



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

TESIS:

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CULMINACIÓN DE
PARTOS EXTRAHOSPITALARIOS EN LAS USUARIAS
ATENDIDAS EN LA RED DE SALUD HUAURA – OYÓN EN EL
AÑO 2016”**

PRESENTADO POR:

BACH. MANRIQUE VILLÓN JAHAIRA DESIREE

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

HUACHO- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres Luis y Carmen quienes siempre están a mi lado brindándome su amor, su apoyo incondicional y sacrífico en todos estos años para ser de mi una mejor persona. A mis hermanos, pareja e hija que viene en camino por impulsarme día a día a seguir adelante y poder cumplir una de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios quien da la fortaleza para continuar en los momentos difíciles. A mi asesora Obst. Julissa Ciriaco por su desinteresada ayuda. Y a todas esas personas que de una u otra manera han contribuido para lograr mis objetivos.

RESÚMEN

En la red Huaura – Oyón, se reconoce a la población rural cual en un porcentaje conserva sus costumbres autóctonas de manera muy arraigada lo cual influye en la salud el trinomio familiar, porque se respeta además la cultura del esposo, por lo cual se considerara importante observar las historias clínicas para poder llevar a cabo nuestra investigación. El objetivo es determinar los factores que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. La población y la muestra estuvo conformada por 36 gestantes atendidas en la red Huaura – Oyón. Resultados: Según edad de 26 a 35 años el 44.44%; el 30.55% son segundigesta, el 72.22% tiene carretera, el 58.33% si tuvo parto domiciliario anteriormente, el 83.33% si tuvo visita domiciliaria.

Palabras claves: Factores sociales, culturales, geográficos, servicios de salud.

ABSTRACT

In the Huaura - Oyón network, the rural population is recognized as a percentage that preserves their native customs in a very ingrained way, which influences the health of the family trinomial, because the husband 's culture is also respected. It is important to observe the medical records in order to carry out our research. The objective is to determine the factors that influence the completion of out - of - hospital deliveries of the users served in the Huaura - Oyón health network in 2016. Methods: A retrospective, descriptive, cross - sectional study was conducted. The population and sample consisted of 36 pregnant women attended in the Huaura - Oyón network. Results: According to age from 26 to 35 years, 44.44%; 30.55% are segundigesta, 72.22% have a road, 58.33% if they had a previous childbirth, 83.33% if they had a home visit.

Key words: Social, cultural, geographical factors, health services.

ÍNDICE

Caratula	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract.....	vi
Introducción	x
Capítulo I:	1
Planteamiento del problema.....	1
1.2. Delimitación del problema.....	4
1.2.1. Delimitación espacial:	4
1.2.2. Delimitación temporal:	4
1.2.3. Delimitación social:	4
1.3. Formulación del problema.....	4
1.3.1. Problema principal	4
1.3.2. Problemas secundarios	5
1.4. Objetivo de la investigación	5
1.4.1. Objetivo principal	5
1.4.2. Objetivos secundarios.....	5
1.5. Hipótesis de la investigación	6
1.5.1. Hipótesis principal:.....	6
1.6. Justificación e importancia de la investigación	6
Capítulo II:	9
Marco teórico	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.1.1. Antecedentes internacionales	9
2.1.2. Antecedentes nacionales	15
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1. Historia del parto.....	23
2.2.3. Atención del parto por una partera tradicional.....	24
2.2.4. Tratamiento de las enfermedades en el parto	25

2.2.5. Factores que intervienen en la aceptación del parto institucional.....	26
2.2.6. Definición del parto:	28
2.2.7. Causa del inicio de trabajo de parto durante el embarazo:	29
2.2.8. Teoría de la privación de la progesterona	29
2.2.9. Teoría de la oxitocina.....	29
2.2.10. Teoría del control endocrino fetal.....	30
2.2.11. Teoría de las prostaglandinas.....	30
2.2.12. Control prenatal.	30
2.2.13. Personas que participan en el proceso para la atención de parto (eutócico).....	31
2.2.14. Atención institucional del parto.	32
2.2.15. Sistemas característicos de salud del Perú	38
2.3. Definición de términos básicos.....	38
Capítulo III:	40
Metodología	40
3.1. Tipo de investigación	40
3.2. Diseño de la investigación	41
3.3. Población y muestra	41
3.3.1. Población:.....	41
3.3.2. Muestra:.....	41
3.4. Variables.....	42
3.4.1. Operacionalización de variables	42
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.5.1. Técnicas	42
3.5.2. Instrumentos	43
Capítulo IV	45
Resultados	45
4.1. Resultados	45
i. Características socio demográficos	45
Tabla n° 1	45
Tabla n° 2	46
Tabla n° 3	47

Tabla n° 4	48
Tabla n° 5	49
ii. Características geográficas	51
Tabla n° 6	50
Tabla n° 7	51
Tabla n° 8	52
Tabla n° 9	53
Tabla n° 10	54
iii. Factores culturales	55
Tabla n° 11	55
Tabla n° 12	56
Tabla n° 13	57
Tabla n° 14	58
iv. Factores de prestación de servicios de salud	59
Tabla n° 15	59
Tabla n° 16	60
Tabla n° 17	61
Tabla n° 18	62
4.2. Discusión de los resultados	65
Conclusiones	72
Recomendaciones	73
Referencias bibliográficas	74
Anexo 1. Matriz de consistencia	78
Anexo 2. Ficha de recolección de datos.....	80

INTRODUCCIÓN

Al inicio del siglo XX el parto comenzó a realizarse en hospitales o centros maternos con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de manejar la atención del parto que sea institucional. Las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones, de este modo el parto se comportó en un “acto médico” cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la preferencia de la pacientes y el derecho de las mismas a elegir su posición de parto, tener acompañamiento.

Se reconoció la problemática de los factores del parto domiciliario, por ello se plantea la siguiente investigación, con el propósito de conocer los factores para el desarrollo del parto en el Hospital, Centro de materno; cuya importancia radica en que permitirá implementar medidas que reconsideren a la mujer como protagonista de su parto.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se presenta el Planteamiento del problema que incluye: La descripción de la realidad problemática, la delimitación de la investigación: Temporal, geográfica y social; el problema: principal y secundarios; los objetivos de la investigación: generales y específicos; y la justificación de la investigación.

En el capítulo II se abordan los aspectos teóricos relacionados con: Los antecedentes de investigaciones nacional e internacional, las bases teóricas y definiciones.

En el capítulo III se aborda los aspectos relacionados a su metodología de investigación se observa el diseño de la investigación, la población y muestra, la variable con sus dimensiones e indicadores.

En el capítulo IV se presentan los resultados y la discusión de los mismos. Asimismo, se ofrece las conclusiones y recomendaciones acompañados de las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 numerables conocimientos, costumbres, rituales y demás 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 un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

A partir de estos estudios se pone de manifiesto que siendo el embarazo y el parto procesos universales en cuanto a la fisiología del cuerpo humano, sin embargo nunca ocurren como un proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales.¹

La maternidad segura se refiere a la promoción y protección del derecho al disfrute del más alto nivel de salud de mujeres embarazadas, madres y recién nacidos.

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna, el Ministerio de Salud a través del programa Nacional de Salud Materno Perinatal tiene como prioridad disminuir los altos índices de

mortalidad para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el plan nacional para la reducción de mortalidad.

Estas estrategias están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud; promoviendo el control prenatal. Sin embargo existe un porcentaje de partos domiciliarios; los cuales no hacen más que reflejar que la problemática de la mortalidad materna urge abordarla teniendo en cuenta aspectos mucho más cercanos a las gestantes tales como aspectos interculturales a ser tomados en cuenta en la atención.

Actualmente la importancia de la atención obstétrica es identificar cuáles son los factores que pueden influir negativamente sobre la gestación generando a veces daños irreversibles y/o fatal para la madre y el recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) Unicef, UNFRA, grupo del Banco Mundial y división de población de la Naciones Unidas la evaluación de la mortalidad materna 1990- 2015 disminuyó en 44%.¹

En América Latina y el Caribe la mortalidad materna se demostró que la mortalidad materna se redujo en 40 %. Entre 1990 - 2013; un nuevo informe de las Naciones Unidas muestra que 11 países han logrado avances significativos en la reducción de muertes relacionándola con el embarazo y parto.

En el Perú la mortalidad materna se redujo en un 10% entre el 2010 y 2014 según ENDES 2015, si bien durante los últimos decenios se han realizado progresos destacables. En el Perú se han tenido importantes avances con respecto a la disminución de los casos de muerte materna en los últimos años y en lo que respecta a la mejora de la salud materna.¹

A nivel regional durante el año 2015 se efectuaron 174 partos domiciliarios y de ello terminaron con 2 muertes maternas; y a nivel de redes de salud: Red

¹ Cuevas E. Vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. DANE- Estadísticas Vitales- EEVV, 2014- 2015. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/Biblioteca_Digital/RIDE/IA/ins/vigilancia-salud-publica-maternidad-degure.pdf.

Chilca Mala 13 se efectuaron partos domiciliarios, Red Barranca - Cajatambo 22 partos domiciliarios, Red Huaral – Chancay 12 partos domiciliarios, Red Cañete 67 partos domiciliarios, Red Huarochirí 13 partos domiciliarios, Red Canta 7 partos domiciliarios y Red Huaura – Oyón 40 partos domiciliarios.²

En la Red de Salud Huaura-Oyón en el año 2015 se han reportado en sus 5 Microredes un total de 40 partos domiciliarios terminando con 1 muerte materna en la Microred Huaura. Situación que evidencia un indicador muy importante para establecer prioridades de intervención con impacto para reducir los partos domiciliarios.

Finalmente es pertinente indicar que desde los años 80, los estudios sobre la reproducción se enfocaron directamente a investigar la atención obstétrica en la sociedad, poniendo énfasis en las representaciones y practicas relacionadas al incremento de la institucionalización del parto, pasando a ser un acto sanitario, hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología en el marco de un proceso simultaneo de medicalización (Castillo 2014)

El parto institucional implica un medio de atención que incluye los cuidados por parte del personal Obstétrico- Medico, lo que no sucede en los partos domiciliarios.

El incremento del parto domiciliario son barreras para la atención del parto institucional, entre los factores que podemos mencionar tenemos el bajo nivel educativo, problemas económicos, la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la practicas más frecuente, la poca accesibilidad (distancia y costos), el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto.(MINSa 2012)

Por todas estas consideraciones y la evidencia de partos domiciliarios en la Red de salud Huaura – Oyón, me motivaron a desarrollar el estudio de investigación con la finalidad de conocer en forma objetiva los factores que

² Informacion estadística. Direccion regional de Salud (2016)

influyen en la culminación de partos extrahospitalarios. Así se espera aportar información que permitan reducir progresivamente esta realidad..

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Delimitación Espacial: La Investigación se llevó a cabo en los establecimientos de salud donde se efectuaron partos domiciliarios y que se encuentran localizada en la provincia Huaura - Oyón.

1.2.2. Delimitación temporal: Se llevó a cabo durante el periodo de enero - diciembre 2016, tendrá una duración de 1 año, comenzará el 2 de enero - 31 de diciembre 2016.

1.2.3. Delimitación social: El presente trabajo de investigación se realizó con las usuarias que han recibido atención en los diferentes establecimientos de salud que conforman la Red de Salud Huaura-Oyón en el año 2016.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal

- ¿Cuáles son los factores que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?

1.3.2. Problemas secundarios

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?
2. ¿Cuáles son los factores geográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?
3. ¿Cuáles son los factores culturales que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?
4. ¿Cuáles son los factores prestación de servicios de salud que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo principal

- Determinar los factores que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.

1.4.2. Objetivos secundarios

1. Identificar los factores sociodemográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios en las usuarias atendidas de la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.
2. Identificar los factores geográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.
3. Identificar los factores culturales que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.
4. Identificar los factores de prestación de servicio de salud que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis Principal:

- (Por ser un estudio descriptivo este trabajo no presenta hipótesis.)

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El alto índice de partos extrahospitalarios es actualmente un problema importante de Salud Pública, en nuestro país se han venido realizando muchos esfuerzos y estableciendo compromisos a nivel local, regional y nacional para mejorar la salud materna y del recién nacido/a, lo cual contribuye a reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. A pesar de todos estos esfuerzos y de la implementación de nuevas estrategias a nivel comunitario, la atención del parto extrahospitalario, por personal no calificado sigue siendo un problema en las zonas urbanas y rurales a nivel de la Red Huaura Oyón.

A nivel regional uno de los factores más relacionados con la muerte materna es el lugar de atención del parto; las muertes maternas responden en un 80% a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; la mayoría de muertes maternas ocurren alrededor del parto por esto, cualquier demora que impida el acceso de una mujer con una complicación a una atención calificada y la atención del parto en un servicio sin capacidad resolutive, puede ocasionarle la muerte. Es por ello que el presente trabajo de investigación pretende identificar los factores que influyen a un parto extrahospitalario; los resultados de la investigación aportará información relacionada a los factores que indiquen para la poca aceptación del parto institucional en una comunidad con características demográficas, sociales, económicas, educativas y otras determinantes; que permitan establecer estrategias de acercamiento a las comunidades y/o realizar cambios oportunos dentro de los servicios de salud, con el propósito de aumentar y garantizar el bienestar y la calidad de vida no solo del binomio madre hijo, sino además de su familia y de la comunidad.

Aspecto Teórico: El aporte de la presente investigación pretende identificar los factores que influyen en un parto extrahospitalario, para reducir las muertes maternas y neonatales ya que es una causa de muerte materna.

Aspecto Práctico: De acuerdo a los objetivos de la presente investigación, sus resultados permitirán reducir las muertes maternas y neonatales, logrando aumentar la cobertura de partos institucionales.

Aspecto Metodológico: El presente estudio que se somete a consideración, constituye un valioso aporte en la identificación de factores que influyen en partos extrahospitalarios, el cual pretende aportar información para las intervenciones oportunas y evitar partos domiciliarios.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Nacionales

1. Custodio Marroquin J. (2016). Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016. Lambayeque.³

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010-2016. Material y Métodos: Estudio Descriptivo transversal. Se incluyeron todas las pobladoras que tuvieron parto domiciliario durante el período 2010-2016 en el Centro Poblado Kerguer. 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

³ Custodio Marroquin J. (2016). Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016. Pag. 10

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.

2. Mariños Rodríguez Hella Maricer. (2013). Percepción de la calidad de atención en servicios de salud y su relación con la preferencia en la elección del lugar de atención el parto en mujeres en edad fértil del distrito de Agallpampa Otuzco, 2013. Trujillo - Perú. ⁴

Objetivo: Conocer si existe la relación entre la percepción de la calidad de atención en los servicios de salud y la preferencia en la elección del lugar de atención del parto en mujeres en edad fértil del distrito de Agallpampa – Otuzco 2013. Materiales y métodos: Mujeres en edad fértil habitantes del distrito de Agallpampa – Otuzco. El instrumento de Recolección de datos consistió en una encuesta elaboración en base a la norma técnica “Estándares de calidad para el primer nivel de atención de salud” previamente validada en un piloto. Resultado: Existe relación altamente significativa entre la percepción de la calidad de atención de los servicios de salud con la preferencia del lugar de atención. El nivel de percepción de calidad de atención en los servicios de salud fue bueno en el 49%; regular en 41% y malo en 9%. Los atributos de calidad asociados con la preferencia en la elección del lugar de atención del parto son: trabajo en equipo, participación social, satisfacción del usuario externo, oportunidad y respeto al usuario. El 70% de mujeres entrevistadas optan por el parto institucional, el 30% parto domiciliario. Conclusión: Existe relación entre la percepción de la calidad de atención de los servicios de salud y la preferencia en el lugar de atención de parto.

⁴ Mariños Rodríguez Hella Maricer. (2013). Percepción de la calidad de atención en servicios de salud y su relación con la preferencia en la elección del lugar de atención el parto en mujeres en edad fértil del distrito de Agallpampa Otuzco, 2013. Trujillo - Perú

3. **Saravia Poicón Ana. (2015). Retención placentaria en parto domiciliario en el puesto de salud Wiracocha – El Carmen – Chincha – Ica.**⁵

Objetivo: Presentar el caso clínico de retención placentaria de parto domiciliario y fomentar en la mujer la importancia del control prenatal y del parto institucional enfatizando las complicaciones de un parto domiciliario a las gestantes y familiares. Método: Revisión narrativa en la que se analizan ensayos clínicos, estudios prospectivos y retrospectivos, así como revisiones bibliográficas protocolos y guías de práctica clínica sobre la incidencia de la retención placentaria, los factores que influyen en dicha incidencia, métodos de diagnóstico, complicaciones asociadas y manejo de la misma. Resultados: La incidencia de la retención placentaria varía según población, situándose entre 0.5 y el 3% de los partos vaginales, y su diagnóstico se puede hacer mediante la observación de la ausencia de signos de desprendimiento placentario. Cuando la placenta está adherida la extracción manual es la forma de tratamiento de mayor porcentaje de éxito, pero existen medidas menos invasivas como la inyección en la vena umbilical de prostaglandinas, oxitocina o expansores plasmáticos. La inyección de oxitocina en la vena umbilical en los 15-30 minutos postparto reduce la incidencia de extracción manual. Se encontró un beneficio claro de la nitroglicerina sublingual en la reducción de la necesidad de extracción manual de la placenta. El uso de expansor plasmático y prostaglandinas carece de estudios con suficiente evidencia científica. Conclusiones: La retención placentaria es una urgencia que puede ocurrir, pudiendo ser en ocasiones letal. Por ello, la matrona debe conocer cuáles son las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, en la cual se recomienda un manejo activo del alumbramiento, ya que se asocia a una disminución del riesgo de hemorragia postparto (HPP)

⁵ Saravia Poicón Ana. (2015). Retención placentaria en parto domiciliario en el puesto de salud Wiracocha – El Carmen – Chincha – Ica.

4. Vela Coral Gabriela del Pilar. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención de parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015. Lima - Perú ⁶

Objetivo: Determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Método: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. En el análisis descriptivo de variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas. Resultados: La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió

⁶ Vela Coral Gabriela del Pilar. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención de parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015. Lima - Perú

que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular. Conclusiones: Más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto.

5. Torres Davila Y., Russel García Delgado J. (2013). Relación entre características socio demográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas noviembre 2012 - octubre 2013. Tarapoto – Perú.⁷

Objetivo: Determinar la relación que existe entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013. Siendo su metodología cuantitativo, no experimental, transversal y tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo representada por 33 puérperas que fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia, por complicaciones en la atención de parto domiciliario. Se utilizó como instrumento una ficha elaborada por las autoras para recolectar datos de las historias clínicas de las pacientes atendidas por complicaciones de parto domiciliario; para la variable características sociodemográficas se utilizó las dimensiones

⁷ Torres Davila Y., Russel García Delgado J. (2013). Relación entre características socio demográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas noviembre 2012 - octubre 2013. Tarapoto – Perú.

sustentadas en la propuesta de Tula Ruth Muñoz; para la variable complicaciones maternas y del recién nacido las dimensiones fueron: complicaciones en el expulsivo, en el alumbramiento, traumatismos craneoencefálicos, de nervios e infecciones. Método: Los datos obtenidos fueron sistematizados mediante el chi cuadrado: 36,4% se ubicó en edades de 20 a 30 y 31 a más años; 66,7% convivientes; 51,5% de procedencia urbana. 48,5% con grado de instrucción secundaria entre completa e incompleta, 75,8% fueron amas de casa; el 45,5% múltipara, y 39,4% con tres hijos vivos, para el 84,8% el ingreso familiar fue igual o menor a S/. 750.00 y el 57,6% tuvo un embarazo deseado. Resultados: Las principales complicaciones en el expulsivo fueron: desgarro vaginal y desgarro cervical en 21,2 % y en el alumbramiento fueron 30,3% retención placentaria, 36,4% otras complicaciones. Las complicaciones craneoencefálicas del recién nacido: 66,7% caputsucedaneum y 18,2% lesión de plexo braquial. Conclusiones: Los resultados indicaron que existe relación significativa entre edad materna y desgarros maternos en el expulsivo y traumatismos craneoencefálicos en el recién nacido y entre paridad al obtener chi cuadrado experimental mayor que chi cuadrado Tabular.

6. Chagua Pariona Norma Celinda (2010). Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán. Perú.⁸

Objetivo: Identificar las características sociales de mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán. Método: Se estudiaron 200 mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán entre los años 2006 al 2009, mediante una entrevista estructurada que identificó las características sociales. Resultados: El 37% se encontraba entre los 25 a 29 años; 69% fueron amas de casa y el 13% fueron comerciantes; 21% residía en Huaycán entre 1 a 3 años. La mayoría, 38.5% provenía de

⁸ Chagua Pariona Norma Celinda (2010). Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán

Junín y un 15% de Huancavelica. El 41% no tenía casa propia. El porcentaje de mujeres que no concluyeron los estudios iniciales, primaria y secundaria fue 73%. El 69% de las mujeres de parto domiciliario se controlaron el embarazo, Las principales razones para tener un parto domiciliario estuvieron relacionadas a experiencias de maltrato 29.5%; o referencias de maltrato en el hospital 17%. Conclusión. El presente estudio permite corroborar que el perfil de la gestante que tiene partos domiciliarios es el de una mujer proveniente de la sierra, con escolaridad incompleta y particularmente en Huaycán a pesar de acceder a la atención prenatal, no acuden en el momento del parto debido a factores relacionados con la calidad de la atención. El presente estudio abre la puerta para investigar los factores relacionados con la calidad de la atención que influyen en la decisión de tener un parto domiciliario.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

1. Sosa Simisterra Aura Cecilia (2016). Condicionantes de riesgo en los Partos Domiciliarios atendidos por comadronas en la Comunidad de Ricaurte del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas. Ecuador.⁹

Esmeraldas es una provincia que cuenta con muchos pueblos en donde la práctica del parto domiciliario y la medicina ancestral sigue estando vigente, no solo por costumbres sino también debido a muchas condiciones en las que estas familias se encuentran lo que les obliga a dar a luz con parteras. Entre los principales factores por los que las madres se ven obligadas a ser asistidas por una comadrona encontramos: difícil accesibilidad a los establecimientos de salud, costumbres y creencias, falta de educación, bajos recursos económicos y el temor a los

⁹ Sosa Simisterra Aura Cecilia (2016). Condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas. Pag. 9

procedimientos que le realice el personal médico. Para el desarrollo de esta investigación los objetivos fueron: Identificar los condicionantes de riesgos que ocurren en los partos domiciliarios atendidos por comadronas la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas. Esta investigación tuvo un enfoque descriptivo lo que permitió identificar todos los procedimientos y actividades que realizan las parteras o comadronas en las etapas del parto. La muestra fueron 7 comadronas de la comunidad y 15 mujeres con experiencias de partos domiciliarios cuya información permitió el desarrollo de este tema, al realizar la encuesta se evidenció complicaciones como: placenta previa, ruptura prematura de membranas, desprendimiento placentario, preeclampsia o infecciones luego del parto en la madre y el neonato; lo que puede llevar a la muerte fetal o de la madre si no se sabe actuar de forma correcta ante cada una de estas situaciones. Conclusiones: Se evidencio que el 86% de las parteras no cuentan con los materiales e insumos necesarios en la atención del parto domiciliario convirtiéndose esto en un riesgo para la madre y el recién nacido ya que los procedimientos que se realizan no brindan la seguridad necesaria en la atención del parto. Las creencias y costumbres y tradiciones de las madres y familias de esta comunidad, la falta de información por parte del personal de salud a las madres influyen a la elección de un parto en casa que muchas veces es atendido por parteras no vinculadas con el personal de salud, es decir no están lo suficientemente capacitadas en la práctica de este oficio, aumentando el riesgo de muertes maternas y neonatales.

7. López Vasquez Clemente Marcelino. (2014). Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional en Totonicapán Guatemala abril-junio 2014. Quetzaltenango – Guatemala. ¹⁰

Objetivo: Describir los factores que inciden del en la baja cobertura del parto institucional del cantón fue Luis Sivila, Municipio de santa Lucia la

¹⁰ López Vasquez Clemente Marcelino. (2014). Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional en Totonicapán Guatemala abril-junio 2014. Quetzaltenango – Guatemala.

Reforma, Totonicapán Guatemala. Método: Es un estudio descriptivo retrospectivo, la cual fue dirigida a las mujeres que no asistieron a la atención del parto constitucional en el segundo semestre 2013 a febrero 2014. El estudio se lleva a cabo a través de una encuesta, la cual fue administrada y traducida al idioma a los participantes. En el estudio se incluyeron mujeres gestantes de 20 años a mayores de 40 años. En los factores personales se pudo observar que la mayoría de señoras entrevistadas. Tienen de 21 a 30 años, según los factores determinante nivel académico no saben leer ni escribir 52%, estado civil 69% crecimiento. En la mayoría de las señoras encuestadas no se encontró hallazgo que indique que alguno de ellos tenga dificultad para escuchar, hablar o mirar. Por lo tanto se puede afirmar que los factores físicos asociados al funcionamiento de los cinco sentidos no tienen relación con la decisión de la mujer de resolver su parto en su domicilio. Los factores educativos, la mayoría de las señoras manifestaron que se han enterado por algún medio acerca de la atención del parto que brinda el centro de atención permanente. Sin embargo los partos han sido atendidos en sus casas, eso evidencia que están conscientes del tipo de atención que pueden recibir en los servicios de salud; las señoras que manifestaron no haber escuchado o no conocer los servicios que se prestan los servicios corresponde a un 26.2%. Creando la necesidad de informar a las usuarias que en el servicio de salud se atiende parto las 24 horas del día. De las señoras entrevistadas el 71% conocen algunas de las complicaciones que se pueden presentar durante el parto el 29% aduce no conocer las complicaciones, lamentablemente existen factores sociales, culturales y sobre todo económicas que influye al momento de quedarse en casa, por ello es importante la información, las señoras tendrían una mejor perspectiva acerca de los servicios de salud que se dan en el centro de salud permanente sobre todo los riesgos que se corre en su salud y la del niño. En el aspecto social el 71.4% de las señoras entrevistadas manifestaron que ellos mismos eligieron donde tendrían a su niño. el 28.6% no tuvieron la opción de elegir el lugar donde acudirían a resolver

sus partos, asumiendo que fueron otras las personas quienes intervinieron en la elección del lugar de la atención del parto, trabajo del esposo el 74% de los varones no contaban con trabajo fijo, las principales actividades de los hombres es la agricultura; el 26% de ellos tenía trabajo fijo lo que favorece la estabilidad económica de la familia; en el aspecto geográfico las mujeres que participaron en el estudio se evidencia para llegar al servicio de salud deben transitar por un camino de terracería el cual en el invierno es intransitable, por lo que se dificulta la movilización de un lugar a otro. Resultados: Especialmente si surgiera una emergencia obstétrica, la familia opta por quedarse en el hogar por esta situación geográfica; tiempo de llegar al centro de atención de las señoras entrevistadas refieren que les lleva entre hora y media para llegar al servicio de salud. El tiempo es determinante para la atención de salud materna. Se puede afirmar que no existe cobertura geográfica de los servicios de salud. Por lo que las señoras optan por quedarse en casa. Aunque tenga el riesgo de complicaciones ella y el recién nacido. Factor institucional, de todas las señoras encuestadas se pudo percibir que a nivel domiciliario se atendieron la mayoría por comadronas tradicionales. La atención por parte de una comadrona es más alta entre las mujeres rurales y las que tienen bajo nivel educativo. Seguido por un 2% que fue atendido por médico. Por complicaciones obstétricas situación que evidencia el riesgo constante al que se enfrenta las parturientas. Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos reflejan que los factores que tienen relación con la baja cobertura de parto institucional, son los siguientes: Educativos, sociales, económicas, geográficas, culturales instituciones.

8. Ramirez Carla. (2015). Parto en casa planificado con asistencia profesional: Recuperando el protagonismo. Santiago de Chile. ¹¹

¹¹ Ramirez Carla. (2015). Parto en casa planificado con asistencia profesional: Recuperando el protagonismo. Santiago de Chile

Objetivo: Indagar en los motivaciones, trayectorias de atención y los impactos de la decisión de parir en casa en la región Metropolitana Chile. Material y método: Esta investigación fue realizada a través de la metodología cualitativa hunde sus raíces en la filosofía. La muestra está compuesta por 10 mujeres y se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra de 10 mujeres, siete que planificaron y/o tuvieron un parto en casa y tres matronas que atienden parto en casa en la región Metropolitana. Resultados: En el análisis se describen las motivaciones, trayectorias de atención, experiencias, significaciones e impacto de la decisión de tener o atender un parto en casa buena principalmente recuperar el protagonismo de la mujer, su pareja y él bebe que hace en el marco de un territorio que garantiza su autonomía. Conclusiones: Las motivaciones para optar por un parto en casa, por parte de las matronas y las mujeres, derivan de una crítica al sistema de salud con orientación tecnocrática. Se vislumbra una crítica a la concepción del cuerpo, como objeto, aspectos que se reflejan en el trato despersonalizado. Igualmente se manifiestan en contra del sistema patriarcal y el abuso de poder, el que ha sido perpetuado no sólo por hombres, sino que también por mujeres que siguen la lógica del androcentrismo y ejercen poder sobre las pacientes desde una visión autoritaria que las disminuye.

9. **Martínez Mollá Teresa M. (2015). Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Alicante – España.** ¹²

Objetivo: Describir desde la perspectiva etnográfica las experiencias vividas por las parejas en torno a la decisión del parto en casa. Material y método: Esta investigación se apoyó en la metodología cualitativa y, más concretamente, en la etnografía el estudio se desarrolló en la provincia de Alicante, que en el año 2013 contaba con 1945.642 habitantes (INE 2012); es la cuarta provincia con más habitantes de España y las más

¹² Martínez Mollá Teresa M. (2015). Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Alicante – España.

densamente poblada de la comunidad Valenciana. La red sanitaria está compuesta de 172 centros de salud, 352 consultorios, 9 hospitales públicos, de los cuales están gestionados por la agencia Valenciana de salud. Esta investigación está relacionada con la vivencia de la decisión del parto en casa por eso se entrevistó a mujeres que hubieran vivido dicha experiencia. Se entrevistó a un total de 21 personas, 12 mujeres y 9 hombres de abstuvieron 21 entrevistas. Resultados: El análisis de los datos realizado desde el modelo estructural dialéctico propuesto por Siles (Siles y otros, 2009) nos permite conocer las comparaciones que los/as participantes establecen entre la estructura hospitalaria y domiciliaria para poder tomar su decisión. Igualmente, con la Antropología del nacimiento estudiamos los periodos de gestación parto y puerperio considerándolos como hechos cargados de significados culturales. Conclusiones: Estas parejas consideran que la experiencia de tener el parto en casa fue positiva y se sienten satisfechos por la decisión que en su momento tomaron, al tiempo que lo recomiendan ya que los valores que han desarrollado a lo largo de su vida junto con sus creencias les llevaron a decidir que el parto en casa era la mejor opción; que con su decisión ponen de manifiesto su discrepancia con muchas de las creencias arriesgadas en la sociedad, que la participación de las parejas es altamente valorada y se reconoce que su apoyo es fundamental; que la preparación y los preparativos son muy diferentes de los que realizan las parejas que optan por el parto hospitalario y que sería deseable que la atención al parto en casa se incluyera en la cartera de servicios de la sanidad pública.

10. Ferra Mariangel. (2016). Parto domiciliario planificado. La experiencia de las mujeres que requirieron traslado a instituciones sanitarias. Montevideo - Uruguay. ¹³

¹³ Ferra Mariangel. (2016). Parto domiciliario planificado. La experiencia de las mujeres que requirieron traslado a instituciones sanitarias. Montevideo - Uruguay.

Objetivo: Analizar y comprender los motivos que llevan a aproximadamente el 2% de las mujeres uruguayas, parir en sus casas, contemplando especialmente los procesos de aquellas mujeres que requirieron traslado a la institución para culminar su parto. Método: Para el desarrollo de la presente investigación, se optó por una metodología cualitativa, con un diseño de carácter exploratorio, se establece realizar un total de 20 entrevistas, incluyendo a mujeres entre 18 y 40 años de edad, que residan en el área Metropolitana, y que hayan optado por el parto domiciliario, pero que en el transcurso del mismo debieron trasladarse a sus instituciones de salud para terminar su proceso de nacimiento. Se excluye a aquellas mujeres que presenten algún tipo de patología en el embarazo, a quienes posean algún trastorno físico, psíquico y/o a quienes hayan pasado por la experiencia del parto domiciliario, pero no haya sido planificado. Resultado: Mediante la presente investigación se pretende generar información y conocimiento en relación al parto domiciliario, evidenciando que prácticas, rutinas y procedimientos son efectuados por el personal de salud, durante el proceso. Conclusiones: Mediante el diseño metodológico propuesto se demostró que los motivos que llevaron a las mujeres a optar por un parto domicilio y el impacto que el traslado hacia la institución para finalizar el proceso conllevan, que en ambas situaciones se respete el proceso de autonomía de la mujer como sujetos de derecho. Esto tiene como fin, aportar dichos testimonios a la sociedad, generando información que hasta el momento se presenta de forma escasa en nuestro país, y es sumamente relevante para pausar en la salud sexual y reproductiva y la autonomía de la mujer en relación a su cuerpo y sus derechos. Estos movimientos pretenden contribuir al cuestionamiento de las políticas sanitarias de nuestro país en relación del parto – nacimiento, las cuales se encuentran enfocadas fundamentalmente en el rol del médico, dejando de lado a la mujer y su bebé, y ofrecer alternativas que incluya a la mujer en su integralidad en su autonomía y en su libre elección para vivir esta experiencia como más segura se sienta.

11. Flores de Rolando P., Gonzales Quintanilla J. (2011). Factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del municipio de chilanga, Morazán, enero - junio 2011. San Miguel – El Salvador ¹⁴

Objetivo: Identificar los Factores que influyen en la atención del Parto Extra hospitalario en las mujeres del Municipio de Chilanga en el Departamento de Morazán, durante el periodo de Enero a Junio del 2011. Método: Se efectuó un estudio de tipo descriptivo transversal y retrospectivo. La población y el universo estuvo conformado por todas las mujeres que verificaron parto en la zona rural del Municipio de Chilanga Departamento de Morazán durante los meses enero- junio 2011. Resultados: El Municipio de Chilanga en Morazán posee una población rural en su mayoría quienes conservan sus costumbres autóctonas y pensamiento religioso. Se realizó el estudio tomando como muestra a todas las mujeres que verificaron parto extrahospitalario. En esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados, dentro de los aspectos más importantes que conllevan a las mujeres a preferir la atención del Parto extrahospitalario están las tradiciones culturales, inaccesibilidad a los servicios de salud ya sean de tipo económicas o geográficas y nivel educativo. Conclusión: Se identificaron como causas más frecuentes para que las mujeres opten por el parto en casa, el temor a la episiotomía o cesárea, por maltrato por personal de salud, por tardanza en la atención, por la dieta alimentaria, por ausencia de familiares durante el parto y por irrespeto a sus costumbres. Se comprobó la preferencia de la atención del parto extrahospitalario debido a la empatía existente con la partera y al poco conocimiento que tienen acerca de los principales riesgos y complicaciones que puedan presentarse durante el parto.

¹⁴ Flores de Rolando P., Gonzales Quintanilla J. (2011). Factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del municipio de chilanga, Morazán, enero - junio 2011. San Miguel – El Salvador

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Historia del parto¹²

El parto ha atravesado por diferentes procesos, desarrollándose en sus múltiples formas: Comenzando por aquellos partos donde no se permitía el acceso a diferentes analgésicos para aliviar el dolor producido por el mismo.

Cerca del año 1500 ac, no se podía concebir al parto de otra forma que siendo doloroso; cual da origen a la maternidad patriarcal. Incluso se castigaba aquellas mujeres que pedían analgésicos para aliviar los dolores provocados por las contracciones uterinas sin embargo se utilizaban yerbas digestivas y tranquilizantes.

Medicina tradicional

Hoy en día en el Perú, hay una población muy diversa en que hay culturas distintas, especialmente en la manera de dar a Luz. En las regiones alto andinas como Ayacucho, es tradicional dar a luz en posición vertical en una silla. En las regiones Amazónicas, las mujeres dan a luz en cuclillas. En Lima la capital del país es común las cesáreas. El gobierno quiere que las mujeres vengan a los establecimientos para reducir las tasas de mortalidad materna infantil pero hay una resistencia entre la población y las mujeres embarazadas. En términos generales se entiende por medicina tradicional como el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Se dice que la medicina tradicional es un sistema que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias;

porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son: Las parteras, promotores que posee sus propios métodos de diagnóstico.¹²

2.2.3 Atención del parto por una partera tradicional

Esta categoría hace referencia a las rendiciones de trabajo de las parteras, el material que utilizan el espacio en el que atienden, la manera como llevan a cabo el parto en el domicilio así como las recomendaciones que hacen.¹⁵

El lugar ideal para atender a la parturienta es su propia casa lugar que encuentran propicio para la atención del parto, es su cama. La posición preferida para el parto es muy variada, puede ser sentada, parada, acostada, o en cuclillas, dependiendo de la comodidad de la parturienta.¹¹

Respecto a la manera en que las parteras identifican que una mujer está embarazada es a través de signos tales como la palidez y el adelgazamiento y porque los ojos se le hundan. Las parteras tratan de que las mujeres embarazadas tengan un control de su estado para la adecuada atención de su parto y motivan a las mujeres a visitarlas.¹¹

Las parteras perciben que el parto está próximo generalmente guiadas por el pulso y/o medir con sus dedos en el lugar del esternón la distancia que ha bajado ya el bebé, si es cinco dedos quiere decir que falta mucho todavía, pero cuando ya se aproxima el parto un dedo; acompañado a ello cuando se le pone duro su barriga cada vez más seguido.¹¹

Acompañado de la técnica de masaje mayormente se hace con las dos manos sobre la barriga, moviendo de ambos lados hacia

¹⁵ Blanca Pelcastre, Norma Villegas, Verónica De León. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Pág. 378

el centro de arriba hacia abajo. Perciben que el parto esta próximo generalmente guiados por la frecuencia de las contracciones. Acompañado de infusión de hierbas.

En cuanto a la higiene, limpian el lugar donde se atenderá el parto, bañan a la parturienta con agua tibia le colocan un plástico en su cama o suelo y encima colocan una sábana limpia y en el momento en el que nace el bebé cortan el cordón umbilical con navaja o tijeras. Ligan el cordón con cinta o hilo.¹¹

Placenta: Se entierra, la persona que lleva la placenta deber ir derecho sin voltear hasta el lugar donde la van enterrar, posteriormente bañan al bebé y a la mujer le lavan sus genitales con agua y jabón. Proporcionan remedios para el dolor a las mujeres después del parto, le indican reposo por lo menos de 8 días. Todo el procedimiento de atención del parto se conduce con el apoyo del esposo, asistido por la partera, con quien mantiene una relación de confianza.¹¹

Estas parteras forman parte de la comunidad, comparten costumbres, creencias y tradiciones, a la vez que ofrecen un servicio razón por la cual ejercen influencia sobre las prácticas de salud de la comunidad.

2.2.4 Tratamiento de las enfermedades en el parto

Su actitud frente a la pérdida de sangre post-parto ante esta situación le dan a la parturienta yerbas medicinales, refieren que haber, parar la sangre puede volverse como bola dentro del vientre, las infusiones que le administran son: infusión de ortiga macho; o

le dan a tomar orina clara; si la sangre es abundante, le dan a tomar un cocimiento de la ramita de higo o mate de perejil.¹⁶

Luego, para recuperar de una hemorragia post parto, si la mujer está muy débil le recomiendan carne de oveja o una gallina para alimentarla bien.¹²

Para saber cuándo la sangre que corre es realmente una hemorragia, habría que fijarse en el color de la cara de la puérpera.¹²

2.2.5 Factores que intervienen en la aceptación del parto institucional.

Factor: Es cualquier característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Los factores para la temática se describen a continuación:¹⁷

Factores culturales: Se refiere al conjunto de valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupo o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.¹⁸

Factores educativos: Los programas educativos formales y no formales, la utilización de medios audiovisuales para transmitir la información y otras formas de docencia y difusión del conocimiento son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado.¹⁸

¹⁶ Don Domingo usa el término chiqpachaña (arrectar), y se habla de la wawa nacida así, de cabeza como una "persona bien recta" (suma raktu jaqiwa).

¹⁷ Garcia Perez, Ariel Alejandro; Garcia Bertrand, Francisco; (2012). La medicina preventiva en la atención primaria de salud. Pag 308

¹⁸ Cherre Rodriguez, Bryan; Espinoza Mendez, Isaac; Pardo Espiritu, José. (2017). Problemática sociocultural y económica del sistema de salud en Perú. Pag. 23.

Factores físicos: Los factores físicos se relacionan con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada uno de los patrones influyen en el otro. ¹⁸

Factores socioculturales: se refiere a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. En este sentido, avances o creaciones socioculturales del hombre, desde los primeros días de su existencia, pueden ser las diferentes formas de organización y jerarquización social, las diversas expresiones artísticas, la creación de instituciones que tuvieran por objetivo ordenar la vida en comunidad, la instauración de pautas morales de comportamiento, el desarrollo de las religiones y estructuras de pensamiento, la creación de sistemas educativos, etc.¹⁹

Factores económicos: Los factores relacionados con el significado del cuidado incluyen dinero, presupuestos, sistemas de seguros, limitaciones y directrices impuestas por las organizaciones de cuidado dirigido y, en general, la asignación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización. Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes, el dinero y los servicios.²⁰

Factores personales: Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad, el equilibrio, la autoestima, la auto motivación y el estado de salud percibido.²¹

¹⁹ Angeles Avila, Gloria; Rojas Carbajal, Flaviano; Macial Vilchis, Alejandra Del Carmen.(2012). Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en control prenatal.

²⁰ Van de Loat. Hacia la construcción de servicios específicos: Analisis de los determinates de la salud. Costa Rica 2012 Disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectedg2/paises/CostaRica/medicina.pdf.

²¹ Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud.

Factores geográficos: Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquel que queda a menos de 60 minutos de viaje. Desde este punto de vista, en Guatemala, existen profundas desigualdades en el acceso a la oferta de servicios. Según una mayor proporción de no indígenas contaban con acceso físico adecuado a los servicios de salud (12.2%), en comparación con los indígenas (7.3%).²²

Factores institucionales: El cuidado se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado tiene lugar en una cultura o en una sociedad, incluida la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura de la sociedad y la global.²³

2.2.6 Definición del parto:

El parto también llamado nacimiento es la culminación del embarazo, el periodo de salida del infante del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino. El proceso del parto natural se categoriza en tres estadios: Borramiento, dilatación del cuello

²² Ministerio de Salud. Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Medicina Popular. Tradicional y Alternativa. Guatemala 2012.

²³ Lopez C. Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional [tesis] Guatemala: Universidad Rafael Landívar Facultad de Ciencias de la Salud;2014. Disponible en: recursosbiblio. url.edu.gt/tesiseortiz/2014/09/02/Lopez-Clemente.pdf.

uterino, descenso y nacimiento del bebe; Y el alumbramiento de la placenta.²⁴

2.2.7 Causa del inicio de trabajo de parto durante el embarazo:

El útero está formado de gran número de células musculares lisas muy hipertrofiadas. Cada célula se activa mediante una serie de reacciones químicas para iniciar contracciones rítmicas de manera coordinada y con fuerza tal que el cérvix se dilata y se expulsa al feto. La pregunta fundamental es qué estimula a estas células uterinas (en un momento preciso en la mayoría de los embarazos) para que se inicien las contracciones del trabajo de parto. Hay diversas teorías para explicar el inicio de este proceso:²⁵

2.2.8 Teoría de la privación de la progesterona

Esta teoría propone que la progesterona, hormona esencial para preservar el embarazo que es secreta en primer lugar por el cuerpo lúteo y después por la placenta actúa para inhibir la contractilidad uterina. El inicio de trabajo de parto se debería a la supresión de la progesterona en un momento en que hay relativa dominancia de estrógeno.²¹

2.2.9 Teoría de la oxitocina

Sugiere que la oxitocina estimula las contracciones del útero de manera directa sobre el miometrio e indirectamente al aumentar la producción de prostaglandinas en la decidua. El útero se hace cada

²⁴ Ferra M. Parto domiciliario planificado [tesis] Uruguay. Universidad de la República. Facultad de Psicología; 2016. Disponible en: [Sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/trabajos%20finales/%20archivos/tfg- mariangel-ferra-version-final.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/trabajos%20finales/%20archivos/tfg- mariangel-ferra-version-final.pdf).

²⁵ Organización Mundial de la Salud: Departamento de investigación reproductiva.p.22 24 1990-2015. 22 – 24. Disponible en. http://es.Wikipedia.org/wiki/mortalidad_materna.

vez más sensible a la oxitocina al avanzar el embarazo. En algunos estudios se correlaciona el aumento de niveles de oxitocina con el inicio de trabajo de parto, otros nos indican que dichos niveles aumenten antes del trabajo de parto ni durante la primera etapa, es poco probable que esta hormona por si sola sea la iniciadora de dicho proceso. Sin embargo, tal vez desempeñe un papel significativo en combinación con otras sustancias.²¹

2.2.10 Teoría del control endocrino fetal.

Se propone que en un momento determinado de madurez fetal, las suprarrenales del feto secretan esteroides corticales que desencadenan los mecanismos que conducen al trabajo de parto.²¹

2.2.11 Teoría de las prostaglandinas.

Son eficaces para inducir contracciones uterinas en cualquier etapa de la gestación. Se elabora en la decidua cordón umbilical y amnios.²¹

2.2.12 Control prenatal.

El control prenatal es una política y estrategia internacional para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil, no obstante se ha observado que no todas las mujeres embarazadas acuden a estos controles debido a factores personales y por falta de acceso a estos servicios. Brindar cuidados a una mujer en periodo de gestación es una gran responsabilidad para su familia como para el personal de salud.¹⁵

El control prenatal en el periodo de gestación, conlleva a presentar menor riesgo durante el embarazo, así como ofrecer una buena viabilidad para ella y su hijo, por lo que el personal de salud tiene la responsabilidad de proporcionar atención prenatal, lo que implica no

sólo el número de visitas sino la frecuencia y calidad con que son realizadas durante el transcurso del embarazo, con los indicadores de calidad para garantizar un buen servicio.¹⁵

El control prenatal incluye la consulta médica – obstétrica desde el primer mes de embarazo con frecuencia mensual del sétimo al octavo mes un control cada 15 días, el noveno mes un control cada 7 días; lo que permitirá identificar Riesgos de Complicaciones de manera oportuna como son las preclampsia, infecciones de riesgo de Parto Prematuro, diabetes gestacional entre otras, a partir de las cuales se podrán diseñar y desarrollar estrategias de manera conjunta con los padres y el equipo de salud, para mejorar las condiciones de salud de las mujeres con riesgo.¹⁵

La atención prenatal es de suma importancia porque permite la identificación de riesgos durante el parto y así evitar muchas de las complicaciones que se han presentado en los últimos años, en donde destacan como causas de mortalidad materna: Las enfermedades hipertensivas del embarazo, y la hemorragia del embarazo y parto.¹⁵

2.2.13 Personas que participan en el proceso para la atención de parto (Eutócico).

Generalmente en los servicios de salud, participa el personal obstetra, médico, enfermera/o y el auxiliar de enfermería. Sin permitir el ingreso de ningún familiar, ni siquiera el padre. Se constituye por lo tanto en una desventaja, si se considera que, generalmente en la atención de parto domiciliario la gestante se encuentra acompañada, apoyada, fortalecida por su familia, muchas veces el esposo está presente en el periodo expulsivo, sujetándola, dándole ánimos para seguir adelante.⁶

2.2.14 Atención Institucional del parto.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario actualizar los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, y el puerperio inmediato, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.²⁶

Garantizar condiciones de calidad (oportunidad, acceso, pertinencia, seguridad y continuidad) en la atención institucional del parto para impactar las causas de morbilidad maternas y perinatales.⁶

Características de la atención

- ✓ Admisión de la gestante en trabajo de parto.
- ✓ Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento).
- ✓ Atención del segundo periodo del parto (expulsivo).
- ✓ Atención del alumbramiento.
- ✓ Atención del puerperio inmediato.
- ✓ Atención del puerperio mediato
- ✓ Atención para la salida de la madre y su neonato.⁶

Admisión de la gestante en trabajo de parto

- ✓ Elaboración de la Historia Clínica completa.
- ✓ Anamnesis.
- ✓ Examen Físico.
- ✓ Solicitud de Exámenes Auxiliares.

²⁶ Agudelo Calderon, Carlos. Guia de atención del parto. (2002). Pag. 438.

- ✓ Consignar en la historia clínica todos los hallazgos e intervenciones realizadas.⁶

Tacto vaginal

Se efectúa mediante la introducción de los dedos índice y medio de la mano derecha previa colocación de guantes estériles, se realiza con el propósito de controlar la dilatación y borramiento del cuello del útero y poder determinar con claridad el momento en que la madre debe iniciar a pujar.⁶

Cuando el parto es domiciliario difícilmente puede realizar este procedimiento la comadrona, ellas acostumbran a observar y controlar a las parturientas en su trabajo de parto sin tocarlas e incluso a veces, sin ver sus genitales. Esto es complicado, pero se debe a patrones culturales muy arraigados en las familias y las comunidades.⁶

Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento)

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres no sólo por alguien cercano a ella sino por el personal entrenado para tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo.²⁷

Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro.⁶

²⁷ Agudelo Calderon, Carlos. Guía de atención del parto. (2002). Pág. 437

Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este periodo es de vital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como, la vigilancia estrecha de la fetocardia.⁶

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran integras, y si están rotas evaluar el líquido amniótico hay presencia de meconio comunicar inmediatamente al médico. Es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.⁶

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y el momento de las contracciones.⁶

Se debe suspender la episiotomía rutinaria durante el parto en los sitios donde aún se haga esta intervención. Su uso debe ser restrictivo (Parto instrumentado, Parto Pre término, Parto en Pelvis, Sospecha de macrosomía fetal, Desgarro perineal inminente).⁶

No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (Maniobra de Kristeller).⁶

No hay beneficios evidentes de la posición decúbito dorsal para el nacimiento, de la separación de madres y recién nacidos después del nacimiento ni de la aspiración rutinaria de los neonatos no expuestos a meconio.⁶

Se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. Una revisión que incluyó 17 estudios encontró efectos positivos y estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel.⁶

Atención del alumbramiento

Es importante tener en cuenta que durante este periodo del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente.⁶

En la actualidad, en medios hospitalarios se debe realizar manejo activo del alumbramiento en vez del manejo expectante. El manejo expectante del tercer periodo del trabajo de parto consiste en permitir que la placenta sea expulsada espontáneamente o ayudada por la gravedad o la estimulación del pezón. Los signos clínicos para valorar un desprendimiento espontáneo de la placenta son: contracción del fondo uterino; formación del globo de seguridad; expulsión súbita de sangre; descenso de la pinza indicadora (descenso del cordón umbilical); reaparición de contracciones dolorosas; palpación de la placenta en la vagina; signo del pescador (al ejercer tracción del cordón se observa el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento) y signo del pistón (tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento).⁶

El manejo activo consiste en lo siguiente: según criterio.

1. Dentro de un minuto después del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico: oxitocina o

ergometrina si no hay contraindicaciones tales como hipertensión, preeclampsia o eclampsia.⁶

2. En la mayoría de los estudios se hace pinzamiento temprano del cordón para realizar el resto del protocolo. El cordón se pinza cerca del periné.⁶
3. Esperar una contracción uterina fuerte (usualmente 2 a 3 minutos después del parto).⁶
4. Aplicar tracción controlada del cordón para obtener lentamente el parto de la placenta, mientras que se estabiliza el útero aplicando contra tracción por encima del pubis para prevenir la inversión uterina.⁶
5. Si la placenta no desciende, detener la tracción y esperar la siguiente contracción.⁶
6. Tan pronto como ocurra el parto de la placenta hacer masaje uterino hasta que esté bien contraído.

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión.⁶

Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas posparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:²³

- ✓ Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.

- ✓ Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, sub involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- ✓ De ambulación temprana.
- ✓ Alimentación adecuada a la madre.²³

En caso de evolución satisfactoria, se puede dar salida a la madre cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación post parto. Se recomienda suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un niño Rh positivo.⁶

Atención para la salida de la madre y su neonato

Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.²³

En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- ✓ Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- ✓ Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea, cambios en el estado de conciencia y de ánimo (depresión). En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- ✓ Importancia de la lactancia materna exclusiva
- ✓ Puericultura básica
- ✓ Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- ✓ Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo

establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.²³

2.2.15 Sistemas característicos de salud del Perú

El sistema de salud en el Perú corresponde a un sistema mixto, pues la naturaleza de los bienes proceden tanto del sector público como privado, si bien se viene afianzando el sistema de aseguramiento universal este aún no es total para toda la población peruana, existen grandes diferencias incluso entre los dos más grandes prestadores de servicios de salud como son el Ministerio de Salud y ESSALUD, lo cual configura un sistema segmentado y fragmentado teniendo entre sus debilidades principales la superposición de redes, ausencias de complementariedad de servicios y continuidad de cuidado, e imposibilidad de atención integral.²⁸

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1 PARTO: es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).²²

²⁸ Cherre Rodriguez, Bryan; Espinoza Mendez, Isaac; Pardo Espiritu, José. (2017). Problemática sociocultural y económica del sistema de salud en Perú. Pag. 33.

- 2.3.2 PARTO INSTITUCIONAL:** parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea).²²
- 2.3.3 PARTO EXTRAHOSPITALARIO:** Parto ocurrido fuera de un establecimiento de salud.²²
- 2.3.4 PARTO DOMICILIARIO:** Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por el personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna.²²
- 2.3.5 PARTO EN EL TRAYECTO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** Parto ocurrido durante el proceso de traslado de la gestante desde un establecimiento a otro establecimiento de salud. El parto en trayecto corresponde al establecimiento que refiere, si el traslado es desde una vivienda es considerado parto domiciliario.²²
- 2.3.6 PARTO VERTICAL:** Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cunclillas), mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. ²²

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010): La presente tesis es de tipo: descriptivo, transversal, retrospectivo.²⁹

Descriptiva: La investigación descriptiva permite especificar aspectos característicos de personas, objetos, problemas, comunidades o fenómenos que nos interesa describir.²⁹

Transversal: Porque la investigación se realizó en forma paralela haciendo un corte en el tiempo de Enero a Diciembre del 2016.²⁹

Retrospectivo: Porque se revisó las historias clínicas e informes elaborados de los partos extainstitucionales a mujeres que concluyeron en parto extrahospitalario en el periodo de enero a diciembre del 2016.²⁹

²⁹ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es no experimental de naturaleza transversal porque refieren que el objetivo de este diseño es describir una población de un momento dado León y Montero (1993); citado por Hernández, y otros (2010).

Grafico del diseño de investigación.

M ----- OX

M = Muestra

OX = Observacional de la variable X, en una sola oportunidad.

X = Partos extrahospitalarios

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población está conformada por 36 usuarias que terminaron en partos extrahospitalarios cuyas edades fluctúen entre 16 y 45 años que fueron atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón durante el periodo enero - diciembre 2016.

3.3.2. Muestra:

Por ser una muestra pequeña se tomara el 100% de la población.

3.3.2.1 MUESTREO.

No probabilístico intencionado

A. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

a) INCLUSIÓN.

- ✓ Mujeres en edad: 16 – 45 años
- ✓ Mujeres habitantes en la red de Salud Huaura – Oyón.

- ✓ Mujeres que hayan hecho uso de los servicios de la salud por lo menos 1 vez en la red de Salud Huaura – Oyón.
- ✓ Mujeres con parto extrahospitalario.

3.4. VARIABLES

Variable X

- Partos extrahospitalario

3.4.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Variable X Factores de partos domiciliarios	CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICOS	Edad: 16-45 años Nivel de educación Estado civil
	FACTORES GEOGRAFICO	Distancia al establecimiento de salud Tipo de acceso al establecimiento de salud
	ASPECTOS CULTURALES	Costumbres Religión
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD.	Trato recibido durante la atención prenatal Adecuado control prenatal 3er Plan de parto

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS

La técnica que se utilizó para llevar a cabo el estudio de investigación fue el cuestionario, a fin de recopilar datos que describan el contexto específico,

que posteriormente será representada en cuadros para mayor visualización de los resultados y luego dar la conclusión.

3.5.2. INSTRUMENTOS

El instrumento tuvo dos secciones:

Sección 1: Datos relacionados a los factores sociodemográficos, geográfico, culturales y prestaciones de servicio en salud.

Sección 2: Datos relacionados a partos domiciliarios.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a la declaración de Helsinki que fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, ha sido promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA). En la investigación médica, es deber de las investigadoras proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (Asentimiento y/o consentimiento informado), incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber de la investigadora es solamente hacia la gestante y el recién nacido, y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

Para la realización de la presente investigación se tuvo en cuenta los principios de la ética como son:

El Principio de Autonomía: Que se logró revisando las historias clínicas de la madre y recién nacido con la autorización del ente Rector-Dirección explicándole la investigación a realizar.

El Principio de Beneficencia: A través de la presente investigación se obtuvo beneficios para nuestra profesión lo que permitirá saber cuáles son los factores socio-culturales que inciden en la atención de partos domiciliarios.

El Principio de la No Maleficencia: La presente investigación no represento ningún riesgo de daño físico, psicológico, a la madre gestante y su recién nacido.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

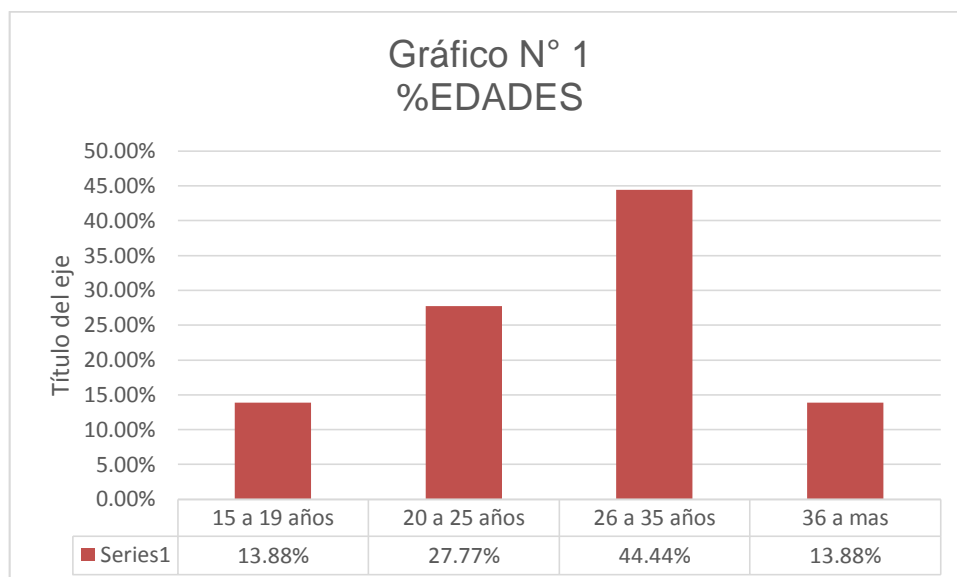
I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICOS

TABLA N° 1

EDADES

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	5	13.88
20 a 25 años	10	27.77
26 a 35 años	16	44.44
36 a mas	5	13.88
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

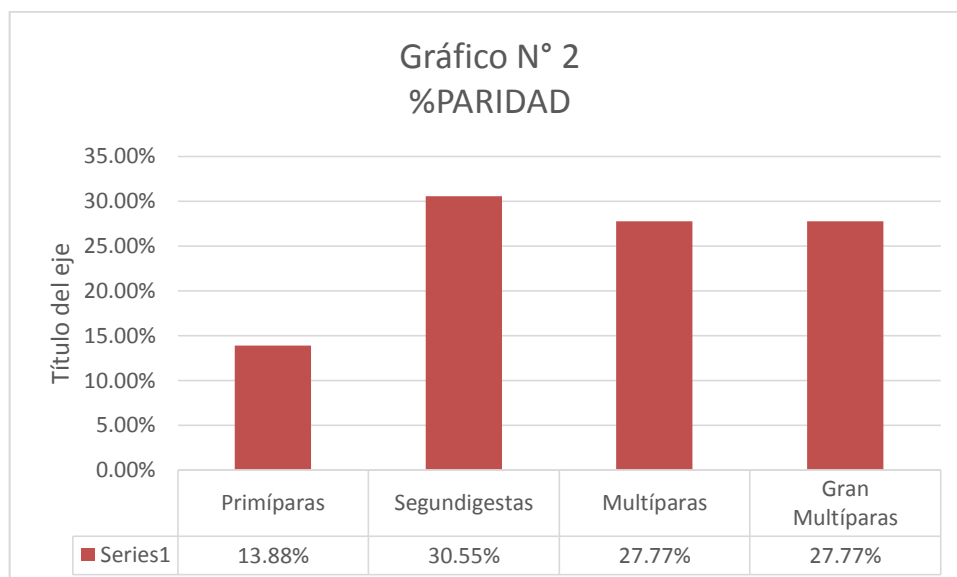
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según edad de 15 a 19 años el 13.88%; de 20 a 25 años el 27.77%; de 26 a 35 años el 44.44%; 36 años a mas con un porcentaje de 13.88%.

TABLA N° 2

PARIDAD

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primíparas	5	13.88
Segundigestas	11	30.55
Múltiparas	10	27.77
Gran Múltiparas	10	27.77
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

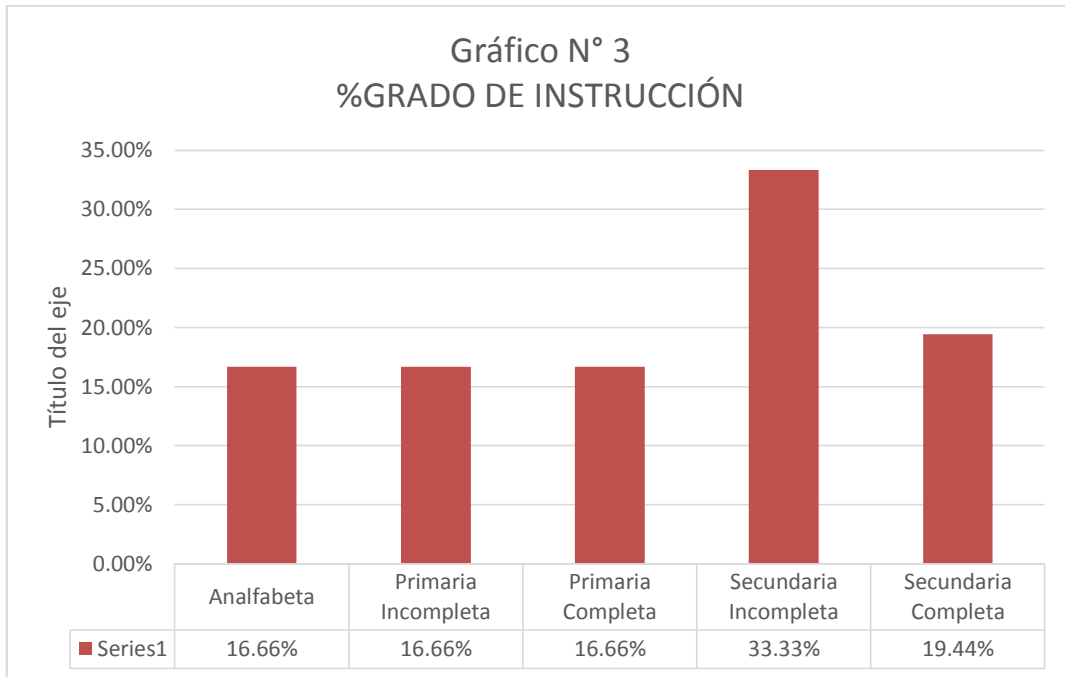
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según paridad, el 13.88% son Primíparas, el 30.55% son Segundigestas, el 27.77% son Multíparas con un 27.77% son Gran Multíparas.

TABLA N° 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	6	16.66
Primaria Incompleta	6	16.66
Primaria Completa	6	16.66
Secundaria Incompleta	12	33.33
Secundaria Completa	7	19.44
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

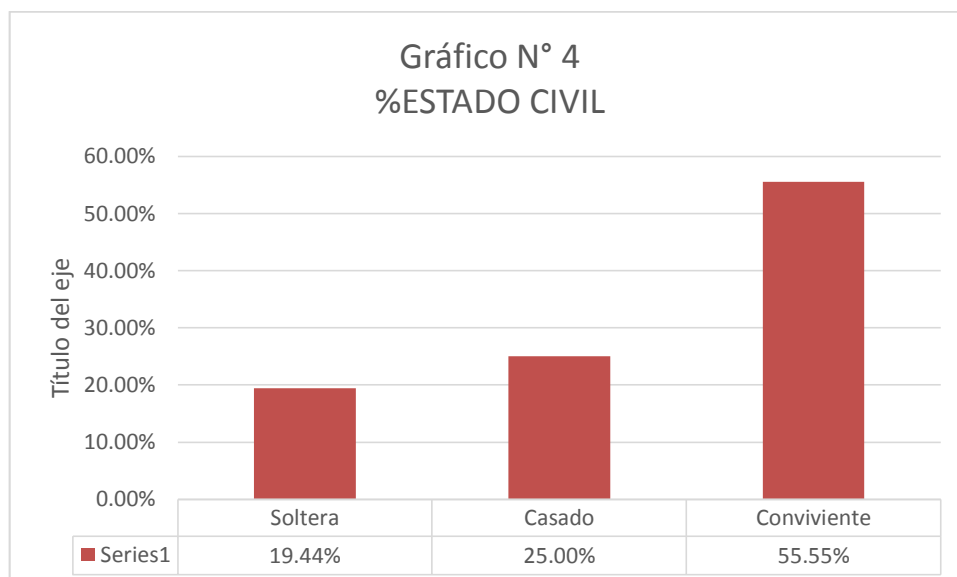
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según Grado de instrucción, el 16.66% son Analfabeta, el 16.66% tienen Primaria Incompleta, el 16.66% Primaria Completa, el 33.33% Secundaria Incompleta, y el 19.44% Secundaria Completa.

TABLA N° 4

ESTADO CIVIL

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	7	19.44
Casado	9	25
Conviviente	20	55.55
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

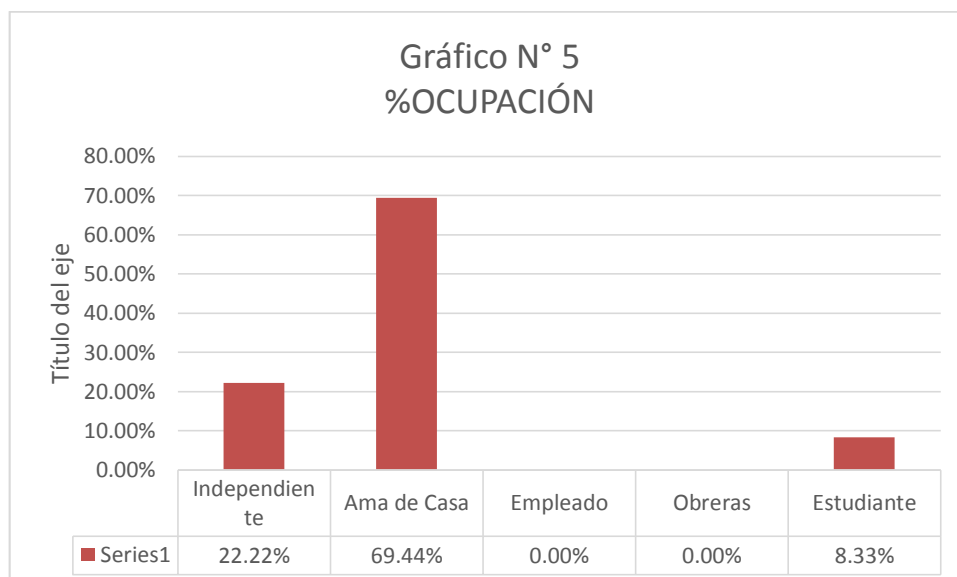
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según estado civil, el 19.44% son Solteras, el 25% Casadas y el 55.55% Convivientes..

TABLA N° 5

OCUPACIÓN

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	8	22.22
Ama de Casa	25	69.44
Empleado	0	0
Obreras	0	0
Estudiante	3	8.33
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

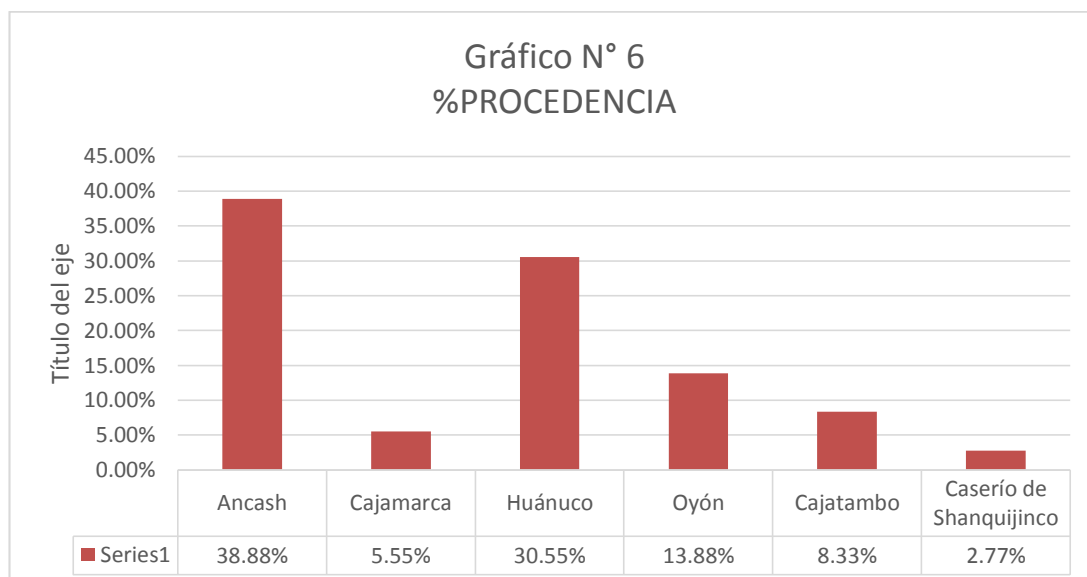
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según ocupación, Son Independientes el 22.22%, Ama de Casa el 69.44%, Estudiante con un 8.33%, Empleado y Obreras con un 0%.

TABLA N° 6

PROCEDENCIA

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Ancash	14	38.88
Cajamarca	2	5.55
Huánuco	11	30.55
Oyón	5	13.88
Cajatambo	3	8.33
Caserío de Shanquijinco	1	2.77
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según procedencia , un 38.88% son de Ancash, 5.55% de Cajamarca, 30.55% de Huánuco, 13.88% de Oyón, 8.33% de Cajatambo y 2.77% de Caserío de Shanquiujinco.

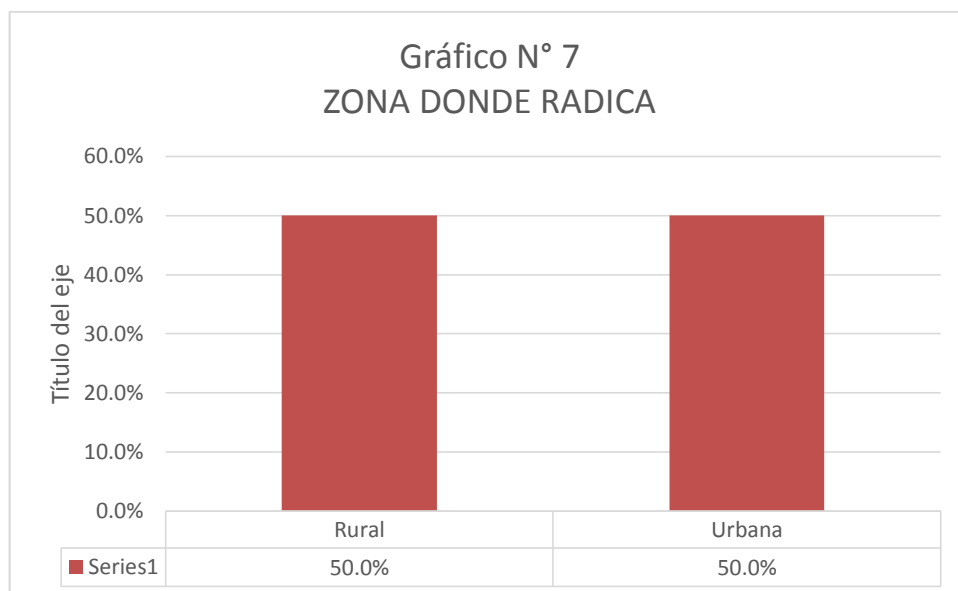
II. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

TABLA N° 7

ZONA DONDE RADICA

Zona donde Radica	Frecuencia	Porcentaje
Rural	18	50
Urbana	18	50
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



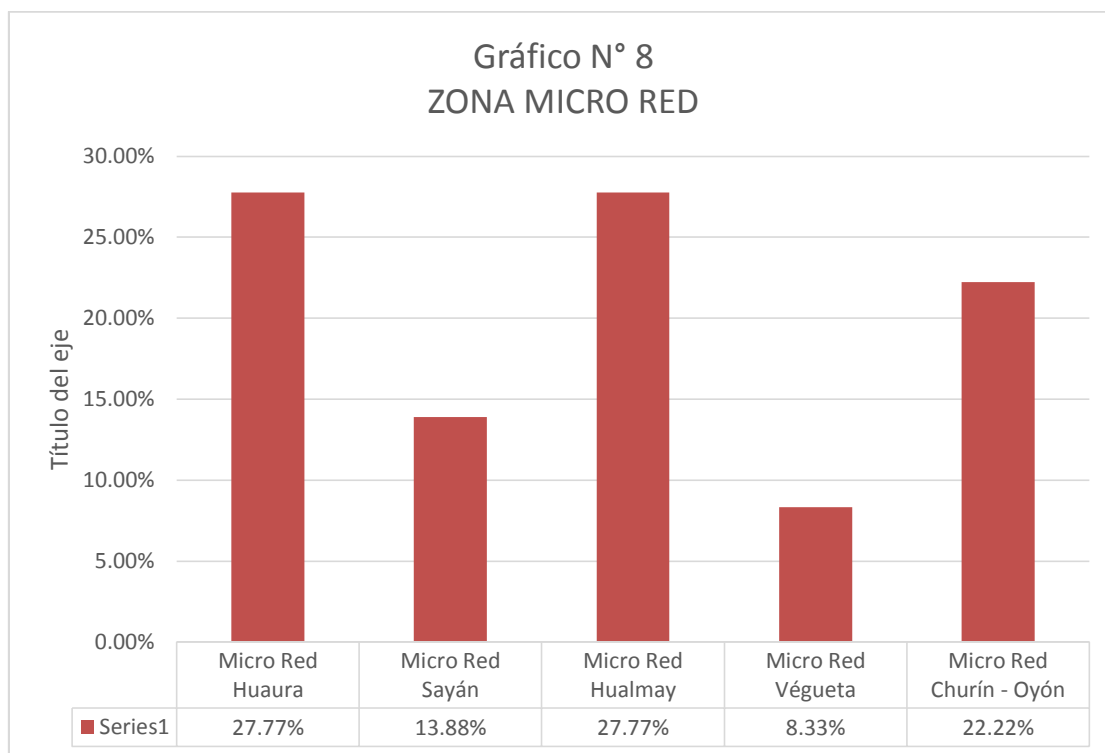
Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según la zona donde radica, el 50% en Zona Rural y el otro 50% en Zona Urbana.

TABLA N° 8
ZONA MICRO RED

Zona Micro Red	Frecuencia	Porcentaje
Micro Red Huaura	10	27.77
Micro Red Sayán	5	13.88
Micro Red Hualmay	10	27.77
Micro Red Végueta	3	8.33
Micro Red Churín - Oyón	8	22.22
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

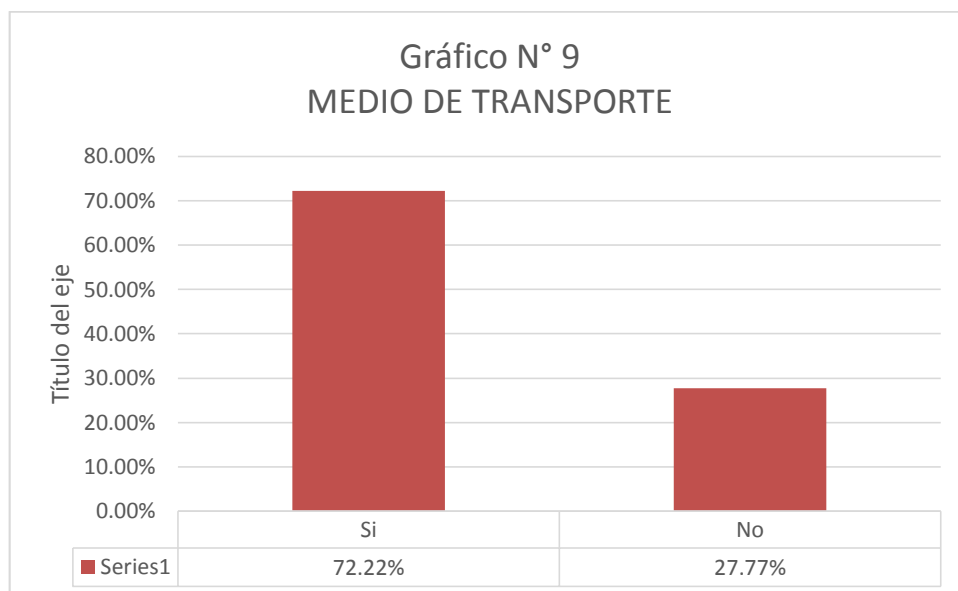
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según Zona Micro Red, 27.77% son de Micro Red Huaura, 13.88% son de Micro Red Sayán, 27.77% son de Micro Red Hualmay, 8.33% son de Micro Red Végueta y el 22.22% son de Micro Red Churín – Oyón.

TABLA N° 9

MEDIO DE TRANSPORTE

Tienen Carretera	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	72.22
No	10	27.77
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



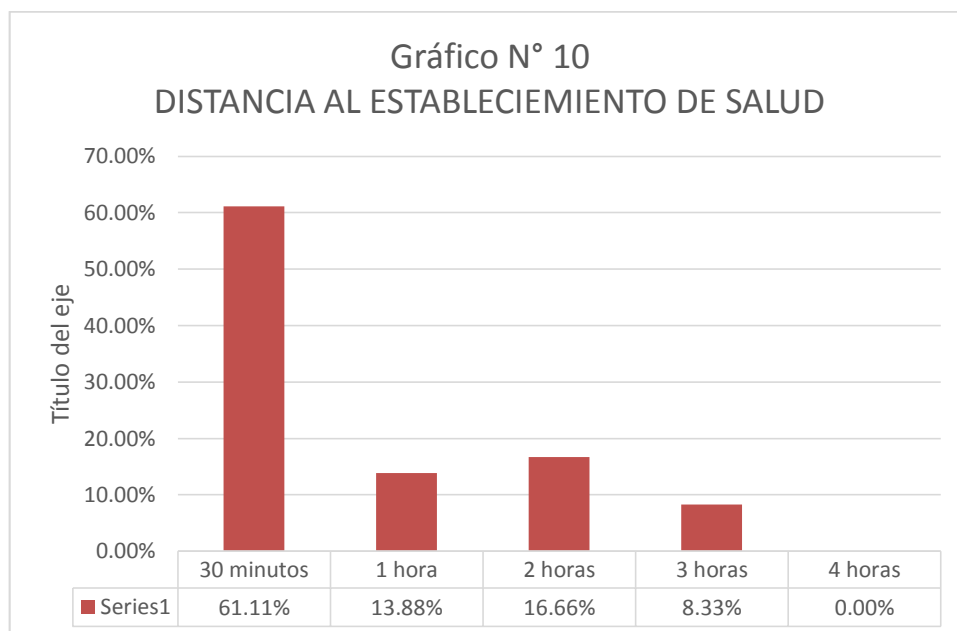
Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; el 72.22% tiene carretera, y el 27.77% no cuentan con carretera.

TABLA N° 10

DISTANCIA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Distancia al establecimiento de Salud	Frecuencia	Porcentaje
30 minutos	22	61.11
1 hora	5	13.88
2 horas	6	16.66
3 horas	3	8.33
4 horas	0	0
Total	36	100.00



Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según la Distancia de casa al Centro de Salud, el 61.11% está a 30 minutos del Centro de Salud, el 13.88% a 1 hora, el 16.66% 2 horas, el 8.33% 3 horas, y el 0% 4 horas.

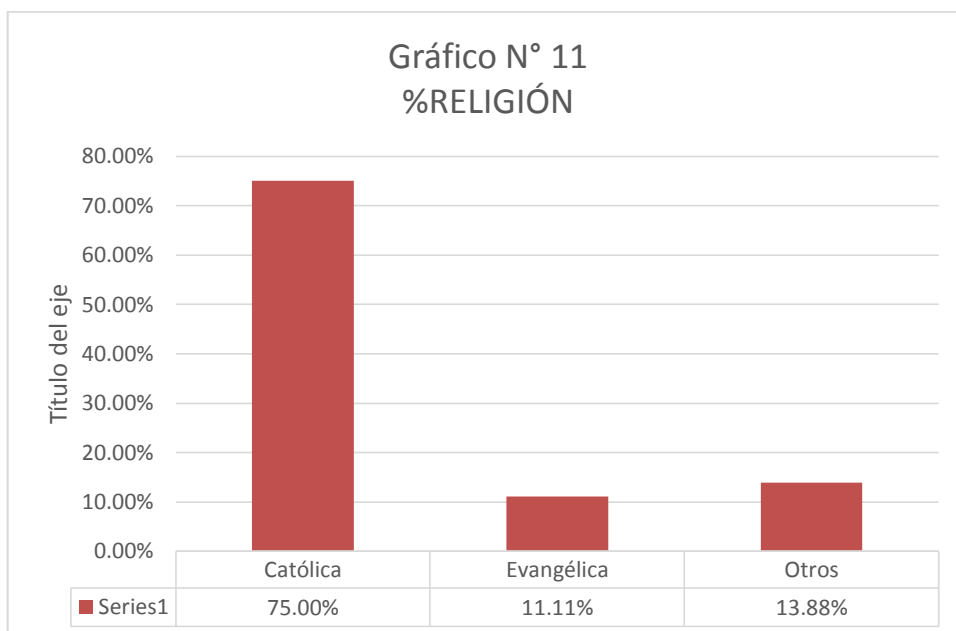
III. FACTORES CULTURALES

TABLA N° 11

RELIGIÓN

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	27	75
Evangélica	4	11.11
Otros	5	13.88
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

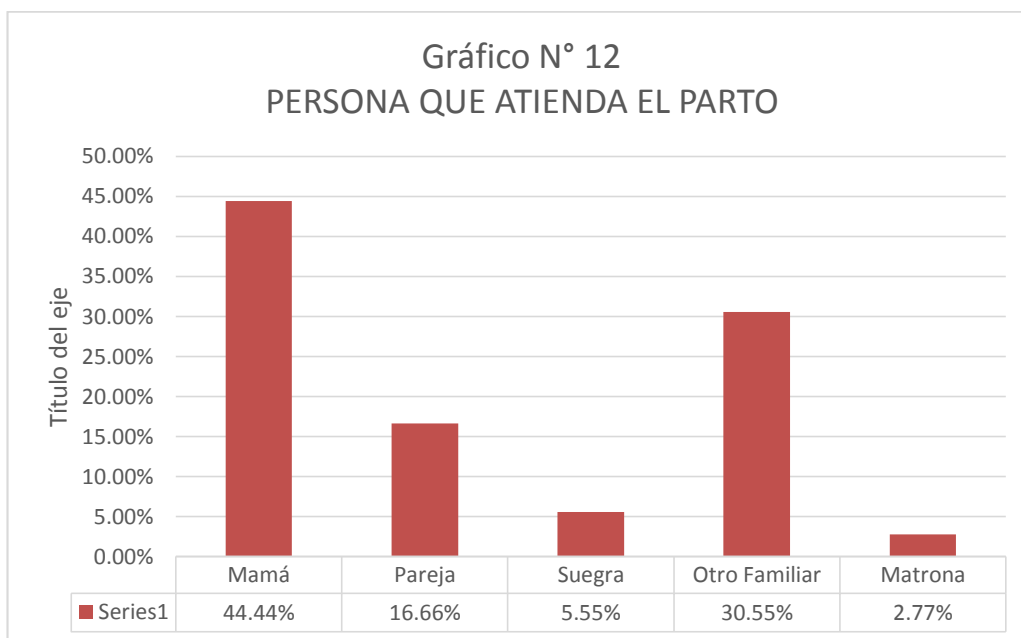
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según religión, el 75% son Católicos, el 11.11% son Evangélicos y el 13.88% pertenece a otra religión.

TABLA N° 12

PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO

Persona que atendió el parto	Frecuencia	Porcentaje
Mama	16	44.44
Pareja	6	16.66
Suegra	2	5.55
Otro Familiar	11	30.55
Matrona	1	2.77
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

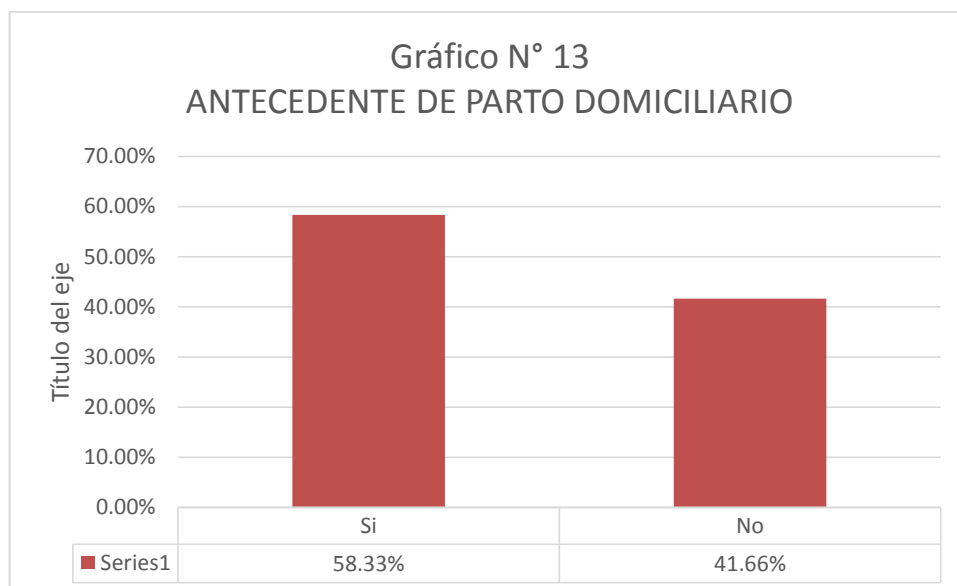
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según la persona que atiende el parto, con un 44.44% atenderá la Mamá, con un 16.66% la pareja, con un 5.55% la Suegra, con un 30.55% Otro Familiar, y con un 2.77% La Matrona.

TABLA N° 13

Antecedente de Parto Domiciliario

Antecedente de Parto Domiciliario	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	58.33
No	15	41.66
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

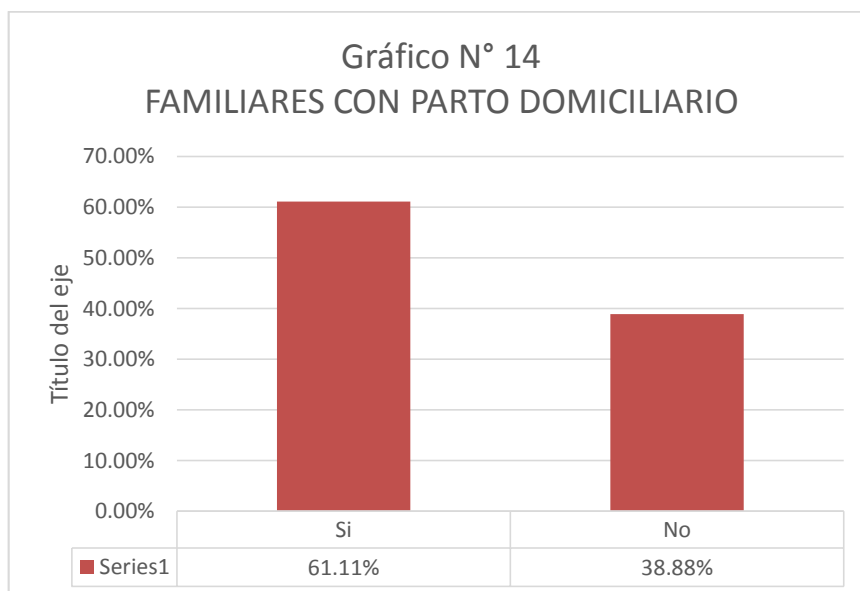
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según antecedentes de parto domiciliario, el 58.33% si tuvo parto domiciliario anteriormente, mientras el 41.66% no.

TABLA N° 14

FAMILIARES CON PARTOS DOMICILIARIOS

Familiares con Partos Domiciliarios	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	61.11
No	14	38.88
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según antecedentes con familiares que tuvieron parto domiciliario, el 61.11% si tuvo familiares con partos domiciliarios, mientras el 38.88% no los tuvo.

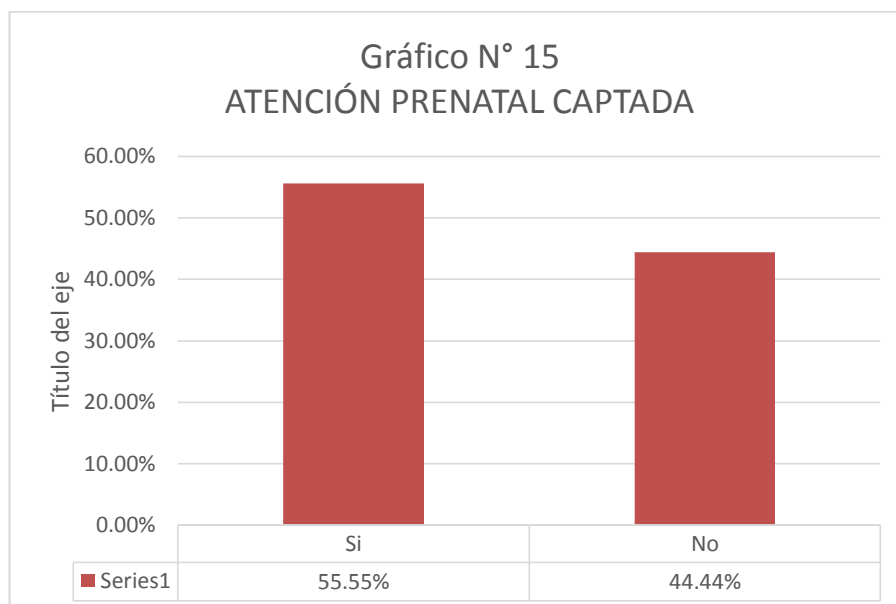
IV. FACTORES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

TABLA N° 15

GESTANTE CAPTADA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Atención Prenatal Captada	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	55.55
No	16	44.44
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



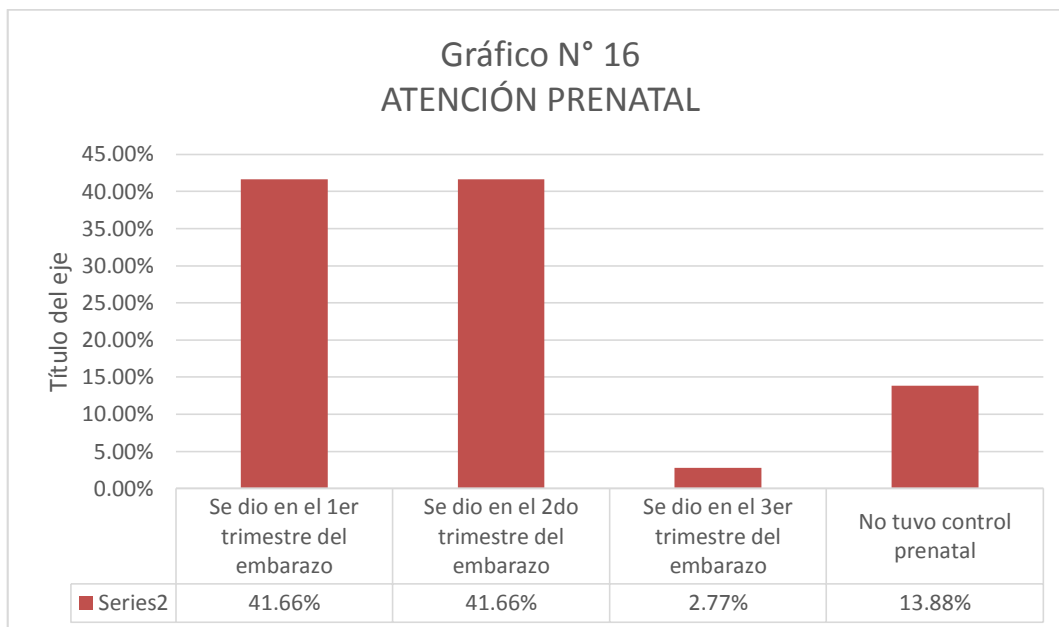
Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según atención prenatal captada, el 55.55% fue captada por el personal respectivo y tuvo atención prenatal mientras el 44.44% no.

TABLA N° 16
ATENCIÓN PRENATAL

Atención Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Se dio en el primer trimestre del embarazo	15	41.66
Se dio en el segundo trimestre del embarazo	15	41.66
Se dio en el tercer trimestre del embarazo	1	2.77
No tuvo control prenatal	5	13.88
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

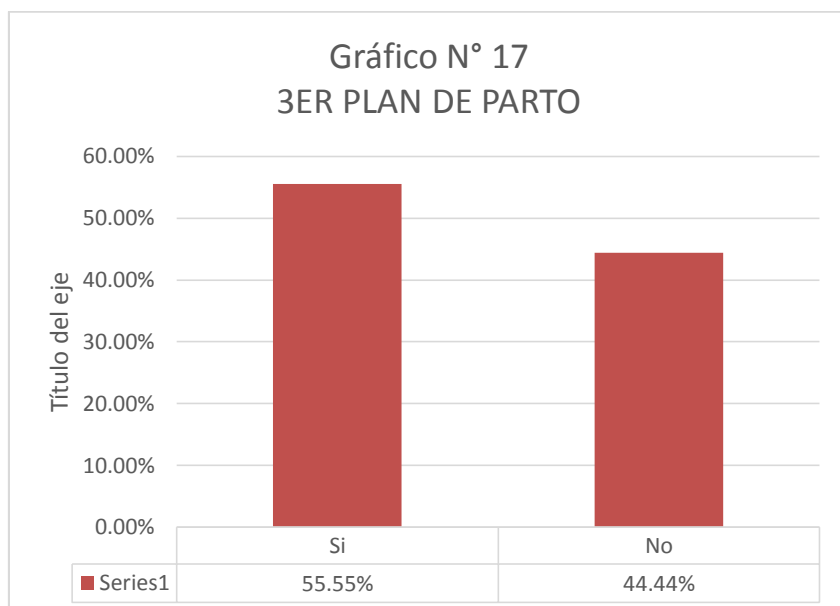
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; según la atención prenatal, el 41.66% se dio en el 1er trimestre del embarazo, el 41.66% se dio en el 2do trimestre del embarazo, el 2.77% se dio en el 3er trimestre del embarazo, y el 13.88% no tuvo control prenatal.

TABLA N° 17

3ER PLAN DE PARTO

3er Plan de Parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	55.55
No	16	44.44
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

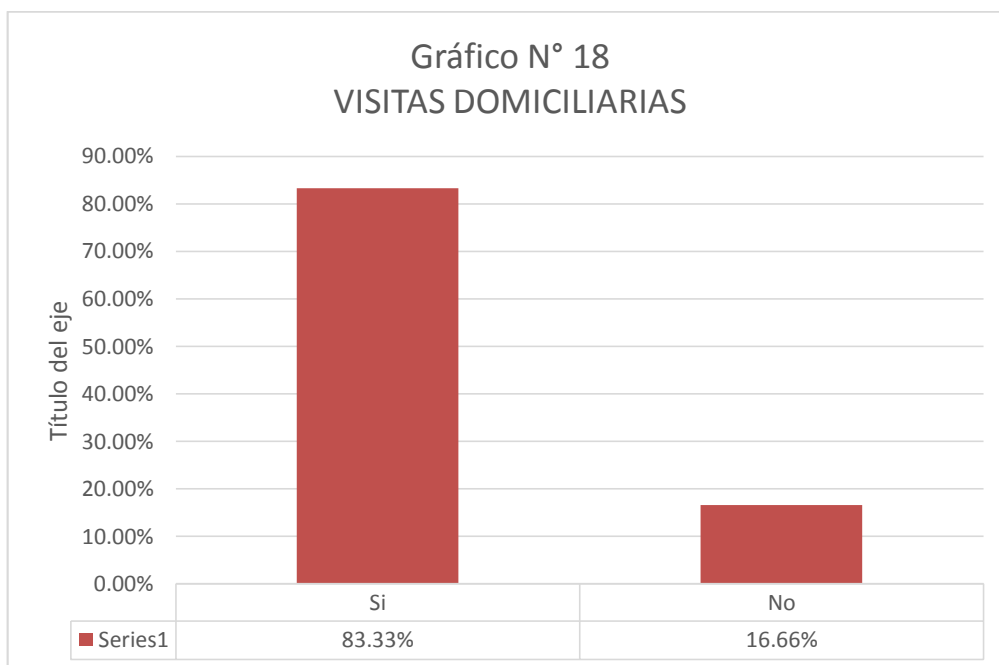
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; Si tuvieron el 3er plan de parto el 55.55%, en cambio el 44.44% no lo tuvo.

TABLA N° 18

VISITAS DOMICILIARIAS

Visitas Domiciliarias	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	83.33
No	6	16.66
Total	36	100.00

Fuente propia (2016)



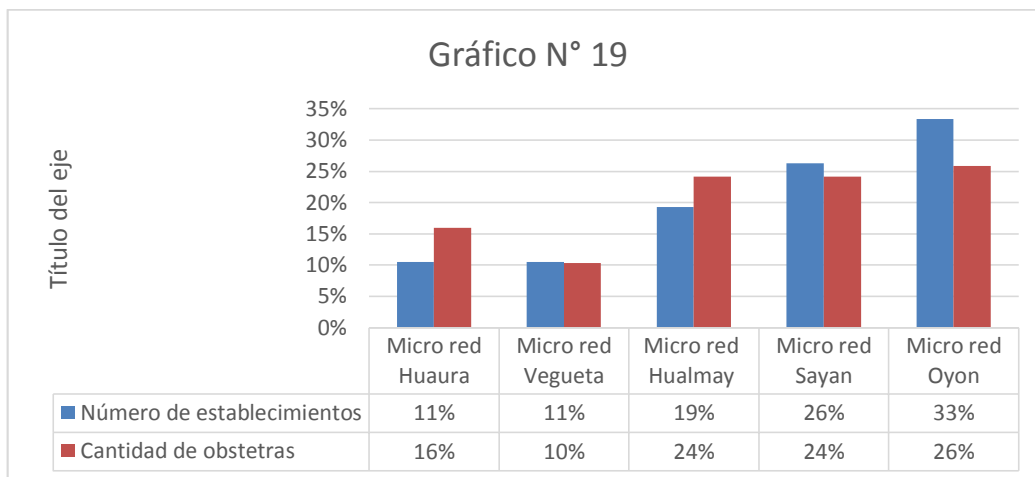
Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; el 83.33% si tuvo visita domiciliaria, en cambio el 16.66% no la tuvo.

TABLA N° 19

RED (2016)	Numero de establecimientos		Cantidad de Obstetras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencias	Porcentajes
Micro red Huaura	6	11%	9	16%
Micro red Vegueta	6	11%	6	10%
Micro red Hualmay	11	19%	14	24%
Micro red Sayan	15	26%	14	24%
Micro red Oyón	19	33%	15	26%
Total	57	100%	58	100%

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

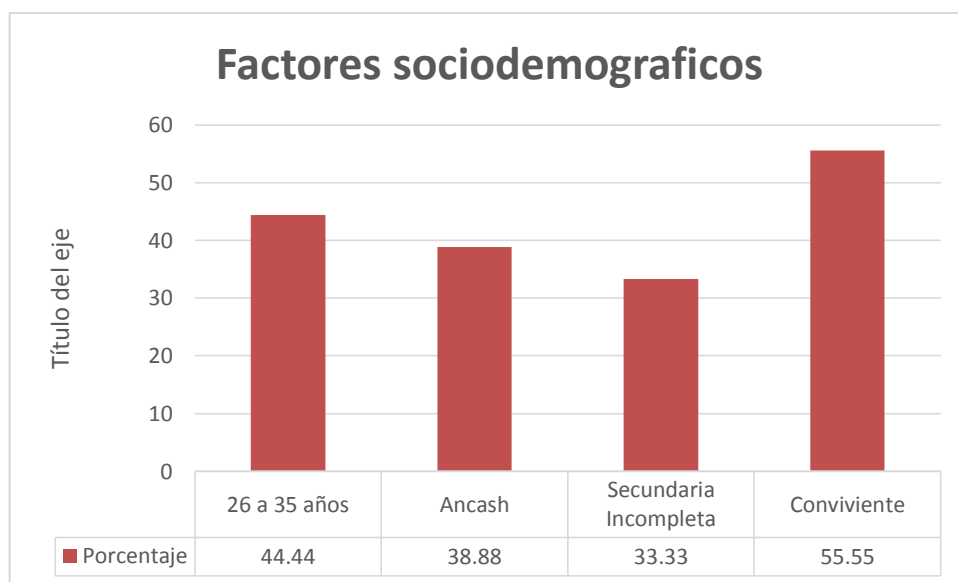
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyon, 2016; el 33% es el que tiene mayor cantidad de obstetras en la Micro red Oyon, siguiendo así la Micro red Sayan en un 26%.

TABLA N° 20

RESUMEN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad	Frecuencia	Porcentaje
26 a 35 años	16	44.44
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Ancash	14	38.88
Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria Incompleta	12	33.33
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	20	55.55

Fuente propia (2016)



Fuente propia (2016)

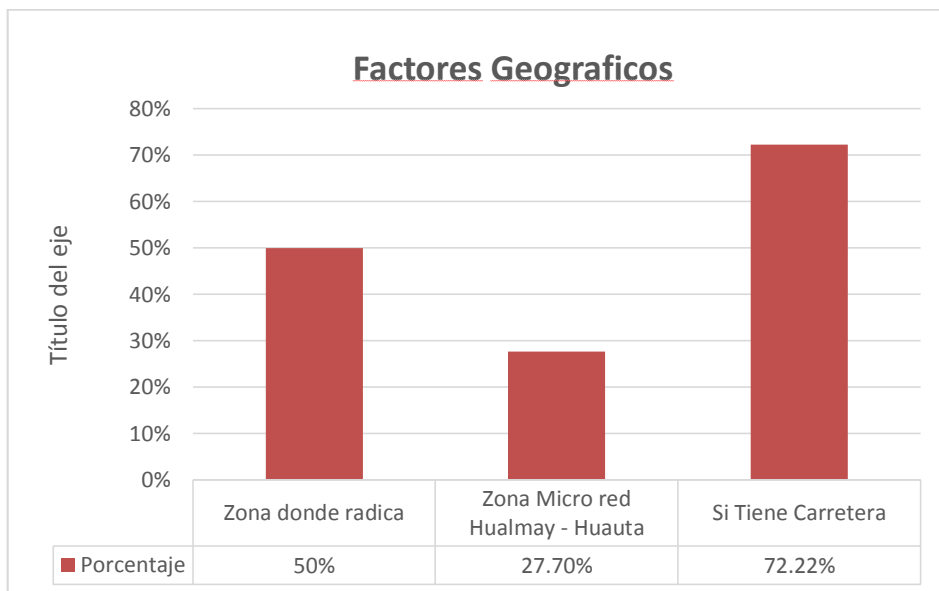
Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; el 44.44% tienen edades de 26 a 35 años, vienen de la zona de Ancash un 38.38%, su grado de estudios es de secundaria incompleta en un 33.33%, son convivientes 55.55%.

TABLA N° 21

RESUMEN CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Zona donde Radica	Frecuencia	Porcentaje
Rural	18	50
Urbana	18	50
Zona Micro Red	Frecuencia	Porcentaje
Micro Red Huaura	10	27.77
Micro Red Hualmay	10	27.77
Tienen Carretera	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	72.22

Fuente propia (2016)



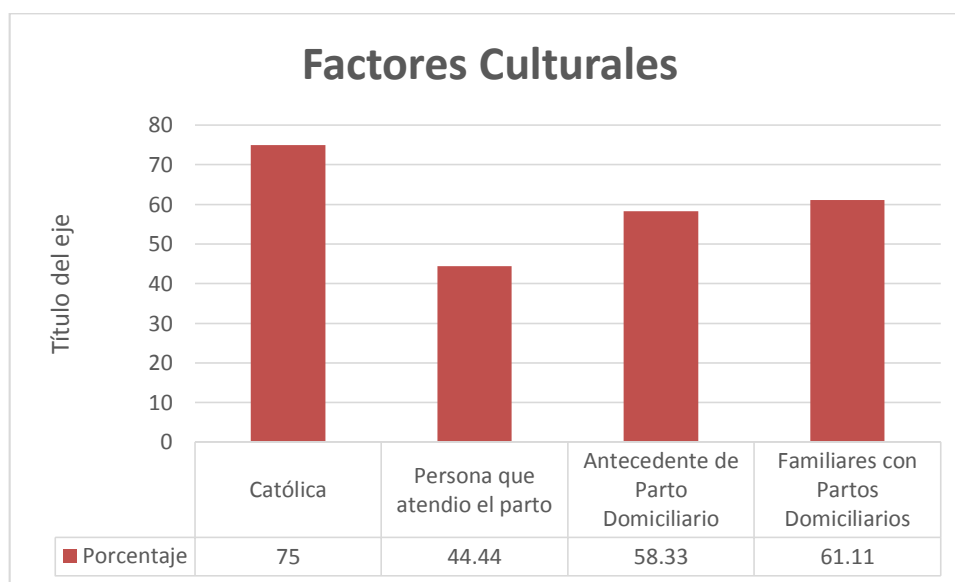
Fuente propia (2016)

Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; el 50% radica en zona rural y urbana, su gran mayoría son de la zona de la Micro red Hualmay – Huaura, se pueden trasladar por carretera.

TABLA N° 22

RESUMEN DE FACTORES CULTURALES

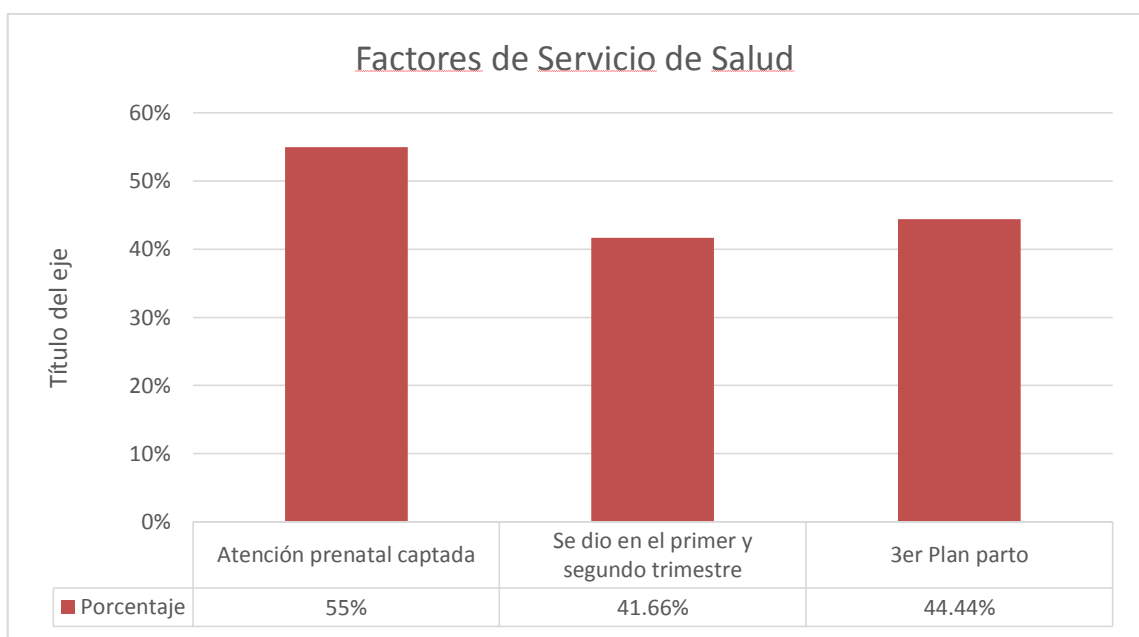
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	27	75
Persona que atendió el parto	Frecuencia	Porcentaje
Mama	16	44.44
Antecedente de Parto Domiciliario	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	58.33
Familiares con Partos Domiciliarios	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	61.11



Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; el 75% de las pacientes son de religión católica, siendo la mamá que atendió los partos en un 58.33%, teniendo familiares con antecedente de partos extrahospitalario.

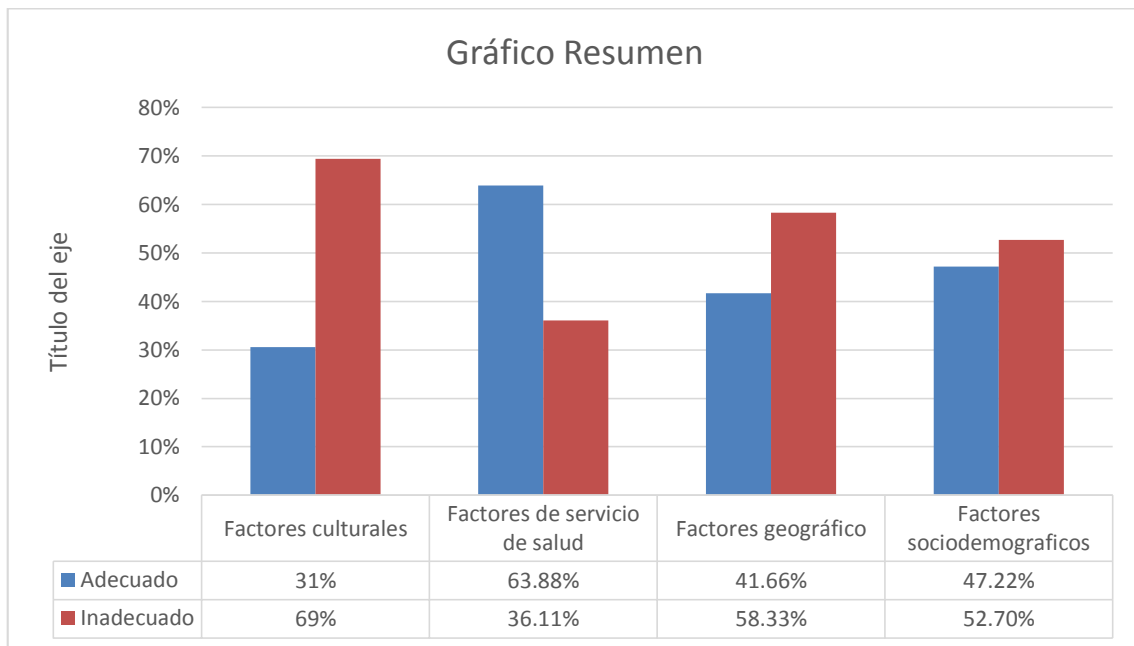
TABLA N° 23

Atención Prenatal Captada	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	55.55
Atención Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Se dio en el primer trimestre del embarazo	15	41.66
Se dio en el segundo trimestre del embarazo	15	41.66
3er Plan de Parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	55.55



Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; el 55% para el inicio del control prenatal fue captada, teniendo en consideración se los controles se dieron en el segundo y tercer trimestre en un 41.66%, y se les realizo el tercer plan de parto en un 44.44%.

Grafico N° 24



Análisis: Se observa a las pacientes que terminaron en partos extrahospitalarios atendidas en la Red de Salud Huaura – Oyón, 2016; se tomó en cuenta los factores culturales que fueron inadecuados en un 69%, mientras que los servicios de salud estuvieron en un 63.88% adecuados, los factores geográficos mostrándose en un 58.33%, siendo inadecuados como en los factores sociodemográficos en un 52.70%

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. En el presente trabajo de investigación se observó la edad de 26 a 35 años el 44.44%; a semejanza de la investigación Torres y García se encuentra a las pacientes de edad de 20 a 30 años se observa en un 36.4%, a diferencia de la investigación de López son de edad de 21 a 30 años en un porcentaje de 64.29%.
2. Según el ítem la procedencia en un 38.88% son de Ancash, no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo importante.
3. Se reconoció la zona donde radica, el 50% en zona rural, a semejanza de la investigación de Mariños se encuentra en área rural su población en un 51.1%, a semejanza de la investigación Torres y García de procedencia urbana se observa en un 51.5%, a diferencia de la investigación de López son de procedencia rural en su totalidad
4. La distancia de casa al Centro de Salud, el 61.11% está a 30 minutos del Centro de Salud, a diferencia de la investigación de Custodio según se produjo por la distancia en un 36.4%
5. Se observó la persona que atiende el parto, con un 44.44% fue atendida por su Mamá, a diferencia de la investigación de López según la persona que le atendió su parto fue una comadrona en 98%
6. En la presente investigación se reconoció los antecedentes de parto domiciliario, el 58.33% si tuvo parto domiciliario anteriormente, a diferencia de la investigación de Custodio según la mayoría se observó que tienen antecedentes de partos domiciliarios en un 84.5%
7. En ítem antecedente con familiares que tuvieron parto domiciliario, el 61.11% si tuvo familiares con partos domiciliarios, mientras el 38.88% no los tuvo.

8. Se observó en los resultados la atención prenatal en gestantes captadas, el 55.55% fue captada por el personal respectivo y tuvo atención prenatal mientras el 44.44% no, sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de servicios de calidad importante.
9. Se observa la atención prenatal, el 41.66% se dio en el 1er trimestre del embarazo, sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de servicios de calidad importante.
10. Si tuvieron el 3er plan de parto el 55.55%, sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de servicios de calidad importante

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas comprendidas en la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, no influyen en la culminación de un parto extrahospitalario, sin embargo según el lugar de procedencia se observa que el 38.8% provienen de la región de Ancash en un 38.88%.
2. De acuerdo a sus características geográficas se observa que las culminaciones de partos extrahospitalarios se dieron en un 50% en la zona rural y urbana, con un mayor porcentaje en las Microredes Huaura y Hualmay (27.7%), teniendo acceso las pacientes a una carretera en un 72.22%.
3. En los factores culturales en su mayoría las pacientes son de religión católica (75%), sin embargo tienen como antecedente un parto domiciliario en un 58.33% y con familiares de antecedente de parto un 61.11%, siendo la matrona (mamá) quien atiende los partos (44.44%), influyendo estos factores en la culminación de un parto extrahospitalario.
4. Se observa en los Factores de servicios de salud que la captación prenatal, la atención prenatal se dieron de forma oportuna, incluyendo el seguimiento y la realización del tercer plan de parto, sin embargo no influyeron en la culminación de parto extrahospitalario.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda evaluar las características sociodemográficas en el momento de la anamnesis, para reconocer su grado instrucción, utilizando un vocabulario básico o sencillo para que la obstetra llegue a las gestantes e identifique la procedencia, ya que acuden con sus costumbres de su lugar de origen.
2. Se recomienda coordinar y fortalecer el trabajo intersectorial para los traslados de las pacientes situadas en zonas rurales alejadas a fin de evitar y prevenir los partos extrahospitalarios.
3. Educar, concientizar sobre las señales de peligro en el embarazo y puerperio a la paciente y su familia, comprometiéndoles al cuidado, la asistencia de la atención prenatal y al parto institucional.
4. Realizar barridos mensuales por el personal de salud a fin de identificar y captar gestantes en el primer trimestre de embarazo. Ya que si se capta en el segundo y tercer trimestre no se realiza la sensibilización adecuada, además de obtener la confianza de la gestante para que se logre el parto institucional y evitar así los partos extrahospitalarios, concientizando partos humanizado con el acompañamiento de la pareja o familiar que ella desee.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuevas E. Vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía fuente: Sivigila, instituto Nacional de Salud. DANE- Estadísticas Vitales- EEVV, 2014- 2015. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/Biblioteca Digital/RIDE/IA/ins/vigilancia-salud-publica-maternidad-degure.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/ins/vigilancia-salud-publica-maternidad-degure.pdf).
2. Información estadística. Dirección regional de Salud (2016)
3. Custodio Marroquin J. (2016). Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016. Pag. 10
4. Mariños Rodríguez Hella Maricer. (2013). Percepción de la calidad de atención en servicios de salud y su relación con la preferencia en la elección del lugar de atención el parto en mujeres en edad fértil del distrito de Agallpampa Otuzco, 2013. Trujillo - Perú
5. Saravia Poicón Ana. (2015). Retención placentaria en parto domiciliario en el puesto de salud Wiracocha – El Carmen – Chincha – Ica.
6. Vela Coral Gabriela del Pilar. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención de parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015. Lima - Perú
7. Torres Davila Y., Russel García Delgado J. (2013). Relación entre características socio demográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas noviembre 2012 - octubre 2013. Tarapoto – Perú.

8. Sosa Simisterra Aura Cecilia (2016). Condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas. Pag. 9
9. López Vasquez Clemente Marcelino. (2014). Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional en Totonicapán Guatemala abril-junio 2014. Quetzaltenango – Guatemala.
10. Ramirez Carla. (2015). Parto en casa planificado con asistencia profesional: Recuperando el protagonismo. Santiago de Chile
11. Martínez Mollá Teresa M. (2015). Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Alicante – España.
12. Ferrá Mariangel. (2016). Parto domiciliario planificado. La experiencia de las mujeres que requirieron traslado a instituciones sanitarias. Montevideo - Uruguay.
13. Flores de Rolando P., Gonzales Quintanilla J. (2011). Factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del municipio de chilanga, Morazán, enero - junio 2011. San Miguel – El Salvador
14. Chagua Pariona Norma Celinda (2010). Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán
15. Blanca Pelcastre, Norma Villegas, Veronica De Leon. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y practicas de parteras en San Luis Potosí, Mexico. Pag. 378
16. Don Domingo usa el término chiqpachaña (arrectar), y se habla de la wawa nacida así, de cabeza como una “persona bien recta” (suma riktú jaqiwa).

17. Garcia Perez, Ariel Alejandro; Garcia Bertrand, Francisco; (2012). La medicina preventiva en la atención primaria de salud. Pag 308
18. Cherre Rodriguez, Bryan; Espinoza Mendez, Isaac; Pardo Espiritu, José. (2017). Problemática sociocultural y económica del sistema de salud en Perú. Pag. 23.
19. Angeles Avila, Gloria; Rojas Carbajal, Flaviano; Macial Vilchis, Alejandra Del Carmen.(2012). Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en control prenatal.
20. Van de Loat. Hacia la construcción de servicios específicos: Analisis de los determinates de la salud. Costa Rica 2012 Disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyecteg2/paises/CostaRica/medicina.pdf.
21. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud.
22. Ministerio de Salud. Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Medicina Popular. Tradicional y Alternativa. Guatemala 2012.
23. Lopez C. Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional [tesis] Guatemala: Universidad Rafael Landívar Facultad de Ciencias de la Salud;2014. Disponible en: recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/09/02/Lopez-Clemente.pdf.
24. Ferra M. Parto domiciliario planificado [tesis] Uruguay. Universidad de la República. Facultad de Psicología; 2016. Disponible en: Sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/trabajos%20finales/%20archivos/tfg-mariangel-ferra-version-final.pdf.

25. Organización Mundial de la Salud: Departamento de investigación reproductiva.p.22 24 1990- 2015. 22 – 24. Disponible en. http://es.Wikipedia.org/wiki/mortalidad_materna.
26. Agudelo Calderon, Carlos. Guia de atención del parto. (2002). Pag. 438.
27. Agudelo Calderon, Carlos. Guia de atención del parto. (2002). Pag. 437
28. Cherre Rodriguez, Bryan; Espinoza Mendez, Isaac; Pardo Espiritu, José. (2017). Problemática sociocultural y económica del sistema de salud en Perú. Pag. 33.
29. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CULMINACIÓN DE PARTOS EXTRAHOSPITALARIOS EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN LA RED DE SALUD HUAURA – OYÓN EN EL AÑO 2016”

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL	HIPOTESIS PRINCIPAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Cuáles son los factores que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios en las usuarias atendidas de la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?</p> <p>Problemas secundarios ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores geográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?</p>	<p>Identificar los factores que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016</p> <p>Objetivos secundarios Identificar los factores sociodemográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios en las usuarias atendidas de la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.</p> <p>Identificar los factores geográficos que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.</p>	<p>Por ser un trabajo descriptivo no necesita hipótesis.</p>	<p>Factores de partos domiciliarios</p>	<p>Factores: sociodemográficos</p> <p>Factores geográficos</p> <p>Factores culturales</p>	<p>Edad Nivel de educación Estado Civil Paridad Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zona donde actualmente radica • Distancia al centro de salud <ul style="list-style-type: none"> • Religión: • Existe una persona que atiende el parto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idioma con el cual se comunican: • Antecedente de parto domiciliarios: • Su familiares siempre tuvieron partos en el domicilio <ul style="list-style-type: none"> • La Primera Atención Prenatal • Plan de Parto 	<p>Tipo de investigación: -Retrospectivo -Transversal -Descriptivo</p> <p>Diseño: -No experimental -Descriptivo</p> <p>Población y muestra Conformado por 36 casos.</p> <p>Instrumento: -Ficha de recolección de datos</p>

<p>¿Cuáles son los factores culturales que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores de prestación de servicios de salud que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016?</p>	<p>Identificar los factores culturales que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.</p> <p>Identificar los factores de prestación de servicio de salud que influyen en la culminación de partos extrahospitalarios de las usuarias atendidas en la red de salud Huaura – Oyón en el año 2016.</p>			<p>Factores de la falta de servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantas visitas se realizaron ▪ Que fechas se realizan las visitas domiciliarias ▪ Quien realizo las visitas domiciliarias 	
--	---	--	--	---	--	--

ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

- **Edad:**
 - 15-19 ()
 - 20-25 ()
 - 26-35 ()
 - 36 a más ()

- **Paridad**
 - Primiparas ()
 - Secundigestas ()
 - Multíparas ()
 - Gran multíparas ()

- **Grado de Instrucción:**
 - Analfabeta ()
 - Primaria incompleta ()
 - Primaria completa ()
 - Secundaria Incompleta ()
 - Secundaria Completa ()

- **Estado civil:**
 - Soltera ()
 - Casado ()
 - Conviviente ()

- **Ocupación:**
 - Independiente ()
 - Ama de casa ()
 - Empleado ()
 - Obreras ()
 - Estudiante ()

- **Procedencia**
 - Ancash ()
 - Cajamarca ()
 - Huánuco ()
 - Oyón ()
 - Cajatambo ()
 - Caserio de shanquijinco ()

II. Datos geográficos:

- **Zona donde actualmente radica:**
 - Rural ()
 - Urbana ()

- **Zona donde actualmente Micro red:**
 - Micro red Huaura ()
 - Micro red Sayán ()
 - Micro red Hualmay ()
 - Micro red Vegueta ()
 - Micro red Churin – Oyón ()

- **Medio de transporte**
 - Si ()
 - No ()

- **Distancia al establecimiento de salud**

- 30 minutos ()
- 1 hora ()
- 2 horas ()
- 3 horas ()
- 4 horas ()

III. FACTORES CULTURALES

- **Religión:**

- Católica ()
- Evangélica ()
- Otros ()

- **Existe una persona que atendió el parto:**

- En casa
 - Mama ()
 - Pareja ()
 - Suegra ()
 - Otro Familiar ()
 - En la zona, Matrona ()

- **Antecedente de parto domiciliarios:**

- Si ()
- No ()

- **Su familiares siempre tuvieron partos en el domicilio**

- Si ()
- No ()

IV. FACTORES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- **LA PRIMERA ATENCION PRENATAL:**

- Fue captada
 - Si ()
 - No ()
- Se dio en el primer trimestre del embarazo ()
- Se dio en el segundo trimestre del embarazo ()
- Se dio en el tercer trimestre del embarazo ()
- No tuvo control prenatal ()

- **PLAN DE PARTO:**

- Se realizó el tercer plan de parto
 - Si ()
 - No ()
- Se realizaron visitas domiciliarias:
 - Si ()
 - No ()