



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

**TESIS**

**“PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS  
EN EL HOSPITAL REFERENCIAL CORACORA JULIO  
2016- JULIO 2017”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTORA:**

**BACHILLER. ISABEL MARGARITA GARAY GUTIERREZ**

**ASESOR: Obst. JULIO CESAR MATIAS LINARES**

**ICA – PERU  
2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía y luz en cada momento de mi vida, y por darme el amor de los que me rodean. A mis padres, por ser mi aliento para seguir en mis metas trazadas.

A mis maestros, por su gran labor en mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Alas Peruanas, por darme la oportunidad de la formación profesional.

A los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas Filial Ica, por transmitirme todos sus conocimientos y virtudes en cada etapa de mi formación universitaria.

A mi asesor, por darme todo su apoyo y finalización del desarrollo de la presente investigación.

## RESUMEN

En la presente investigación se buscó determinar la frecuencia de los partos domiciliarios e identificar el tipo de las complicaciones maternas en el hospital referencial de Coracora en el periodo de julio 2016 a julio 2017, para lo cual se estudió todos los partos domiciliarios registrados en las estadísticas de la institución que fueron un total de 95 casos ocurridos durante el periodo de estudio, la información se obtuvo a partir del registro de emergencia y de las historias clínicas correspondientes, es un estudio no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo; encontrándose las siguientes conclusiones: los partos domiciliarios que presentaron complicaciones fue de un 12,64% y los que no presentaron complicación fue el 87,36%. La complicación con la mayor frecuencia fueron los desgarros vulvo perineales con un 6,32%; dentro de los factores sociodemográficos que intervienen para la decisión de un parto domiciliario tenemos edad y la paridad, la edad con mayor porcentaje fue las mujeres mayores de 35 años con el 47,37% y las gran multíparas con un 48,42%.

PALABRAS CLAVES:

PARTO DOMICILIARIO, COMPLICACIONES MATERNAS,

## **ABSTRACT**

In the present investigation, we sought to determine the frequency of home deliveries and identify the type of maternal complications in the Coracora referral hospital in the period from July 2016 to July 2017, for which the domiciliary births registered in the statistics of the institution that were a total of 95 cases occurred during the study period, the information was obtained from the emergency record and the corresponding medical records, is a nonexperimental, descriptive, cross-sectional, retrospective study; The following conclusions were found: home deliveries that presented complications was of 12.64% and those that did not present complication was 87.36%. The complication with the most frequency were vulvo perineal tears with a 6.32%; Within the socio-demographic factors that intervene for the decision of a home birth we have age and parity, the age with the highest percentage was women over 35 years old with 47.37% and large multiparous women with 48.42%.

### **KEYWORDS:**

**DOMICILIARY DELIVERY, MATERNAL COMPLICATIONS,**

## INDICE

CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	vi
INDICE.....	vii
INTRODUCCION.....	viii

### CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	9
1.2. Delimitación de la investigación.....	11
1.3. Formulación del Problema	
1.3.1. Problema principal.....	11
1.3.2. Problemas secundarios.....	11
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo general.....	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	12
1.5. Hipótesis	
1.5.1. Hipótesis....., .....	12
1.5.2. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores. ....	12
1.6. Diseño de la Investigación	
1.6.1 Tipo de investigación.....	14
1.6.2 Nivel de investigación.....	14
1.6.3 Método .....	14
1.7. población y muestra	
1.7.1 Población.....	14
1.7.2 Muestra .....	14
1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
1.8.1. Técnicas.....	15
1.8.2. Instrumentos.....	15
1.9. Justificación.....	15

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Fundamentos teóricos de la investigación.....	16
2.1.1 Antecedentes... ..	16
2.1.2 Bases teóricas .....	19
2.1.3 Definición de términos.....	30

## **CAPITULO III: PRESENTACION, INTERPRETACIÓN, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS**

3.1. Presentación de resultados.....	33
3.2. interpretación, análisis y discusión de resultados... ..	39

## **CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

4.1. Conclusiones.....	41
4.2. Recomendaciones.....	42

## **FUENTES DE INFORMACION.....43**

## **ANEXOS**

Instrumentos de recolección de datos.....	47
Matriz de consistencia.....	48

## INTRODUCCIÓN

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Frente a este problema, el Ministerio de Salud a través de la Dirección del Programa Nacional de Salud Materno Perinatal tuvo como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional. En el departamento de Lima, la mortalidad materna ha disminuido pero aún se notifican partos domiciliarios.<sup>(1)</sup>

En los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables. Estos índices ponen en evidencia las diferencias existentes entre las residentes de zonas urbanas y rurales.<sup>(2)</sup>

El parto domiciliario tiene como marco la salud materna y perinatal, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos de desarrollo y de género, es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato ó de ambos. La mortalidad materna ocurrida en casa se ha relacionado principalmente con complicaciones del parto, hemorragias y sepsis.<sup>(3)</sup>



## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

Según la OMS el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países subdesarrollados, y en estos países es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. Para lograr una mayor reducción de la mortalidad materna, los países han adoptado una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible que consiste en reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial <sup>(4)</sup>

En el Perú según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, la mortalidad materna pasó en 20 años desde el periodo 1990-1996, de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, al 2015, a 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que corresponde a un descenso del 75%. Este avance es muy significativo en lo que corresponde a la mejora de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, que además implica que el Perú está trabajando con un enfoque de derechos humanos fundamentales, que promueve la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres y sus parejas. Asimismo el objetivo es disminuir las inequidades en el acceso a los servicios de salud y por lo tanto disminuyendo las diferencias entre las mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y urbana. Una

estrategia importante ha sido el incremento del parto institucional como una estrategia para disminuir la morbilidad y mortalidad, que es donde se presenta la primera causa de muerte materna, que es la hemorragia post parto. Según datos preliminares del INEI en el 2016 la proporción de parto institucional a nivel nacional estaría en 91,9%, pero aun el 8,1% son partos no institucionales ocurridos en el domicilio, casas de espera o cualquier lugar fuera del hospital.<sup>(5)</sup>

La mayoría de las muertes maternas son evitables, y el estado está trabajando en la prevención y las soluciones de las complicaciones más frecuentes que pueden llevar a la muerte de la gestante: hemorragia post parto, preeclampsia, infecciones y aborto. Se debe seguir disminuyendo la atención de parto domiciliario con el fin de promover el parto institucional como estrategia fundamental para la reducción de la morbi-mortalidad materna perinatal, por ello se eligió la provincia de Parinacochas distrito de Coracora para la presente investigación porque aun se presentan partos domiciliarios atendidos por parteras cuyo oficio es una ocupación muy antigua. Su origen se remonta a los primeros estadios del hombre en la prehistoria. La profesión de las parteras comenzó a instituirse como competencia de la medicina científica.<sup>(6)</sup>

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.<sup>(7)</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.

Entre los factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la madre es el analfabetismo, pobreza, multiparidad, edad, malnutrición, costumbres, y atención inadecuada del parto.<sup>(8)</sup>

La Provincia de Parinacochas es una de las once provincias que conforman el Departamento de Ayacucho, bajo la administración del Gobierno regional de Ayacucho, en el Perú. Limita al norte con la Región Apurímac, al este con la provincia de Páucar del Sara Sara, al sur con el Departamento de Arequipa y al oeste con la provincia de Lucanas. La provincia Parinacochas tiene una extensión de 5.968.32 km<sup>2</sup> y se encuentra dividida en ocho distritos: Su capital es la ciudad de Coracora (3175 msnm), cuyo nombre en quechua significa “gran humedal” o abundante maleza. La provincia tiene una población de 29,306 habitantes de los cuales 17,079 viven en zonas urbanas y 12,227 en zonas rurales, lo que hace suponer un alto índice partos domiciliarios que deben ser monitorizados a fin de conocer las complicaciones más frecuentes que se enfrentan respetando su cultura e idiosincrasia.<sup>(9)</sup>

La localidad de Coracora capital de la provincia de Parinacochas tiene una población total de 14,762 habitantes y 450 gestantes para el año 2017; así mismo cuenta con el Hospital de Coracora nivel 2-1.

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Delimitación Espacial**

El estudio se realizó en el hospital referencial de Coracora.

### **1.2.2 Delimitación Temporal**

El estudio se realizó sobre partos domiciliarios ocurridos en julio 2016-julio 2017 en el hospital referencial Coracora

### **1.2.3 Delimitación Social**

El estudio se realizó en las mujeres cuyo parto fue domiciliario

## **1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.3.1 Problema Principal**

¿Los partos domiciliarios predisponen complicaciones maternas en el hospital referencial de Coracora julio 2016-julio 2017?

### **1.3.2 Problemas Secundarios**

P.S.1. ¿Cuáles son los tipos de complicaciones maternas de los partos domiciliarios en el hospital referencial de Coracora julio 2016- julio 2017?

P.S.2. ¿Cuáles son los factores socio demográficos y obstétricos que influyen en la decisión de parto domiciliario en el hospital referencial de Coracora de julio 2016- julio 2017?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar si los partos domiciliarios predisponen complicaciones maternas en el hospital referencial de Coracora julio 2016- julio 2017.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

O.E.1. Identificar los tipos de complicaciones maternas de los partos domiciliarios en el hospital referencial de Coracora julio 2016- julio 2017.

O.E.2. Identificar los factores socio demográfico y obstétrico que influyen en la decisión de parto domiciliario en el hospital referencial de Coracora julio 2016- julio 2017.

## **1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Hipótesis**

No se plantea hipótesis por ser un trabajo descriptivo

### **1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e indicadores** Variable independiente:

-Partos domiciliarios Variable dependiente:

-Complicaciones maternas Variables intervinientes:

Factores sociodemográficos y obstétricos:

-Edad

-Grado de instrucción

-Estado civil

-Paridad: (nulípara, múltipara, gran múltipara)

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	INDICADORES	FUENTE
<b>Variable Independiente:</b> Partos domiciliarios	Parto atendido en el hogar ya sea por personal de salud, partera u otros.	Cualitativa	Parto domiciliario SI NO	Ficha de recolección de datos Historia Clínica
<b>Variable Dependiente:</b> Complicaciones maternas	Fenómeno que sobreviene en el curso del embarazo, parto o puerperio.	Cuantitativa	Desagarro SI NO Hemorragia SI NO Infecciones SI NO Retención de placenta SI NO	Ficha de recolección de datos Historia Clínica
<b>Variable Interviniente:</b> Factores socio demográficos y Obstétricos	Conjunto de datos importantes que influyen en la decisión de un parto domiciliario	Cualicuantitativa	<b><u>Factores socio demográficos</u></b> <b>Edad</b> 10 a 19 años 20 a 35 años > de 35 años <b>Grado de instrucción</b> Analfabeta Primaria Secundaria Superior <b>Estado civil</b> Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada <b>Factor</b> <b><u>obstétrico:</u></b> <b>Paridad</b> Nulípara (0 partos) Múltipara (2 a 4 partos) Gran múltipara(>5 partos)	Ficha de recolección de datos Historia Clínica

## **1.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Tipo de Investigación**

- No experimental: pues el investigador no manipulo las variables
- Transversal pues solo se medirá la variable una sola vez,
- Retrospectiva pues los datos serán obtenidos de hechos ocurridos en julio 2016-julio 2017.
- Descriptivo

### **1.6.2 Nivel de Investigación**

Descriptivo: porque describe fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada.

### **1.6.3 Método**

Inductivo: Pues se analizó las variables individualmente.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Población**

Todos los partos domiciliarios ocurridos entre julio 2016 a julio 2017

### **1.7.2 Muestra**

La muestra es por conveniencia y se considero los 95 casos de partos domiciliarios.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Partos domiciliarios registrados en el hospital referencial de Coracora entre julio 2016- julio 2017

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Partos institucionales

## **1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1. 8.1Técnicas**

La recolección de la información se realizó con una ficha de recolección de datos donde se consignó las variables en estudio, para ello se procedió a pedir permiso a la jefatura de estadística del hospital Referencial de Coracora a fin de poder acceder a las historias clínicas de donde se obtuvieron los datos, los que fueron tabulados y graficados en el programa Excel.

### **1.8.2 Instrumentos**

Ficha de recolección de datos elaborada para la investigación.

## **1.9 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.**

Una de las características del Perú es poseer una diversidad étnica lingüística significativa lo que configura una nación pluriétnica y pluricultural. 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 y pueblos indígenas a la atención institucional del parto, El conocimiento y las prácticas que aplican las parteras son muy importantes ya que pueden ayudar a la resolución del problema o la prevalencia del mismo. Cada comunidad o pueblo posee sus propias 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 parteras sobre los riesgos o daños de prácticas erróneas.<sup>(10)</sup>

En esta investigación se plantea nociones teóricas, prácticas sobre el atrayente método de atención del embarazo y parto domiciliario. Las creencias y costumbres sobre el embarazo, parto y puerperio constituye un papel fundamental en las comunidades rurales de la provincias de Parinacochas, por lo que se consideró importante realizar esta investigación ya que permite conocer las complicaciones más frecuentes que se observan en los partos domiciliarios y su repercusión en la salud materna.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

##### 2.2.1 ANTECEDENTES

###### Internacionales:

**Chicalza S. Parto domiciliario relacionado con complicaciones maternas-infantiles de la parroquia Columba Ecuador periodo 2016-2017** Se Realizó la interpretación de los resultados de las encuestas aplicadas a 15 parteras, lo cual permitió determinar que el 80% de parteras(os) no tienen conocimiento de los significados de las diferentes de la labor del parto, también se apreció que un 46,7% de las parteras indicaron la complicación más frecuente es el sufrimiento fetal seguido por las hemorragias con el 20%, si estas complicaciones no son tratadas oportunamente puede llegar a muerte materna y fetal. Asimismo, las parteras tienen un alto índice de necesidades de capacitación sobre el parto para actuar correctamente ante una complicación ocurrida durante la misma.<sup>(11)</sup>

**Rivas C. Factores asociados al parto domiciliario en embarazadas y puérperas en Cantón las Marías, Salco Sonsonate El Salvador en el periodo comprendido enero- Julio del año 2015** ,Entre los principales resultados tenemos, el 45.45% de la población analfabeta asociada a parto domiciliario, la edad que más se asocia a parto domiciliario es de 30-38 años, las mujeres con más de 4 hijos, 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 medio de transporte que más se utiliza para el acceso a los servicios de salud es por medio de la PNC, 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>(12)</sup>

**Borda Villegas C. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. 2012.** El presente estudio tiene como objetivo hallar explicación a la ocurrencia de partos domiciliarios en Bogotá y aportar al conocimiento de la problemática relacionada con la salud materna y del recién nacido. El método utilizado fue la investigación cualitativa. Se entrevistaron 105 mujeres habitantes de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 en 9 Localidades de Bogotá, en los años 2010 y 2011. Los hallazgos dan cuenta de las motivaciones y circunstancias por las cuales ocurrió el parto domiciliario desde la percepción y las vivencias de las mujeres entrevistadas, las consecuencias derivadas de éste, el uso de los servicios de salud durante la gestación y el posparto, la percepción de riesgo de las mujeres y el conocimiento de derechos en salud. Entre los factores condicionantes se destaca la seguridad y bienestar que proporciona el hogar, el miedo y desconfianza hacia los médicos y los hospitales, las deficiencias de los servicios en la atención del parto y la falta de afiliación de las gestantes al SGSSS. Finalmente se identificaron 4 tendencias en los discursos de las mujeres entrevistadas: resistencia ante el modelo médico occidental, reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos, inequidad en el acceso a los servicios de salud, búsqueda de seguridad y bienestar para el parto.<sup>(13)</sup>

## **NACIONALES.**

**Custodio J. Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del centro poblado kerguer Lambayeque durante el periodo 2000-2016** Resultados: 33 participantes. La edad promedio de las participantes fue  $30,64 \pm 6,93$  años. El 97% son convivientes. El 12,1% son analfabetas y el 6,1% tienen secundaria completa. El 84,5% tienen antecedentes de parto domiciliario. El 87,9% de los partos domiciliarios

fueron atendidos por Partera. Los principales motivos de la elección del parto domiciliario fueron Por tradición en un 63,6% y Por distancia 36,4%. **Conclusión:** Las principales características sociodemográficas del parto domiciliario fueron el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de instrucción. Los principales motivos de la elección de parto domiciliario fueron Por tradición y Por distancia. La mayoría de los partos fueron atendidos por parteras.<sup>(14)</sup>

**Tarqui C. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú 2014.** Resultados: La edad promedio de los casos fue de  $28 \pm 6,5$  años, y de los controles de  $26 \pm 6,1$  años. Los factores de riesgo fueron: la poca continuidad del personal que tiene a su cargo la atención de parto  $w=25,78$  ( $p=0,00$ );  $OR=25,48$  (IC 95%: 7,30-88,93); el poco entendimiento en el diálogo proveedor- usuaria durante la atención de salud  $w=7,61$  ( $p=0,006$ );  $OR=4,34$  (IC 95%: 1,53-12,31); el domicilio como lugar previsto de parto  $w=25,14$  ( $p=0,000$ );  $OR=16,84$  IC 95%: 5,58-50,8). Conclusiones: La continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento en el diálogo establecido entre proveedor-usuaria durante la atención de salud y el domicilio como lugar previsto de parto son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario.<sup>(15)</sup>

**Fernández Romani, José Luis; Mayorga Zárate, Silvia Luz. 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.<sup>(16)</sup>

## **REGIONAL**

**No se encontraron.**

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 PARTO VERTICAL**

Desde los albores de la humanidad el parto se ha realizado en distintas variantes de posición vertical como lo muestran grabados o esculturas de prácticamente todas las culturas. Existen ilustraciones que muestran el diseño de las sillas usadas para el parto en posición sentada a lo largo de la Edad Antigua, Media y el Renacimiento.

La historia del proceso del parto, que comienza desde el inicio mismo de la humanidad. ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar; por lo que negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de una madura reflexión y sobre todo, de la toma de decisiones al respecto, es decir del apoyo sobre esta postura fisiológica. Fue en el siglo XVII que el famoso Obstetra Mauriceau "acostó" a las mujeres para parir, en un principio, al parecer, para poder aplicar el instrumento de moda por esos tiempos, el fórceps. En la década del 70 con el uso de la anestesia epidural, como un intento de solucionar el dolor del parto se favoreció aún más el uso de la posición horizontal, ya que prácticamente no se le podía pedir otra postura diferente a la horizontal a una mujer bajo efectos de anestésicos.<sup>(17)</sup>

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos,

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto

La DIRESA Ayacucho reporta que los 2,300 partos domiciliarios ocurridos en el año 2004 han tenido esta forma de atención que representa el 28% del total de partos ocurridos en la Región de Ayacucho; teniendo experiencias de trabajo en

los Centros de Salud de Vilcashuamán y San José. En la DIRESA Cajamarca, el registro del año 2003 de partos verticales alcanzó el 9.3% de todos los partos atendidos por personal de salud, tanto en domicilio como en el establecimiento de salud. Para el año 2004 se incrementó a 14.8%.<sup>(18)</sup> Según la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural el ministerio de salud en el marco de los lineamientos de políticas de salud y en cumplimiento de su función rectora de conducir regular y promover intervenciones asistenciales de calidad. Por ello, la Dirección General de Salud de las Personas ha considerado necesario el desarrollo de una norma técnica que facilite la adecuación de los servicios, para la atención del parto vertical, con estos enfoques que pretenden empoderar a la población especialmente de la zona rural al reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios.<sup>(19)</sup>

## **FISIOLOGIA COMPARADA**

### **1. Parto Vertical :**

- ✓ En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
- ✓ Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período de dilatación, como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal.
- ✓ Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción
- ✓ Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 cm. en transverso.
- ✓ La posición vertical determina que el ángulo de encaje favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- ✓ La acción positiva de las tuerzas de la gravedad también favorecen el encaje y el descenso del feto. Se estima que la madre gana entre 30-40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y

las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.

- ✓ Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- ✓ El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.
- ✓ El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- ✓ Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.

## **2. Parto Horizontal**

- ✓ El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia; asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (Compresión Aorta-Cava). Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga.
- ✓ Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como "peso muerto" no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final.
- ✓ Los diámetros íntrapélvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (maniobra muy utilizada para la atención de la Distocia de Hombros),
- ✓ por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores.

- ✓ La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad.
- ✓ La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- ✓ La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.
- ✓ La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros.<sup>(20)</sup>

### **2.2.2 CASA DE ESPERA**

La Casa de Espera Materna, es una estrategia para brindar alojamiento a las mujeres gestantes, facilitándoles el acceso hacia los establecimientos de salud fundamentalmente para la atención del parto, contribuyendo de esta manera a prevenir una muerte materna y perinatal. La primera Casa de Espera que el Ministerio de Salud promovió fue la de Llave - Puno en 1997 y contó con el apoyo de USAID, la misma que hasta la fecha funciona. En ese mismo año y también con la cooperación de USAID se impulsa la Casa de Espera de Panao, la misma que fue reimpulsada posteriormente con el apoyo de UNICEF.

Es un lugar destinado para el alojamiento o posada temporal de las mujeres gestantes, sus niños pequeños y algún acompañante que la gestante decida (pareja, mamá, familia, partera), que le permite el acceso al sistema de servicios de salud en las semanas previas al parto para asegurar un parto institucional, y de esta forma contribuir a la prevención de muertes maternas y perinatales principalmente en zonas rurales.<sup>(21)</sup>

## **1. Beneficiarias de la Casa de Espera:**

La Casa de Espera Materna brinda la oportunidad del acceso a un establecimiento de salud con capacidad para atender el parto a todas las gestantes:

- ✓ Que viven en comunidades lejanas o de poca accesibilidad geográfica.
  - ✓ Que están expuestas a tener el parto sin apoyo familiar o social.
- ✓ Que están en riesgo de tener un parto no atendido por profesional de salud.
- ✓ Que tienen alguna complicación obstétrica o antecedente obstétrico de riesgo. Para ello, el establecimiento de salud deberá estar preparado para ofrecer una adecuada atención de parto y, de ser necesario, para una referencia efectiva hacia otro establecimiento de salud de mayor resolución con capacidad de respuesta para las emergencias obstétricas y neonatales; toda vez que la situación de riesgo o una complicación puede presentarse en cualquier momento del parto y puerperio inmediato.

## **2. Ventajas de la Casa de Espera Materna:**

- ✓ Permite el acercamiento de las gestantes al sistema de salud, y consecuentemente a una vigilancia cercana del personal de salud.
- ✓ Contribuye a incrementar la cobertura de parto institucional.
- ✓ Contribuye a generar una actitud favorable hacia una maternidad saludable en las comunidades, compartiendo responsabilidades y formando redes de solidaridad.
- ✓ Permite desarrollar acciones de educación para la salud y otras actividades de tipo productivo con las gestantes, haciendo más eficiente el tiempo de espera.
- ✓ Permite participación de las familias en la atención y alimentación, lo que le da más seguridad y confianza a la gestante.
- ✓ Bajo costo y mayor sostenibilidad, en tanto se apoye en la participación social.



- ✓ Podemos usar las instalaciones para otras actividades comunales de salud.
- ✓ Permite establecer puentes culturales entre el prestador y los usuarios, favoreciendo en éstos últimos el ejercicio de sus derechos en salud y su participación en mejorar la calidad de atención del servicio.

### **3. Dificultades de la Casa de Espera:**

- ✓ Problemas para la sostenibilidad principalmente para asegurar la alimentación, por eso debe apoyarse en la gestión de la comunidad o de un conjunto de actores y no sólo en el sector salud.
- ✓ Escaso conocimiento de la existencia y utilización de la casa cuando no existe un buen plan comunicacional.
- ✓ Poco involucramiento de la población si la Casa de Espera Materna no es una actividad sentida y priorizada por la comunidad.
- ✓ En algunas zonas muy dispersas los costos para el traslado de la gestante suelen ser muy elevados.<sup>(22)</sup>

#### **2.2.3 PARTO DOMICILIARIO**

Es aquel parto atendido en el domicilio ya sea por un personal de salud o una partera tradicional.

##### **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 y el bajo nivel educativo,
- ✓ la condición de «no unida», el embarazo no deseado,
- ✓ el antecedente de parto domiciliario
- ✓ la procedencia rural,

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 perineal,
- ✓ el rechazo a la posición ginecológica,
- ✓ la sensación de frialdad
- ✓ la falta de calidez del personal de salud durante el parto. Según un estudio de parto domiciliario realizado en Perú – Callao se demuestra que un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Se estima que por cada 100 000 nacidos vivos, 68 mujeres peruanas pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio. En Huancavelica en el 2012 se construyó la primera casa de espera por ello se logró premiar al centro de salud Churcampa en la región de Huancavelica, una de las regiones más pobres del país y que, al inicio del proyecto, presentaba una elevada incidencia de partos domiciliarios y de mortalidad maternoperinatal debido a numerosas barreras que impedían el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. A partir de un fuerte trabajo multidisciplinario, que incluyó el abordaje de elementos de educación, comunicación, participación comunitaria y salud, y un marcado enfoque de los derechos e la interculturalidad, se logró la mejora de la salud de madres y recién nacidos y el empoderamiento de la población.<sup>(23)</sup>

En otros países como Chile el parto domiciliario o parto en casa como lo llaman está permitido y es atendido por personal de salud, quienes piden un parto en

casa son en su mayoría mujeres de buen nivel educacional, bien informadas y que quieren tener un rol protagónico en el proceso de nacimiento de sus hijos, en un entorno amoroso, otro grupo son mujeres que en su primer parto en un hospital tuvieron una experiencia negativa que no quieren volver a vivir. Chile es el segundo país del mundo con más cesáreas. La tasa de mortalidad en Chile es de 22 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos según estadística de la organización mundial de la salud 2015.<sup>(24)</sup>

En Uruguay el parto domiciliario se presenta por diversos factores como la ubicación geográfica, el nivel económico y de educación, las tradiciones y costumbres de la madre y la familia son elementos que crean una barrera para que las mujeres no acudan o desconozcan sobre los controles prenatales mensuales llevando a las embarazadas acudir a las parteras de la comunidad donde todavía las tradiciones y costumbres juega un rol importante en la maternidad. La inadecuada interacción entre el personal de salud y la comunidad indígena son factores para que las mujeres y su familia acudan en busca de las comadronas rechazando la atención institucional del parto, pero en los últimos años ya se atiende el parto domiciliario en casa por personal de salud a los que le llama su población “parir en casa”. La mortalidad materna en Uruguay es de 15 muertes maternas por cada 100,000 niños nacidos vivos según la estadística del 2015.<sup>(25)</sup>

En España Parir en casa es hoy una opción pero no era así hace unos años. Concretamente hace muchos años el parto era normalmente asistido en casa por una matrona. Entonces, parir en casa no ofrecía la seguridad necesaria en todos los casos. Varios factores confluían en las elevadas tasas de mortalidad materna perinatal tales como: el hecho de tener hijos muy seguidos, condiciones nutricionales y de salud no óptimas de la mujer, hogares que no contaban con unos requisitos mínimos de salubridad (por ejemplo, no tenían agua corriente o calefacción). En la actualidad, con las condiciones de salud de la mujer, y de salubridad en el hogar, el parto en casa es una opción segura. La percepción de que el parto en casa es menos seguro que el parto hospitalario está basada en mitos y prejuicios sustentados en la falta de información sobre la forma en que se desarrolla un parto normal y la asistencia que, por tanto, en condiciones

normales, se precisa, hoy en día el parto en casa se da con la atención de personal de salud, en España la tasa de mortalidad materna es de

5 por cada 100 000 nacidos vivos.<sup>(26)</sup>

El servicio de salud de España presenta las ventajas y desventajas de un parto domiciliario.

#### **Ventajas del parto domiciliario:**

- ✓ Ambiente familiar e íntimo que favorece la seguridad en cuanto al riesgo de infecciones y la confianza en el proceso.
- ✓ Favorece que la mujer se exprese libremente
- ✓ Libertad de movimientos e ingesta
- ✓ Posibilidad de compartir la vivencia con quien la mujer desee (otros hijos)
- ✓ Elección del equipo y trabajo de preparación previos al parto
- ✓ Toma de decisiones conjunta de la mujer/pareja y el equipo
- ✓ Responsabilidad compartida
- ✓ Igual de seguro que el parto hospitalario en primíparas
- ✓ Menos intervenciones obstétricas
- ✓ Mayor satisfacción de la mujer

#### **Desventajas:**

- ✓ No recomendable en mujeres con factores de riesgo
- ✓ Necesidad de desplazamiento a un centro hospitalario si aparecen complicaciones
- ✓ No existe coordinación entre el equipo del parto hospitalario y domiciliario (España)
- ✓ Poca captación familiar, social y profesional
- ✓ Pocos profesionales que atiendan partos domiciliarios
- ✓ Acceso privado (España)
- ✓ No recomendable a domicilios en condiciones inadecuadas (higiene, temperatura y acceso)<sup>(27)</sup>

## **CLASIFICACION DE PARTERAS**

### **PARTERA 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.

#### PARTERA 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.<sup>(28)</sup>

### **COSTUMBRES Y CREENCIAS DEL PARTO DOMICILIARIO**

El embarazo la mayoría de las mujeres de zonas alejadas permiten que las parteras puede 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 realizan.

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, con respecto al primer baño del bebe lo debe de hacer la abuela por tradición.<sup>(29)</sup>

#### **2.2.4 COMPLICACIONES MATERNAS:**

- 1. DESGARROS PERINEALES:** ocurren con frecuencia, sobre todo en primíparas.

Clasificación:

- ✓ 1º grado: Lesión de piel perineal muchas veces no necesitan ser reparados;
- ✓ 2º grado: Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal generalmente pueden ser reparados fácilmente y cicatrizan sin complicaciones.
- ✓ 3º grado: la piel y todos los músculos que llegan hasta el esfínter anal se ven afectados, pueden tener complicaciones más serias y deben ser correctamente reparados para prevenir incontinencia y/o fístulas fecales.
- ✓ 4º grado: el desgarró abarca toda la zona perineal, esfínter anal y la pared del ano. Se trata de una lesión de gravedad por las posibilidades de infección.<sup>(30)</sup>

## **2. ENDOMETRITIS:**

La endometritis puerperal es la infección uterina, típicamente causada por bacterias ascendentes desde el aparato genital inferior o el tracto urogenital. se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto y puede asociarse dolor abdominal bajo, sub involución uterina y loquios de mal olor en un periodo que se puede extender hasta 40 días post parto.<sup>(31)</sup>

## **3. HEMORRAGIA POST PARTO:**

Es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. Es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.<sup>(32)</sup>

#### 4. RETENCION DE PLACENTA:

Es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior al nacimiento. La placenta se puede encontrar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logrará contraerse eficazmente, y el sangrado continúa. Se puede esperar hasta 30 min para que se produzca la salida de la placenta mediante maniobras de tracción controlada más oxitocina, si la placenta y membranas no se eliminan durante este tiempo, se debe sospechar de una placenta retenida. La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal debido a su asociación con la hemorragia postparto.

##### **Clasificación:**

**Total:** causada por distocias de dinámica; inercia, anillos de contracción, distocias Anatómicas y Adherencias anormales de la placenta. **Parcial:** se considera si cuando hay retención de restos de placenta

(cotiledones) o restos de membranas.<sup>(33)</sup>

#### 2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

**ANALFABETA:** Que no sabe leer ni escribir.

**CASADA:** se utiliza para designar a aquella persona que ha contraído matrimonio, es decir, es el estado civil que pasa a tener un individuo a partir del momento que contrae matrimonio

**CASA DE ESPERA:** Es un lugar destinado para el alojamiento o posada temporal de las mujeres gestantes, sus niños pequeños y algún acompañante que la gestante decida

**COMPLICACION:** es una dificultad añadida que surge en el proceso de consecución de una meta determinada

**CONVIVIENTE:** Este término hace alusión a una persona o de cualquier ser vivo que convive, cohabita, vive, comparte, alterna y relaciona

**DESGARRO :** rotura de una estructura o tejido del organismo

**DIVORCIADA:** Que está separado de aquello a lo que está o debería estar unido o con lo que está o debería estar relacionado

**EDUCACIÓN PRIMARIA:** conocida como educación básica, enseñanza básica, enseñanza elemental, enseñanza primaria.

**EDUCACION SECUNDARIA:** educación media, segunda enseñanza, enseñanza secundaria.

**EDUCIÓN SUPERIOR:** estudios superiores, educación profesional y educación terciaria aluden a la última etapa del proceso de aprendizaje académico.

**ESTADO CIVIL:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto

**GRADO DE INSTRUCCIÓN::** 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

**GRAN MULTIPARA:** mujer que ha dado a luz más de cinco veces

**HEMORRAGIA:** Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.

**INFECCION:** Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo

**MULTIPARA:** mujer que tiene entre dos y cuatro partos **NULIPARA:** Mujer que no ha dado a luz ningún hijo.

**PARTO DOMICILIARIO:** parto atendido en el hogar ya sea por personal de salud o partera.

**PARTO VERTICAL:** Aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto.

**RETENCION DE PLACENTA:** alteración de la anatomía del útero o sus tejidos musculares y vasculares

**SOLTERA:** Que no está unido en matrimonio a otra persona

**VIUDA:** aquella persona cuyo cónyuge ha fallecido



**CAPÍTULO III**  
**PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANALISIS Y DISCUSIÓN DE**  
**RESULTADOS**

### 3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### “PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE CORACORA JULIO 2016- JULIO 2017”

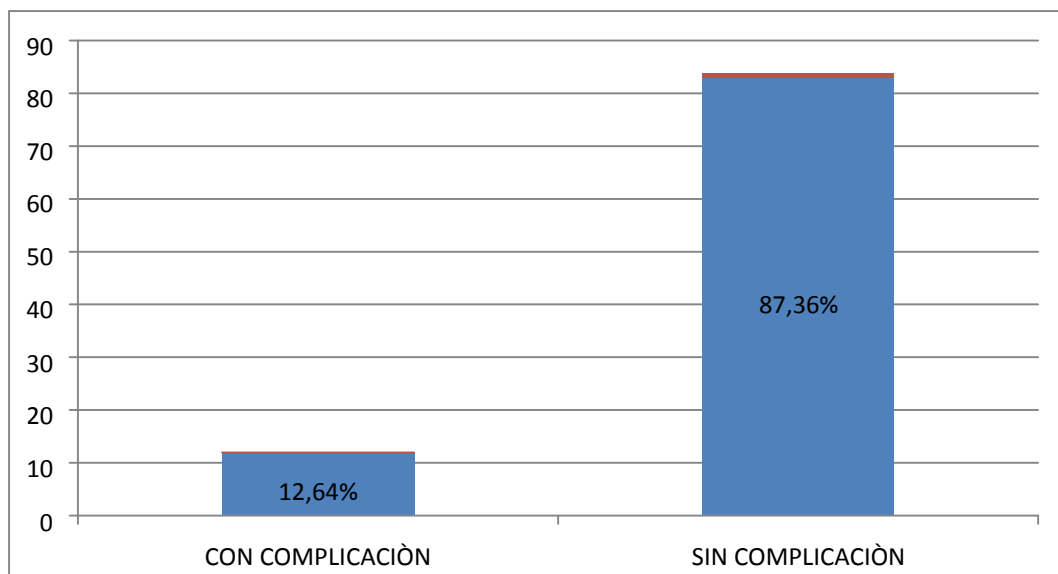
Tabla 01

#### COMPLICACIONES DEL PARTO DOMICILIARIO

COMPLICACIÓN MATERNA	N <sup>a</sup>	%
CON COMPLICACIÓN	12	12,64
SIN COMPLICACIÓN	83	87,36
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital Referencial de Coracora  
Se observa que de los partos domiciliarios atendidos no presentaron complicación el 87,36% y los partos que se complicaron 12,64%.

#### GRAFICO 01



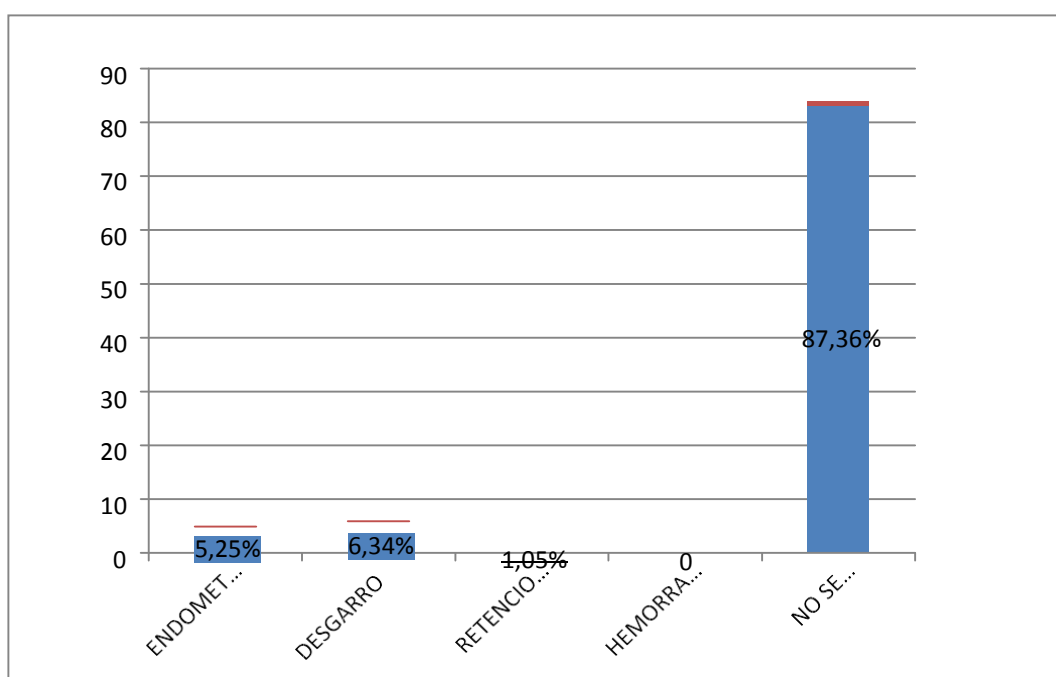
**“PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE CORACORA JULIO 2016- JULIO 2017”**

**Tabla 02  
SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS**

<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>	<b>Nª</b>	<b>%</b>
ENDOMETRITIS	5	5,25
DESGARRO VULVO-PERINEAL	6	6,34
RETENCION DE PLACENTA	1	1,05
HEMORRAGIA POST PARTO	0	0,00
NO SE COMPLICARON	83	87,36
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital Referencial de Coracora  
Se observa que en mayor porcentaje se encuentran los desgarros con un 6,34% seguido por la endometritis con un 5,25% y finalmente la retención de placenta con un 1,05%

**GRAFICO 02**



**“PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN EL  
HOSPITAL REFERENCIAL DE CORACORA JULIO 2016- JULIO 2017”**

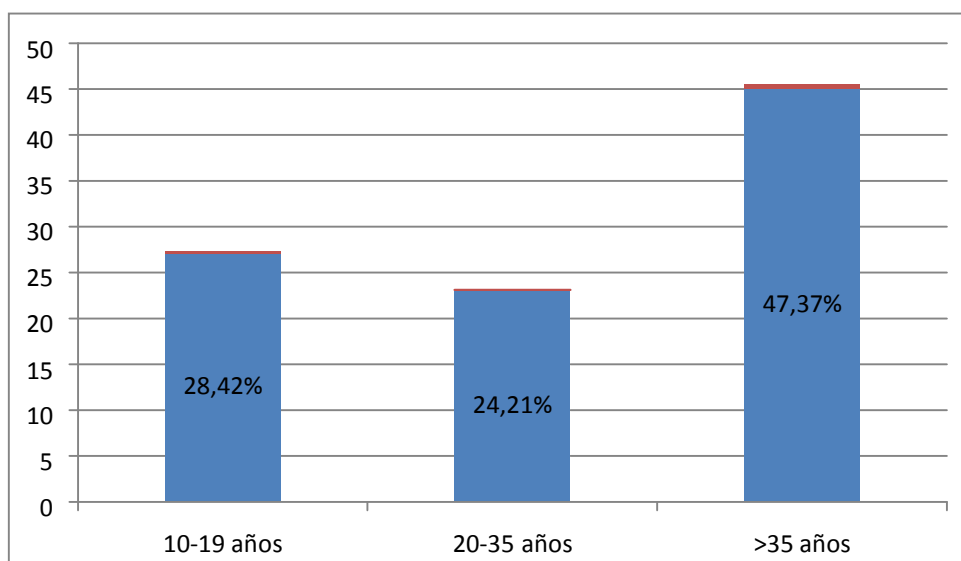
**Tabla 03**

**SEGÚN EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>N<sup>a</sup></b>	<b>%</b>
De 10-19 años	27	28,42
De 20-35 años	23	24,21
>35 años	45	47,37
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital Referencial de Coracora  
Se observa que en una mayor cantidad se encuentra el grupo conformado por las mujeres > 35 años con 47,37% seguido por el grupo de mujeres de 10-19 años con un 28,42% y finalmente se encuentra el grupo de 20-35 años con un 24,21%.

**GRAFICO 03**



**“PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN EL  
HOSPITAL REFERENCIAL DE CORACORA JULIO 2016- JULIO 2017”**

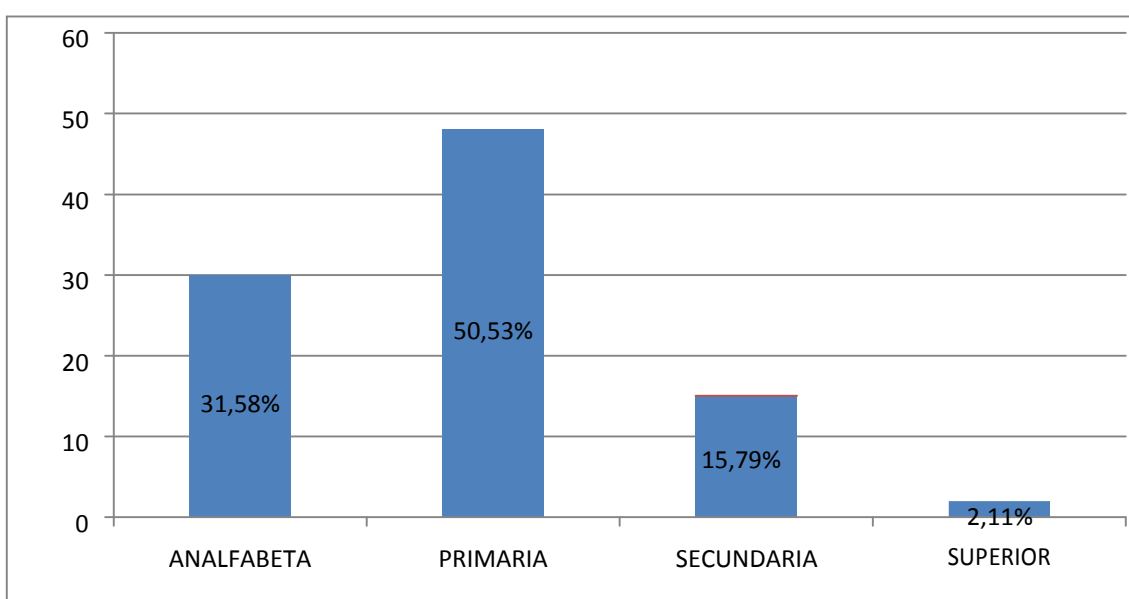
**Tabla 04**

**SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
ANALFABETA	30	31,58
PRIMARIA	48	50,53
SECUNDARIA	15	15,79
SUPERIOR	2	2,11
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital Referencial de Coracora  
Se observa una mayor frecuencia en educación primaria con un 50,53% seguido por analfabeta con un 31,58% siguiendo educación secundaria con un 15,79% y finalmente educación superior con un 2,11%.

**GRAFICO 04**



**“PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN EL  
HOSPITAL REFERENCIAL DE CORACORA JULIO 2016- JULIO 2017”**

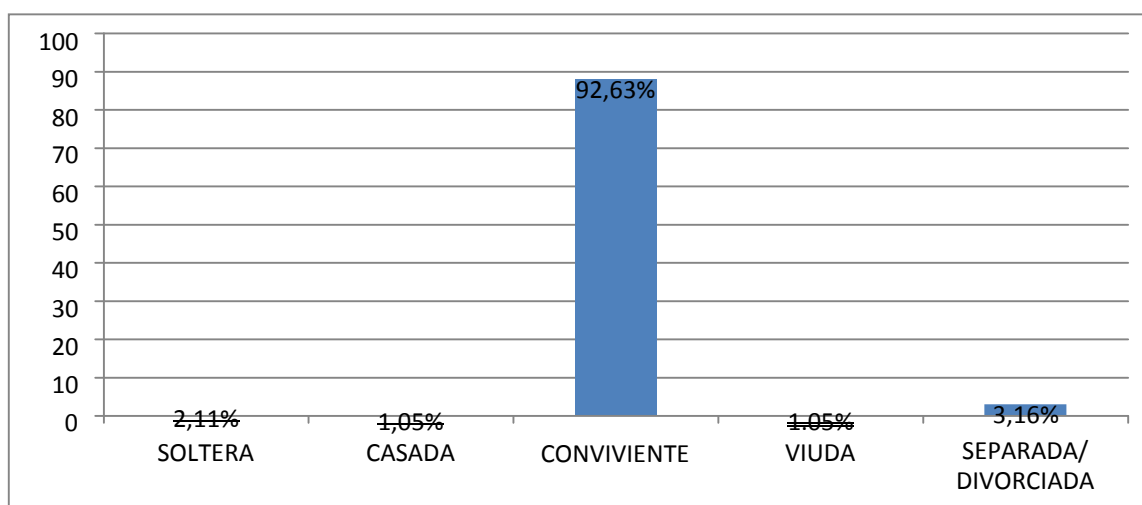
**TABLA 05**

**SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	Nº	%
SOLTERA	2	2,11
CASADA	1	1,05
CONVIVIENTE	88	92,63
VIUDA	1	1,05
SEPARADA/ DIVORCIADA	3	3,16
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital Referencial de Coracora  
Se observa que con mayor frecuencia se presenta en las convivientes con un 92,63% seguido por divorciadas con un 3,16% continuando el grupo de soltera con un 2,11% y por ultimo la casadas con un 1,05% igual que la viuda con un 1,05%

**GRAFICO 05**



**“PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN EL  
HOSPITAL REFERENCIAL DE CORACORA JULIO 2016- JULIO 2017”**

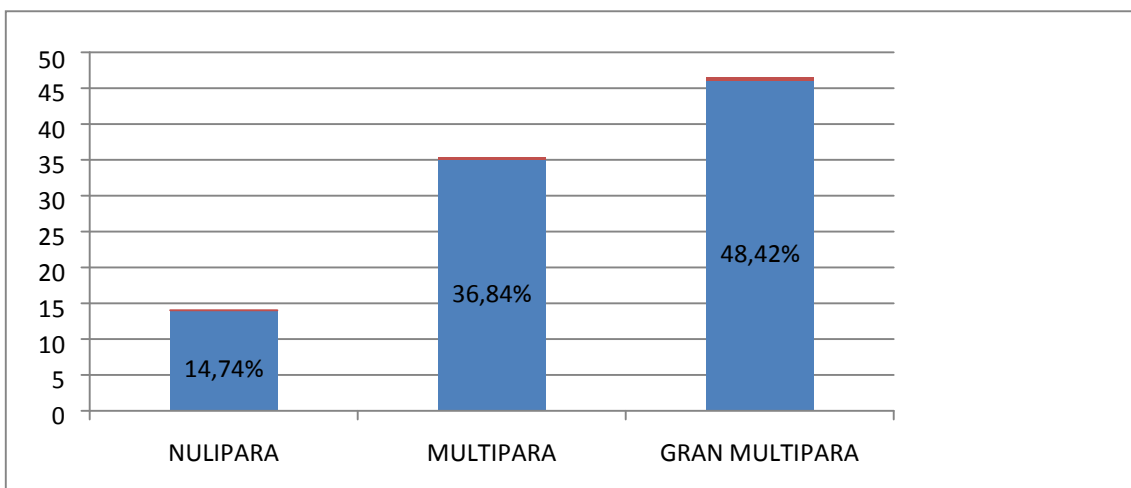
**TABLA 06**

**SEGÚN PARIDAD**

<b>PARIDAD</b>	<b>N<sup>º</sup></b>	<b>%</b>
NULIPARA	14	14,74
MULTIPARA	35	36,84
GRAN MULTIPARA	46	48,42
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital Referencial de Coracora  
Se observa que en primer lugar se encuentra el grupo de gran múltiparas con un 48,42% seguido en grupo de las múltiparas con un 36,84% y por último las nulíparas con un 14,74%

**GRAFICO 06**



### 3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación en el Hospital Referencial de Coracora concluye que el parto domiciliario con complicaciones maternas fue en un 12,63% y no presentaron complicación el 87,37%.

1. La investigación de Chialcasa Silvia llego a la conclusión que las complicaciones maternas más frecuentes son las hemorragias con un 20% no coincidiendo con la presente investigación que se encontró que la complicación más frecuente fueron los desgarros vulvo perineales con un 6,34%.
2. La investigación de Rivas Carolina llego a la conclusión que el grado de instrucción más frecuente para la decisión de un parto domiciliario son las del grupo de analfabetas con un 45,45% no coincidiendo con la presente investigación en la que se encontró que el grado de instrucción que predomina como la principal son las de educación primaria con un 50,53%. Referente a la edad la investigación de Rivas llego a la conclusión que con más frecuencia se presenta en el grupo de 30-38 años coincidiendo con la presente investigación que en su mayor frecuencia son las del grupo de mayores de 35 años con un 47,37%; con respecto a la paridad la investigación de Rivas llega a la conclusión que las multíparas y gran multíparas son las de mayor frecuencia coincidiendo con la presente investigación que concluyo que las de mayor frecuencia son las gran multíparas con un 48,42%.
3. La investigación de Custodio Jesús llego a la conclusión que la edad más frecuente para la decisión de un parto domiciliario fue de 30-37 años coincidiendo con la investigación que concluyo que la edad con mayor frecuencia son las mujeres mayores de 35 años con un 47,37%, la investigación de Custodio llega a la conclusión que el estado civil mas frecuente son las convivientes con un 97% coincidiendo con la presente investigación en la que se encontró que es estado civil con mayor porcentaje son las convivientes con un 92,63%; con respecto al grado de instrucción la investigación de Custodio llego a la conclusión que con mayor frecuencia están las analfabetas con un 12,1% no coincidiendo con la



presente investigación en la que el grupo con mayor frecuencia fueron las de instrucción primaria con un 50,53%.

4. La investigación de Tarqui Carolina llego a la conclusión que la edad con mayor frecuencia es de 28-34 años no coincidiendo con la presente investigación que concluyo que la edad con mayor frecuencia es las mujeres mayores de 35 años con un 47,37%.
5. La investigación de Fernández Romaní llego a la conclusión con respecto al grado de instrucción analfabetas tienen 17 veces más probabilidad de un parto domiciliario no coincidiendo con la presente investigación que concluyo que las mujeres con grado de instrucción primaria fueron las de mayor frecuencia con un 50,53%; con respecto a la paridad la investigación de Fernández llego a la conclusión que las mujeres gran multíparas tienen 5 veces más probabilidad a un parto domiciliario coincidiendo con la presente investigación que las de mayor frecuencia son las gran multíparas con un 48,42%.

## CONCLUSIONES

1. Se llegó a la primera conclusión que los partos domiciliarios que presentaron complicaciones fue en un 12,64% y los partos domiciliarios que no presentaron complicaciones fueron el 87,36%.
2. Dentro de los partos domiciliarios complicados se llega a la conclusión que la complicación materna más observada en el presente estudio son los desgarros vulvo-perineales con un 6,32% seguido de endometritis con un 5,25%; y finalmente la retención de placenta con un 1,05%
3. En relación a los factores socio demográficos y obstétricos se llegó a la conclusión que según la edad el grupo con mayor porcentaje fue el de > 35 años con un 47,37% seguido del grupo entre 10-19 años con un 28,42%, finalmente el grupo entre 20-35 años con un 24,21%; según grado de instrucción el grupo que ocupó el mayor porcentaje fue el de educación primaria con un 50,53% seguido del grupo de analfabetas con un 31,58% continuando el grupo de educación secundaria con un 15,79% y finalmente el grupo de educación superior con un 2,11%; según estado civil el grupo con mayor porcentaje fue el de las gestantes convivientes con un 92,63%, seguido del grupo de divorciadas con un 3,16% y finalmente el grupo de las casadas con un 1,05% de igual manera el grupo de las viudas con un 1,05% ; según paridad el grupo cuyo mayor porcentaje obtuvo fue el de gran multíparas con un 48,42% seguido del grupo de multíparas con un 36,84% y finalmente el grupo de las nulíparas con un 14,74%.

## RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de la salud deben promover, concientizar y sensibilizar a la población para disminuir el número de partos domiciliarios e incrementar los partos institucionales, para así evitar la morbilidad materna perinatal. Así mismo se debe realizar las coordinaciones con los agentes comunitarios y las autoridades locales para la atención oportuna de los casos de partos domiciliarios en el hospital referencial de Coracora
2. Protocolizar la atención de la paciente de parto domiciliario, que incluya el flujo de la paciente, la atención integral y la aplicación de medidas preventivas de las posibles complicaciones maternas identificadas en la presente investigación.
3. Establecer un radar de mujeres en riesgo a un parto domiciliario como son las gestantes mayores de 35 años, gran multíparas, con grado de instrucción analfabetas y educación primaria priorizándolas para hacer un seguimiento al embarazo y captarla para un parto institucional; así mismo gestionar a nivel de las autoridades correspondientes la contratación de personal calificado para cumplir las actividades programadas con el grupo de riesgo durante la gestación y en el puerperio evitando así los embarazos no planificados y la multiparidad.
4. Incluir en el plan de estudios de Obstetricia el idioma quechua como curso regular y no electivo, con el fin de que el profesional Obstetra pueda comunicarse fluidamente y superar así la barrera de comunicación en la captación de pacientes para parto domiciliario.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tarqui Carolina. Factores asociados con la elección de un parto domiciliario Perú 2009.
2. Carpio L. Situación de la mortalidad materna del Perú 2012
3. Borda Villegas C. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá 2012.
4. Guevara Ríos E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú 2016 revme/7(1-2)
5. Perú encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2016 Nª2017-0572
6. Castillo Guerra J. Atención de parteras tradicionales en el Perú 2014
7. Diaz Gaby., Parto culturalmente adecuado enero 2017 Rev/mod(1-3)
8. Hutter-Coelho U; Waldmann, A. Parteras indígenas Bolivia Santa Cruz; USAID/CCH/MSPS; 2014. 98 p
9. OcorimaNuñez W. Palomino Arana C. Gobierno regional de Ayacucho, Gerencia Regional de almacenamiento presupuesto y acondicionamiento territorial, Ayacucho julio 2012
10. Dirección de Salud Callao. El derecho a la identidad. Informe Técnico de la Oficina de Estadística. Callao: DISA Callao; 2013
11. Chialcaza S. Parto domiciliario relacionado con complicaciones maternas infantiles de la parroquia Columba Ecuador periodo 2016- 2017.
12. Rivas C. Factores asociados al parto domiciliario en embarazadas y puérperas en Cantón las Maríaszalco Sonsonante El Salvador en el periodo comprendido enero-julio del año 2016.
13. Borda Villegas C. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. Rev. Salud pública. 3 (2): 154 -170, 2012

14. Custodio Julio. Características socio demográficas del parto domiciliario en pobladores del centro poblado Kenguer Lambayeque durante el periodo 2000-2016.
15. Tarqui C. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. RevPerúMedExp Salud Publica 22(2), 2010
16. Fernández Romaní, José Luis; Mayorga Zárate, Silvia Luz. Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madre de zona urbana y rural de San Jerónimo Cuzco. 2012. SITUA;3(5):31-3,
17. Rojas Ponce N. Nivel de conocimiento de las obstetras sobre el parto vertical y cumplimiento de la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en el Hospital de Vitarte en el 2015.
18. Sánchez Henry, Parto vertical Apurímac 2013 UNICEF.
19. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural NTN<sup>o</sup>033-MINSA/DGSP-V.01.
20. Muñiz Rojas A. Aspectos fisiológicos del parto vertical Moquegua 2013
21. Documento técnico gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera UNFPAN<sup>a</sup>2010-15254
22. Guía de implementación de casa de espera materna con gestión comunal MINSA 2012 N<sup>o</sup>PAG34
23. Tarqui C. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. RevPerúMedExp Salud Publica 22(2), 2010
24. Parto programado domicilio desde SOCHOG 2017 Rev.chil.obst.vol.2
25. Ferra M. Parto domiciliario planificado Uruguay 2016
26. Mersden Wagner C. La necesidad de humanizar el parto España 2010 Rev/N<sup>o</sup>10598-610. .
27. Saz Peiro M. Asistencia en parto en casa España 2012 Rev/Med/vol2n<sup>o</sup>1 13-32

28. OMS /OPS El estado de las parteras en el mundo México 2014 CPMS.
29. Medina A. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampu Amazonas 2013
30. López M., Palomino M. Lesiones perineales de origen obstétrico España 2014.
31. Wegner J. endometritis puerperal EE.UU 2014 Rev/ginec. Vol.4
32. Karisson H. Hemorragia post parto en el Hospital Navarra España 2012
33. Benites Vidal E. Retención placentaria como causa de hemorragia post parto en el hospital de Vitarte Lima 2015.

## **ANEXOS**

**“PARTO DOMICILIARIO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN EL  
HOSPITAL REFERENCIAL DE CORACORA JULIO 2016- JULIO 2017”**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

FICHA N° \_\_\_\_\_

**1. DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS Y OBSTETRICOS:**

**EDAD**

10 – 19

años

20 – 35

años

>35 años

**PARIDAD:**

Nulípara

Múltipara (2-4)

Gran múltipara

(> 5 hijos )

**GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

ANALFABETA

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

**COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO DOMICILIARIO**

INFECCIONES

HEMORRAGIAS POST PARTO

DESGARROS VULVO

PERINEALES

RETENCION DE PLACENTA

SIN COMPLICACION



**MATRIZ DE CONSISTENCIA:**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO
<p><b><u>PROBLEMA PRINCIPAL:</u></b> ¿Los partos domiciliarios predisponen complicaciones maternas en el hospital referencial de Coracora julio 2016-julio 2017?</p> <p><b><u>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los tipos de complicaciones maternas de los partos domiciliarios en el hospital referencial de Coracora julio 2016julio 2017 ?</li> <li>- ¿Cuáles son los factores socio demográficos y obstétricos que influyen en la decisión de parto domiciliario en el hospital referencial de Coracora julio 2016julio2017?</li> </ul>	<p><b><u>OBJETIVO GENERAL:</u></b> Determinar si los partos domiciliarios predisponen complicaciones maternas en el hospital referencial de Coracora julio 2016-julio 2017</p> <p><b><u>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los tipos de complicaciones maternas de los partos domiciliarios en el hospital referencial de Coracora julio 2016-julio 2017?</li> <li>- identificar los factores socio demográficos y obstétricos que influyen en la decisión de parto domiciliario en el hospital referencial de Coracora julio 2016-julio 2017</li> <li>-</li> </ul>	<p><b><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></b></p> <p>Parto domiciliario</p> <p><b><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></b></p> <p>Complicaciones maternas</p> <p><b><u>VARIABLE INTERVINIENTE</u></b></p> <p>Factor Socio demográfico y obstétrico</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>Desgarro vulvo-perineal (SI- NO) Hemorragia (SI- NO) Infecciones ( SI- NO) Retención de placenta ( SI- NO)</p> <p><b><u>Factores socio demográficos</u></b> <b>Edad</b> 10 a 19 años 20 a 35 años &gt; de 35 años <b>Grado de instrucción</b> Analfabeta Primaria Secundaria Superior <b>Estado civil</b> Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada <b>Factor</b></p> <p><b><u>obstétrico:</u></b> <b>Paridad</b> Nulípara(0partos) Múltipara (2 a 4 partos) Gran múltipara(&gt;5 partos)</p>	<p>FICHA DE ENCUESTA</p> <p>HISTORIA CLINICA</p> <p>FICHA DEENCUESTA</p> <p>HISTORIA CLINICA</p> <p>FICHA DEENCUESTA</p> <p>HISTORIA CLINICA</p>

