, la poca continuidad es entendida como el cambio frecuente del personal que tiene a su cargo la atención del parto y el poco tiempo que permanece con la gestante durante el trabajo de parto; de esta forma, la gestante, lejos de encontrar el ambiente cálido de la casa, la presencia de familiares, y la presencia constante de la partera durante la atención del parto, la gestante se enfrenta a un modelo institucionalizado del parto, en el cual es evaluada por distintos profesionales del equipo de salud y en diferentes momentos de la atención (emergencia, sala de dilatación, expulsivo, puerperio inmediato y hospitalización).<sup>(36)</sup>

Este hecho se evidencia mediante el relato de las madres: en el cual mencionan que es difícil acudir al puesto de salud porque se encuentra a horas de camino: y no hay ningún tipo de movilidad en el cual se puedan movilizar, además de esto temen a los “dolores”, pues estos son cada vez más intensos y ellas mencionan que tienen miedo de “soltar el hijo por el camino”. Asimismo, las madres que tienen más de un niño manifiestan que no han presentado complicaciones y sus “partos han sido normales”: y recalcan la posibilidad de acudir en un próximo embarazo.

Otra de las causas por las que no acuden al puesto de salud, es la vergüenza que sienten las madres, pues manifiestan que les “manosean a cada rato” y es por ello que esto conlleva a un parto domiciliario.<sup>36</sup>

### **2.3. Definición de términos Básicos**

- 1) **ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL:** Definición: El parto normal se define como aquel de comienzo espontáneo. De bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño sale en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego la madre y el niño están en buenas condiciones.
- 2) **GESTANTE CONTRALADA, CONTROL PRENATAL:** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbi-mortalidad materna y perinatal, con el fin de lograr un parto institucional.
- 3) **ATENCIÓN PRE-NATAL:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre se considera que todo embarazo es potencialmente en riesgo.
- 4) **ATENCIÓN A LA PUÉRPERA:** Atención que se otorga a la puérpera con el propósito de controlar la evolución de este periodo y detectar cuadros mórbidos relacionados con el parto o puerperio.
- 5) **CONTROL DE LA PUÉRPERA:** Son dos consultas después del alta. Es a los 7 y 30 días después del alta.
- 6) **ACOMPañAMIENTO:** Presencia de la persona elegida por la mujer durante todo el proceso de parto y nacimiento desde el ingreso en la maternidad hospitalaria (familiar, cónyuge, persona de confianza,...)
- 7) **DOULA:** Las doulas son mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante la gestación, parto y puerperio, ofreciendo soporte, tanto físico como emocional.

- 8) PARTO EN CASA: Un parto en casa es un parto en el que se prioriza el ambiente tranquilo y personal, lejos del ambiente hospitalario.
- 9) MITOS: Historia imaginaria que altera las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad.
- 10)GRADO DE INSTRUCCIÓN: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
- 11)COSTUMBRES. Formas de comportamiento particular que asume toda una comunidad y que la distinguen de otras comunidades en relación al parto.
- 12)RECURSOS ECONÓMICOS: Los recursos económicos son los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades.
- 13)ACCESO GEOGRÁFICO: Facilidad de acceder a un lugar, una persona.
- 14)ATENCIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DE SALUD: Vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad.
- 15)MIEDO Y DESCONFIANZA: Sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que ocurrirá un hecho contrario a lo que se desea.

## CAPITULO III

### PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

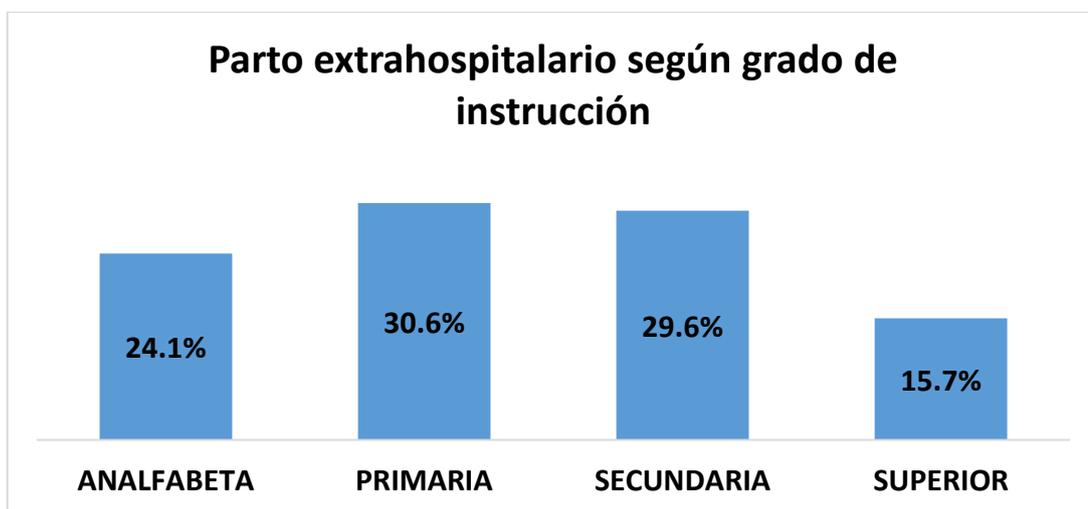
##### FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN LA DIMENSIÓN CULTURAL

TABLA N° 1  
GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	26	24.1%
PRIMARIA	33	30.6%
SECUNDARIA	32	29.6%
SUPERIOR	17	15.7%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario se produce alto grado sobre todo en las que tienen grado de instrucción primaria (30.6%), secundaria (29.6%) y analfabeta (24.1%).

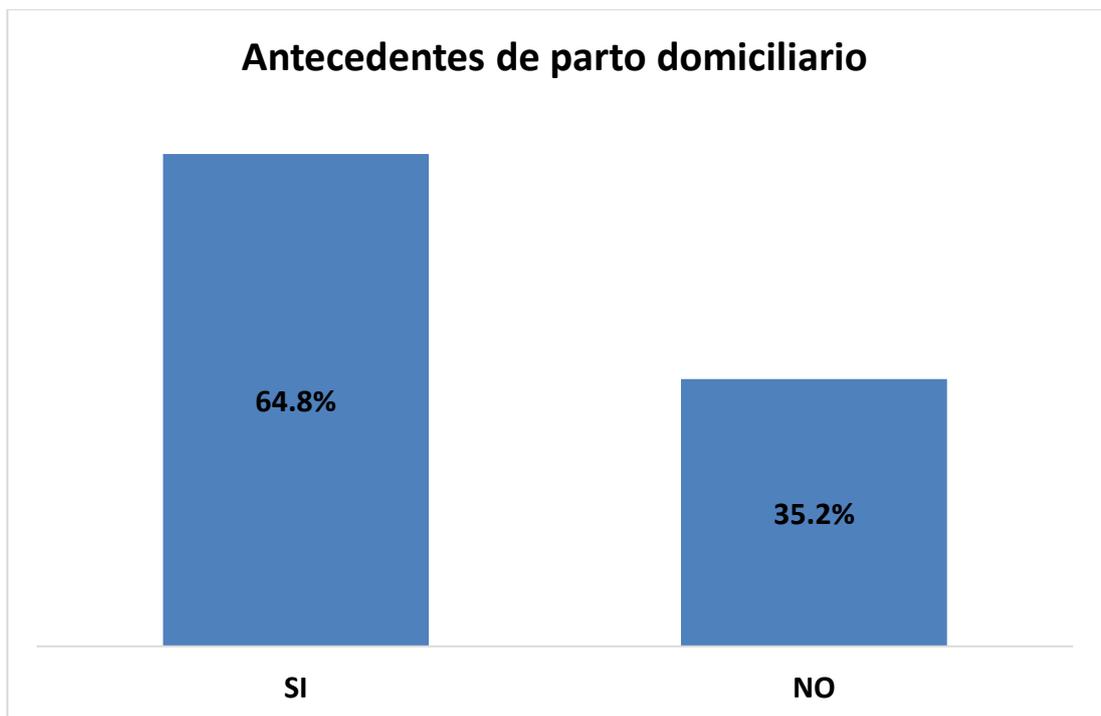
**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN  
LA DIMENSIÓN CULTURAL**

**TABLA N° 2  
ANTECEDENTES DE PARTO DOMICILIARIO**

Antecedentes de parto domiciliario	Frecuencia	Porcentaje
SI	70	64.8%
NO	38	35.2%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 2**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario es más frecuente en aquellas mujeres que tienen el antecedente de haber tenido partos extrahospitalarios anteriores (64.8%).

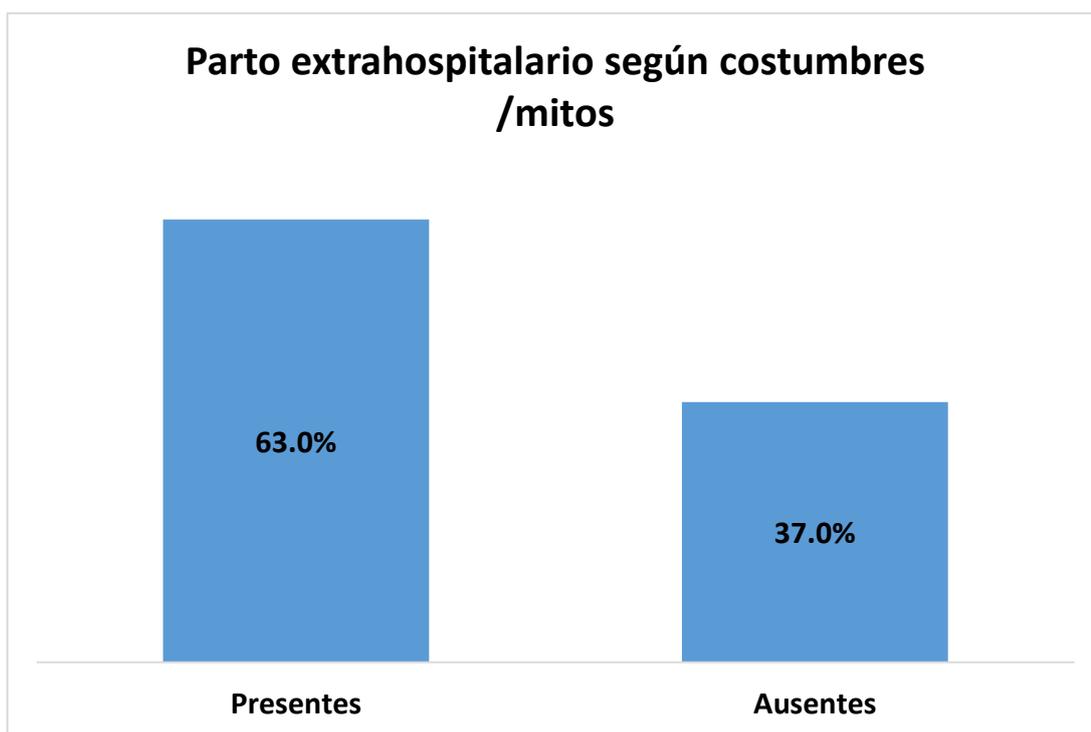
**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN  
LA DIMENSIÓN CULTURAL**

**TABLA N° 3  
COSTUMBRES/MITOS**

Costumbres/Mitos	Frecuencia	Porcentaje
Presentes	68	63.0%
Ausentes	40	37.0%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 3**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario es más frecuente en aquellas mujeres que tienen mitos y costumbres favorables al parto extrahospitalario 63%.

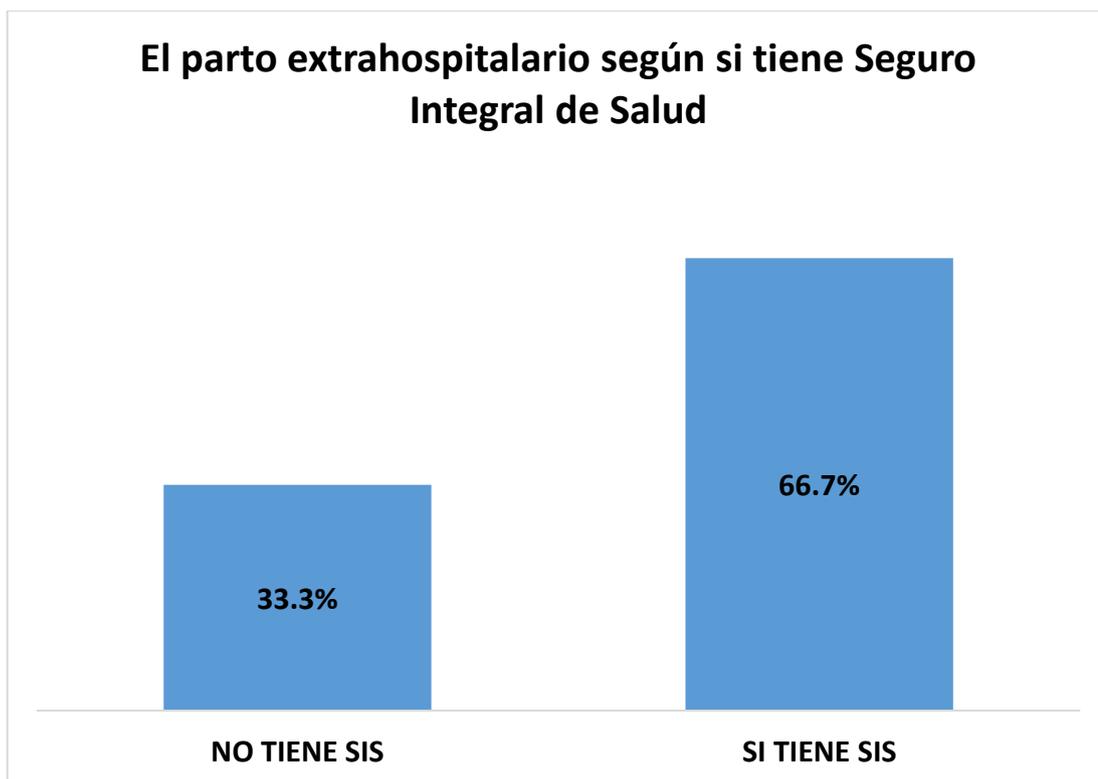
**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN LA  
DIMENSIÓN SOCIO-ECONÓMICA**

**TABLA N° 4  
FILIACIÓN AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

SIS	Frecuencia	Porcentaje
NO	36	33.3%
SI	72	66.7%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 4**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario es más frecuente en aquellas mujeres que tienen Seguro Integral de Salud pues la cobertura de este seguro en la zona de la Sierra es casi total 66.7%.

**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN LA  
DIMENSION SOCIO-ECONOMICA**

**TABLA N° 5  
MEDIOS ECONÓMICOS ASOCIADO AL PARTO EXTRA  
HOSPITALARIO**

Medios económicos	Frecuencia	Porcentaje
ESCASOS	46	42.6%
NORMAL	62	57.4%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 5**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario se produce en mujeres que tienen medios económico normales o acorde con la realidad 57.4%.

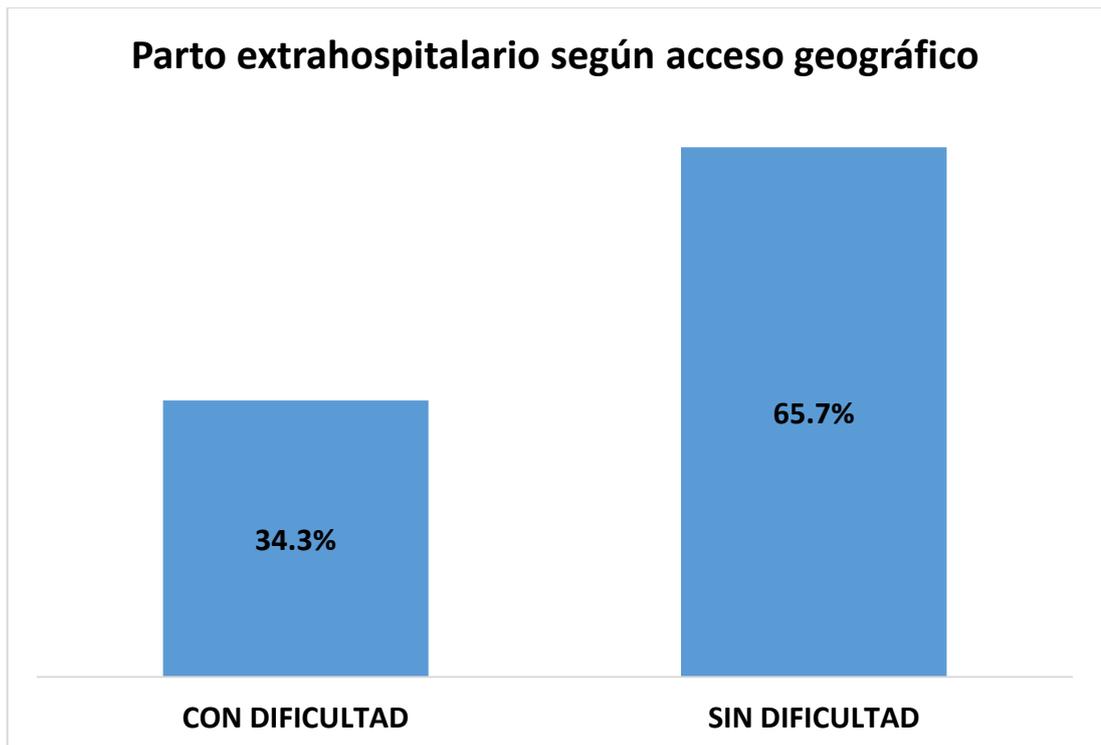
**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN LA  
DIMENSION SOCIO-ECONOMICA**

**TABLA N° 6  
ACCESO GEOGRÁFICO**

ACCESO GEOGRÁFICO	Frecuencia	Porcentaje
CON DIFICULTAD	37	34.3%
SIN DIFICULTAD	71	65.7%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 6**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario se produce en mujeres que no tienen dificultades en el acceso geográfico predominando en ellos otros motivos 65.7%.

**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN LA  
DIMENSIÓN SANITARIAS**

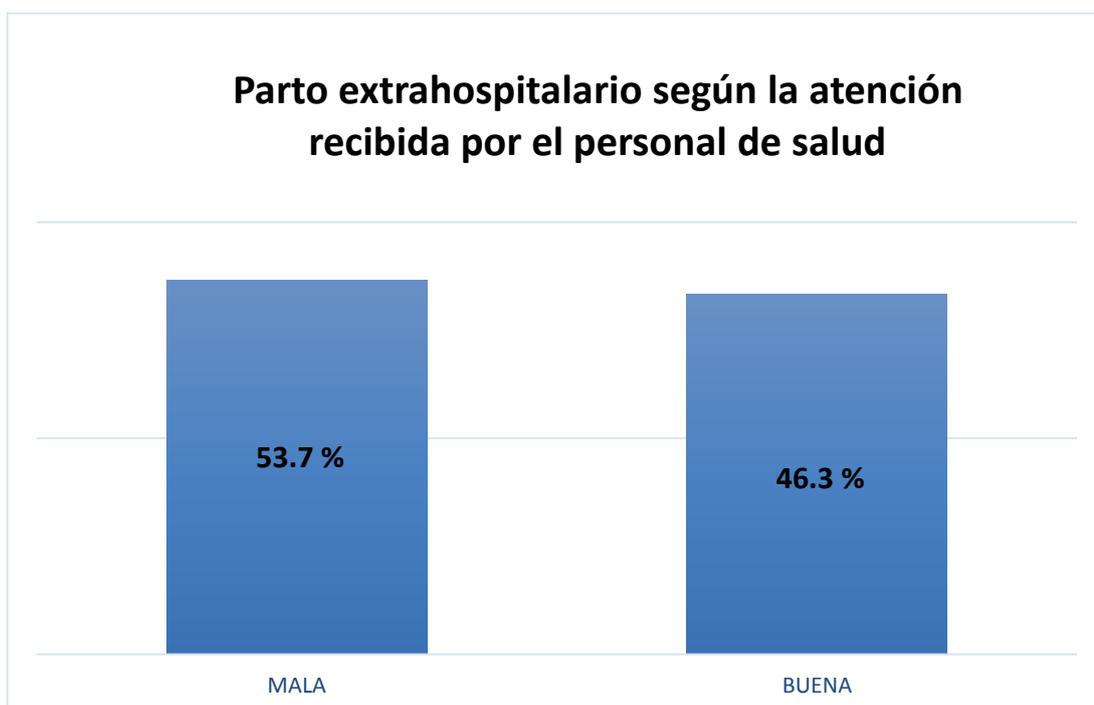
**TABLA N° 7**

**ATENCIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DE SALUD**

Atención recibida por el personal de salud	Frecuencia	Porcentaje
MALA	58	53.7%
BUENA	50	46.3%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 7**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario se produce con mayor frecuencia en las mujeres que tienen referencia de mala atención intrahospitalaria 53.7%.

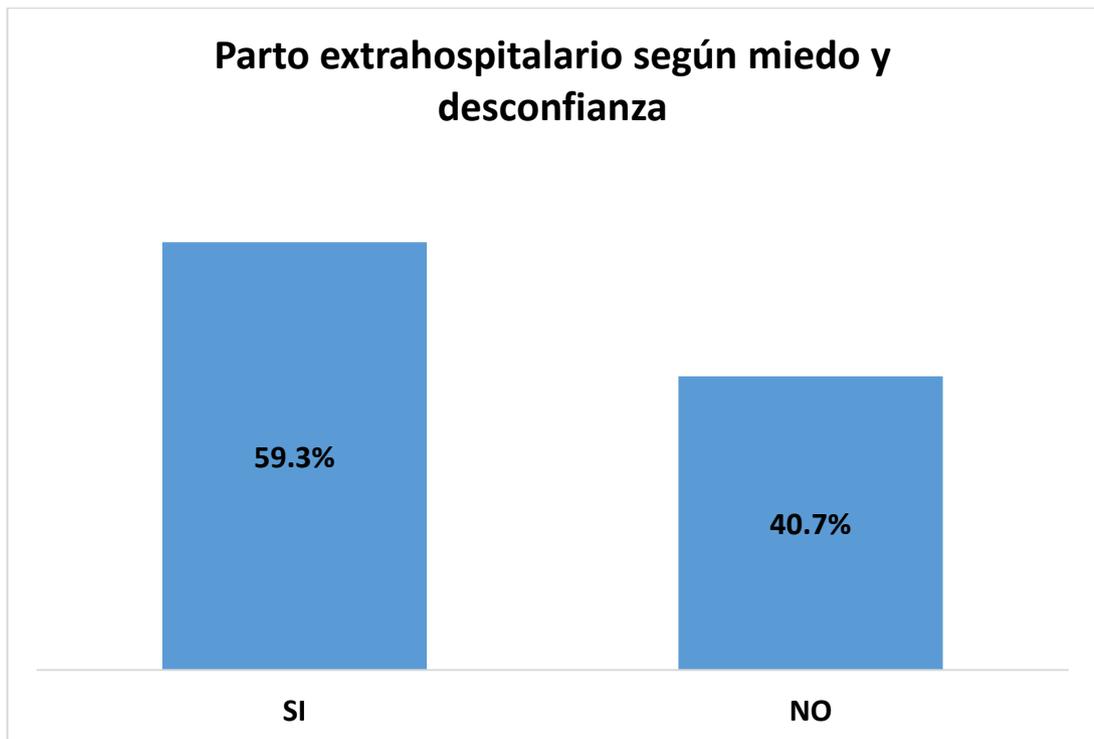
**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN LA  
DIMENSION SANITARIA**

**TABLA N° 8  
MIEDO Y DESCONFIANZA A LA ATENCIÓN**

Miedo y desconfianza	Frecuencia	Porcentaje
SI	64	59.3%
NO	44	40.7%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 8**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario se produce con mayor frecuencia en las mujeres que tienen miedo y desconfianza de tener parto intrahospitalario 59.3%.

**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO ENTRE 2016 – 2017 EN LA  
DIMENSION SANITARIA**

**TABLA N° 09**

**GESTANTES NO ADMITIDAS POR EMERGENCIA EN EL HOSPITAL  
POR PRÓDROMOS DE PARTO**

<b>gestantes no admitidas en el hospital por pródromos de parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	22	20.4%
NO	86	79.6%
Total	108	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 9**



La tabla y gráfico muestra que el parto extrahospitalario se produjo en mujeres que no fueron admitidas en el hospital por pródromos de parto 79.6%.

### 3.2. INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 1. Revela que el parto extrahospitalario tiene una alta frecuencia cuanto menos cultura tienen la parturienta, así se encontró que las mujeres del Distrito de Puquio que prefieren el parto extrahospitalario son en su mayoría las que tienen grado de instrucción primaria (30.6%), secundaria (29.6%) o analfabeta (24.1%). Ello es explicable porque la condición de baja cultura pone en riesgo a la mujer para que se deje influenciar por otros factores. Similar resultado llegó Pinto I.<sup>8</sup> en el 2016 en su estudio sobre parto domiciliario, ¿una elección de futuro? en España concluye que la mayoría de las mujeres que eligen parir en el hogar son adultas jóvenes con educación secundaria, con pareja, posición socioeconómica media. De igual modo en el estudio realizado por Rivas, C.<sup>9</sup> en el 2015 en El Salvador concluye que el 45.45% de la población analfabeta tiene antecedente de parto domiciliario. Otro estudio realizado por Fernández, J.<sup>11</sup> en el Cuzco concluye que la madre de la zona rural tiene 11,16 veces más probabilidad de volver a tener un parto en casa que la madre de zona urbana, porque es más analfabeta.

Tabla N° 2. Muestra que el 64.8% de las pacientes tuvieron antecedentes de partos domiciliarios anteriores, la que tiene una fuerte influencia para que los demás partos también sigan el mismo resultado, por lo que su intervención en relación a las ventajas y desventajas de tener un parto domiciliario que arriesga al feto a enfermedades irreversibles e incluso la muerte debe ser orientada. Así lo determinó también Reyes, S.<sup>12</sup> en el 2017 en que concluye, que el “ser” de la mujer, se encuentra arraigada al mundo donde vive: es decir sus costumbres, cultura y creencias, a pesar de las complicaciones que el parto extrahospitalario le expone, tal como lo indica Garay, I.<sup>13</sup> en el 2014 en su estudio en Cora Cora sobre complicaciones del parto domiciliario concluye que existen diferencias significativas de las complicaciones maternas entre los partos domiciliarios e institucionales siendo más frecuente en los partos domiciliarios.

Tabla N° 3. Las costumbre y mitos son fenómenos que son frecuentes (63%) en esta parte del País pues, existen mitos y costumbres arraigadas desde sus ancestros, que motivan que la gestante finalmente opte por obedecer a sus padres o familiares mayores. Estas costumbres se transmiten de generación en generación. Se encontró un estudio realizado por Peña, M.<sup>7</sup> en el 2014 en el Ecuador donde concluye que existen diversas creencias y costumbres sobre el embarazo, parto y puerperio, que determinan el parto extra hospitalario.

Tabla N° 4. Si bien es cierto el SIS tienen una alta cobertura en estas zonas del País (66.7%), aún existen algunas mujeres que a pesar de tener SIS prefieren tener parto extrahospitalario, muchas de ellas por la creencia de que la cobertura no es total y temen no poder solventar los gastos que el SIS no cubre, por lo que prefieren tener parto extrahospitalario.

Tabla N° 5. La falta de medios económicos (42.6%) también influye en el parto extrahospitalario, aunque existe un grupo considerable de mujeres que a pesar de tener los medios económicos adecuados prefiere el parto extrahospitalario aduciendo el calor familiar que contiene tener parto en el domicilio.

Tabla N° 6. El acceso geográfico con dificultad (34.3%) también influye también es un factor asociado al parto extrahospitalario, pues muchas de ellas se encuentran trabajando muy lejos de los Centros hospitalarios que le dificulta trasladarse al hospital y prefiere tener parto en los lugares donde se encuentran sus pertenencias.

Tabla N° 7. Existe un alto porcentaje (53.7%) de mujeres que tienen mala referencia de partos institucionales lo que provoca que prefiera tener parto extrahospitalario, pues ya se encuentra predispuesta por dichas referencias a no tener parto intrahospitalario.

Tabla N° 8. El miedo y la desconfianza son factores de mucha influencia (59.3%) para que finalmente la mujer prefiera tener parto extrahospitalario, ello se debe a la influencia de parte de sus familiares o

amistades sobre experiencias previas que motivan que estas influencias determinen que la gestante evite tener parto intrahospitalario.

Tabla N° 9. Se encontró que existe un alto porcentaje (79.6%) de mujeres que acudieron a tener parto intrahospitalario sin embargo por motivos que no se encontraban en trabajo de parto fueron devueltas a sus casas y optaron por tener parto extrahospitalario. En un estudio realizado por Villanueva, L.<sup>10</sup> en el 2014 en México concluye que el parto fortuito es indicador sensible del funcionamiento integral del sistema de salud en el que participan factores médicos, económicos y socio-culturales, es decir que el parto extrahospitalario tiene múltiples factores que aunados determinan que la mujer prefiera este tipo de parto.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

1. El parto extrahospitalario en el distrito de Puquio se presenta sobre todo en gestantes de instrucción primaria, secundaria y analfabetas también en mujeres que tuvieron antecedentes de partos domiciliarios. Las costumbres y mitos se encontraron fuertemente arraigadas en cada una de las mujeres que tuvieron parto extrahospitalario. sobre todo el respeto al pudor y dignidad de las gestantes y la privacidad durante el parto ya que estas mujeres son muy cuidadosas y celosas con su cuerpo, también tienen la costumbre de ingerir mates de hierbas infusiones durante el parto.
2. El parto extrahospitalario es más frecuente en aquellas mujeres que tienen el seguro integral de salud ya que en ellas influyen otras razones para no tener un parto institucional. Un alto porcentaje de las mujeres con parto extrahospitalario son de recursos económicos medianos acorde con la realidad. El parto extrahospitalario se produce sobre todo en aquellas mujeres que no tienen dificultad al momento de transportarse para la atención del parto.y en otros casos en gestantes que si tienen dificultad para llegar debido a su situación geográfica por lo que tuvieron parto extrahospitalario.
3. Por otro lado hubo un grupo de gestantes que tuvieron parto extrahospitalario porque percibieron mala atención en el hospital entonces ese miedo y desconfianza , generaron su no regreso al hospital ; también hay gestantes que no fueron admitidas por estar en pródromos de trabajo de parto , se les regreso y ya no volvieron al hospital.

## 4.2. RECOMENDACIONES

1. Realizar visitas domiciliarias sobre todo en aquellos lugares donde el nivel de instrucción es bajo a fin de concientizar e informar a estas madres analfabetas o con instrucción primaria sobre los beneficios de tener un parto intrahospitalario, crear una alianza con los familiares , parteras y el ministerio de salud para lograr una adecuada atención del parto junto con el personal de salud y la partera, sobre todo respetar la intimidad del entorno durante el parto también debemos favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto, influenciar en los familiares y amistades cercanos para revertir costumbres o mitos negativos para lograr tener un parto institucional .
2. Informar a la comunidad o a las gestantes sobre el beneficio del seguro integral de salud para la madre y el recién nacido, hacer el uso correspondiente del sis instruir a las madres gestantes sobre los beneficios del parto intrahospitalario evitando complicaciones de un parto extrahospitalario, sensibilizar a las gestantes y familiares a que se trasladen a las casas de esperas o casas maternas.
3. Promover una mejor imagen del hospital a fin de hacerle atractiva para el parto intrahospitalario, revirtiendo referencias de mala atención. Ello se lograría través de campañas de salud, sesiones educativas. Trabajar con la comunidad las matronas o parteras con el fin de lograr un parto humanizado en buenas condiciones y así evitar complicaciones durante el parto. Captar gestantes con la finalidad de promover en ella la confianza en los profesionales de la salud, evitando de esta manera el miedo y la desconfianza. Monitorizar y hacer el seguimiento de gestantes que son devueltas a sus casas por que el parto aún no se ha desencadenado, ello producirá que la gestante regrese al hospital. Trabajar con los agentes comunitarios, las autoridades, etc.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME. Definición de parto normal. En: Jornada Iniciativa Parto Normal. Vélez-Málaga: FAME; 2012.
2. Arroyo M. Doulas en España. [Internet]. Doulas.es. 2015 [Consultado 15 Enero 2016]. Disponible en: <http://doulas.es/doulas>
3. Asociación Nacer en Casa. I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa. Jerez de la Frontera; 20-22 de octubre de 2014. Santa Cruz de Tenerife: Ob Stare; 2014.
4. Del Toro, M. Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo. 2016. Disponible en: [scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n1/enf051116.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n1/enf051116.pdf)
5. Perú, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Materna y Perinatal. Plan nacional de acción para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2010-2014. Lima: MINSA.
6. (INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016..Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/.../index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../index.html)
7. Peña M. Conocimientos, costumbres y prácticas sobre embarazo parto, puerperio y atención al recién nacido que brinda las comadronas de las riberas del río Santiago del Cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas. Ecuador 2014.
8. Pinto I. Parto domiciliario, ¿una elección de futuro? 2016 España. Disponible en:  
[tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2882/1/Inmaculada\\_Pinto\\_Ortiz\\_TFG.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2882/1/Inmaculada_Pinto_Ortiz_TFG.pdf)
9. Rivas C. Factores asociados al parto domiciliario en embarazadas y puerperas en Cantón las Marías, Izalco, Sonsonate, en el periodo comprendido de enero-junio del año 2015. El Salvador.

10. Villanueva L. Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México. Rev CONAMED 2014;19(2): 67-77
11. Fernández J; Mayorga S. Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madre de zona urbana y rural de San Jerónimo Cuzco. 2012.
12. Reyes, S. (2017). Estoy acostumbrada al parto en mi casa vivencias de mujeres respecto al parto domiciliario en la sierra Liberteña.
13. Garay I. Parto domiciliario y complicaciones materno – perinatales en la provincia de Parinacochas – Coracora 2014.
14. Adriana A. Ser doula... ¿Qué es una doula?. El Parto es Nuestro [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 2013 [Consultado 15 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/12/16/ser-doula-que-es-una-doula>
15. Gonsálvez P. Nosotras parimos, pero ¿dónde?. El País [Internet]. 2014 [Consultado 16 Enero 2016];:2. Disponible en: [http://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235\\_801849.html](http://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235_801849.html)
16. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido [Internet]. Barcelona: Dirección General de Salud Pública; 2013 [acceso 7 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://orbananos.files.wordpress.com/2008/02/atencion-el-el-parto.pdf>
17. Fernández del Castillo I. La revolución del nacimiento. Partos respetados, nacimientos más seguros. Barcelona: Granica; 2014
18. El parto en casa planificado. El parto es nuestro [Internet]. El partoesnuestro.es. 2015 [Consultado 15 enero 2016]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-en-casa-planificado>
19. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. [Disponible en Internet]. Ginebra Organización Mundial de

- la Salud. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 2014 [acceso 2014]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf).
20. OMS. El nacimiento no es una enfermedad: 16 recomendaciones de la OMS. En: Tecnologías de Parto Apropriadas. Organización Mundial de la Salud; 2014. Martínez Galiano JM. Manual de asistencia al parto. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
  21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2013- El ascenso del sur: progreso humano en un mundo diverso. Disponible en línea: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=67503#.U2IWgIF5NPI>
  22. OMS. Mortalidad Materna, Nota descriptiva N° 348, Consultado el 20 de mayo del 2015 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
  23. Villanueva-Egan LA, Schiavon-Ermani R. Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. Rev CONAMED. 2013 ene-mar; 18:21-30.
  24. Vásquez J. Manual de atención al parto en el ámbito extra hospitalario. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Alcalá Madrid 2018.
  25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017.
  26. Romero Salord F. Observatorio del parto en casa en España. Mapa del parto en casa en España [Internet]. Educser. 2012 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en: <http://educser.es/observatorio-del-parto-en-casa/>
  27. Chalán Quizhpe LV, Guamán Chalán MY. Concepciones y prácticas en la atención al embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro, Loja, 2014. Universidad de Cuenca. 2014.
  28. Collaguazo M. Cumbe S. Espinoza A. Hábitos, Creencias y costumbres durante el embarazo, parto y puerperio. 2014.

29. Laza C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(3):487-496.
30. Feyer I. Monticelli M. Knobel R. Perfil de parejas que optan por el parto domiciliario asistido por obstetras. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):298-305.
31. Educser. Parto en casa y Seguridad Social... valoración económica [Internet]. *El Blog del parto en Casa*. 2015 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en: <http://educser.es/parto-en-casa-y-seguridad-social-valoracion-economica>
32. Lara J. Rodríguez L. Palomo R. Romeu M. Manual básico de obstetricia y ginecología Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; Hospital María Auxiliadora. 2014.
33. INE. Partos. Partos por edad de la madre, tipo de parto y madurez [Internet]. *Ine.es*. 2014 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/parto/a2014/10/&file=09006.px&type=pcaxis&L=>
34. De la Torre del Jesús V. ¿Parto en casa o en el hospital? Beneficios del parto en casa. *Nuevas tendencias*. 2015 España. Disponible en: [tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1544/1/TFG.\\_Victoria\\_de\\_la\\_Torre\\_del\\_Jesus.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1544/1/TFG._Victoria_de_la_Torre_del_Jesus.pdf)
35. Pimenta G. Azevedo M. Andrade T. Oliveira C. Gomes L. Título: El parto realizado por matronas: una revisión integradora. *Global*. 30 abril 2013.

# **ANEXOS**

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			METODOLOGÍA
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p><b>Problema Principal</b> ¿Cuáles son los factores asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio - Provincia Lucanas entre los años 2016 al 2017?</p> <p><b>Problemas Secundarios</b> ¿Cuál son los factores culturales asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017?  ¿Cuál son los factores socio-económicos asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017?  ¿Cuál son los factores sanitarios asociados al parto extra</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar los factores asociados al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio - Provincia Lucanas entre los años 2016 - 2017</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar los factores culturales que influyen en la atención del parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017</p> <p>Identificar los factores socio-económicos que influyen al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017</p> <p>Indicar los factores sanitarios que</p>	No aplica	<p>VARIABLE de estudio</p> <p>Parto extra hospitalario</p> <p>V. Intervinientes</p> <p>Culturales</p> <p>Determinantes socio – económicos</p> <p>Determinantes Sanitarios</p>	<p>Tipo de parto</p> <p>-Grado de instrucción</p> <p>-Antecedentes de partos domiciliarios</p> <p>-Costumbres/Mitos</p> <p>-filiación al SIS. -Falta de recursos económicos.</p> <p>-Dificultad del acceso geográfico</p> <p>-Atención recibida por el personal de salud.</p>	<p>Parto extra hospitalario</p> <p>Analfabeta primaria, secundaria, superior.</p> <p>Si No</p> <p>Presente Ausentes</p> <p>No Si</p> <p>Escaso Normal</p> <p>Con dificultad Sin dificultad</p> <p>Mala Buena</p>	<p>Tipo de Investigación No experimental, descriptiva, transversal retrospectiva</p> <p>Nivel de Investigación Descriptiva</p> <p>Método: Inductivo.</p> <p>Población: Madres de la ciudad de Puquio que tuvieron parto (s) y que se desarrolló fuera de los Establecimientos de Salud que son 108 madres que presentaron parto extra hospitalario entre el 2018 al 2017.</p> <p>Muestra: 108 madres</p>

<p>hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 - 2017?</p>	<p>influyen al parto extra hospitalario en madres del distrito de Puquio entre 2016 – 2017</p>			<p>- Miedo y desconfianza a la atención del personal de salud.</p> <p>- Gestantes no admitidas por emergencia en el hospital por pródromos de parto.</p>	<p>Si, No</p> <p>Si, No</p>	<p>Técnica: La entrevista</p> <p>Instrumento: Ficha de entrevista</p>
---	--	--	--	--	-----------------------------	---



**FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO EXTRA HOSPITALARIO EN  
GESTANTES DEL DISTRITO DE PUQUIO - PROVINCIA LUCANAS  
2016 - 2017**

**N° de ficha** \_\_\_\_\_

**1.- Edad** \_\_\_\_\_

**I.- Dimensión cultural:**

**Grado de instrucción:**

- Analfabeta ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior ( )

**Antecedentes de partos domiciliarios previos:**

- ( SI )
- ( NO )

**Costumbres y mitos:**

- ( SI )
- ( NO )

## **II.- Condiciones socio-económicas**

### **Filiación al sis:**

- (SI)
- (NO)

### **Falta de recursos económicos.**

- Escaso ( )
- Normal ( )

### **Dificultad del acceso geográfico.**

- Con dificultad ( )
- Sin dificultad ( )

## **III.- Dimensiones sanitarias:**

### **Atención recibida por el personal de salud.**

Mala ( )

Buena ( )

### **Miedo y desconfianza a la atención del personal de salud.**

Si ( )

No ( )

### **Gestantes no admitidas por emergencia en el hospital por pródromos de parto.**

Si ( )

No ( )