

Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 - 2016

Socio-demographic characteristics of home birth in the Kerguer population center during the period 2010-2016

Jesús Alonso Custodio-Marroquín^{1,a}

RESUMEN

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 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.

Palabras clave: Parto domiciliario, Salud Materna, Perú. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To identify the socio-demographic characteristics of home birth of inhabitants of Kerguer Rural Community during 2010-2016. **Material and Methods:** Cross-sectional study. Were included all inhabitants who had home birth during 2010-2016 in Kerguer Rural Community. **Results:** 33 participants. The average age of the participants was 30.64 ± 6.93 years. 97% cohabitants. 12, 1% unlearned and 6,1% completed secondary. 84,5% had history of home birth. 87,9% of home births were attended by Midwives. The main reasons for choosing home birth were because of tradition in 63,6% and because of distance in 36,4%. **Conclusion:** The main socio-demographic characteristics of home birth were low socioeconomic status and low educational attainment. The main reasons for choosing home birth were because of tradition and because of distance. Most home births were attended by midwives.

Keywords: Home birth, Maternal health, Peru. (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad y la exclusión social. Más de medio millón de muertes maternas se producen anualmente en el mundo, la mayoría de éstas, sucede en países en vías de desarrollo. Vivir en condiciones de pobreza limita a las mujeres el acceso a los recursos económicos, sociales y a la educación básica. De este modo, disminuye su capacidad de tomar decisiones informadas en salud y nutrición⁽¹⁾.

Si bien en el Perú la tasa de mortalidad materna ha disminuido un 64,9%, entre los períodos 1990 - 1996 y 2004-1010 y ha habido un incremento de 7,9% respecto a los partos institucionales atendidos por personal de salud⁽²⁾, aún existe un gran sector de la población, especialmente en las zonas rurales, donde predomina el parto domiciliario.

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES⁽²⁾, la estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo,

1. Puesto de Salud Kerguer, Ministerio de Salud. Lambayeque-Perú.
a. Médico Cirujano.

parto o puerperio disminuyó en un 64,9%, entre los períodos 1990 - 1996 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos. Este mismo estudio demostró que la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud por personal de salud calificado fue 89,2%, valor mayor en 7,9 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2009. Asimismo, se observó un incremento de atención de parto por médico entre los años 2009 y 2014, de 49,4% a 60,2%, y una disminución de la atención por comadrona/partera, la cual bajó de 7,6% en el año 2009 a 4,9% en el año 2014. La asistencia del parto por “Comadrona/Partera” se realizó en mayor proporción cuando se trata de partos no institucionales (40,1%), en mujeres ubicadas en el quintil inferior de pobreza (16,6%), sin educación (16,4%) o con el sexto o posterior nacimiento (15,0%). Según ámbito geográfico, existió una diferencia de 24,0 puntos porcentuales en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y rural (96,0% frente a 72,0%). Mientras que, en las regiones de la Selva (76,5%) y la Sierra (83,2%) se apreciaron los menores porcentajes de partos institucionales⁽²⁾.

Según Borda⁽³⁾, existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que, a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre ellos: Factores personales: como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural. Entre los factores institucionales destaca la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.

Tarqui⁽⁴⁾, observó que entre los principales factores asociados a la elección del parto domiciliario en una zona de Atención Primaria en el Callao, se encuentran: 1) El poco entendimiento entre el proveedor-usuaria durante la atención pre natal, 2) La importancia de la continuidad del personal de salud durante la atención del parto, entendido como el cambio frecuente del personal que tiene a su cargo la atención del parto y el poco tiempo que permanece con la gestante durante el trabajo de parto, así como el aislamiento de su familia, 3) El domicilio como lugar previsto de parto.

La Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna, del Ministerio de Salud del Perú, define “Parto Domiciliario” como aquel parto ocurrido dentro

de una vivienda, atendido por personal de salud o por agentes comunitarios de salud, familiares u otros⁽⁵⁾.

Más allá del debate que existe actualmente sobre la seguridad del parto planeado en el hogar, existe evidencia de que el parto no hospitalario incrementa el riesgo de presentar complicaciones tanto maternas como perinatales, específicamente hemorragia postparto, trauma obstétrico, hipotermia e hipoglicemia neonatales. El mayor riesgo de complicaciones se debe a las condiciones insalubres del lugar donde se atiende el parto, a que frecuentemente es atendido por personas no calificadas para la atención obstétrica y a la pérdida de oportunidad en la atención médica hospitalaria en el caso de presentarse alguna complicación. Encontrando mayor frecuencia de parto domiciliario, en población de menor nivel socioeconómico, habitantes del medio rural, control prenatal deficiente o ausente, gran multiparidad y lejanía entre la unidad de atención obstétrica y la comunidad⁽⁶⁾.

A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos años, todavía se encuentran grandes desigualdades, es por ello, que las políticas de calidad de los servicios de salud materna son importantes para la garantía de la salud y la vida de las mujeres gestantes.

Actualmente no se cuenta con estudios previos sobre las características sociodemográficas del parto domiciliario a nivel regional ni distrital, por lo que frente a esta situación es necesario conocer cuál es nuestra realidad respecto a este problema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio: estudio cuantitativo, descriptivo transversal.

Población: la población estuvo conformada por todas las pobladoras del Centro Poblado Kerguer que tuvieron parto domiciliario durante el período 2010-2016. Se tomó como referencia el Registro de Gestantes del Puesto de Salud Kerguer, obteniendo 33 personas. Las cuales aceptaron participar voluntariamente del estudio, siendo excluidas aquellas pobladoras que no pertenecían a la jurisdicción del Centro Poblado Kerguer y aquellas que tuvieron parto domiciliario fuera del período 2010 - 2016.

Variables: Se utilizaron variables como: estado civil, procedencia, grado de Instrucción, número de controles prenatales, personal que atendió el parto y motivo por el cual no acudió al puesto de salud.

Instrumento y procedimiento: Se utilizó un cuestionario, el cual consta de 12 preguntas, y está basado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-

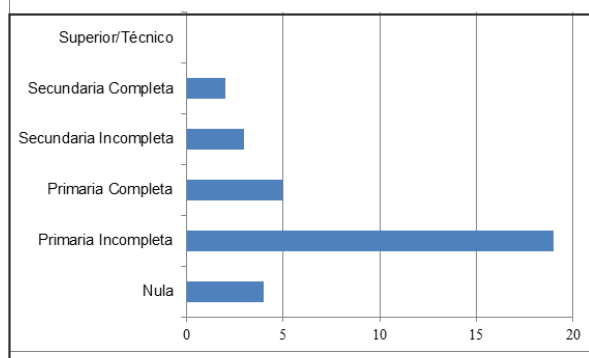
ENDES. El cuestionario fue aplicado de forma presencial, a través de realización de visitas domiciliarias a las pacientes seleccionadas.

Análisis estadístico: Se usó el paquete estadístico SPSS v22.0, se realizó un análisis descriptivo con frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas; media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Aspectos éticos: se les explicó el objetivo del estudio, así como la confidencialidad de los datos. Aquellas que aceptaron voluntariamente participar en el estudio se les aplicó la encuesta previo consentimiento informado.

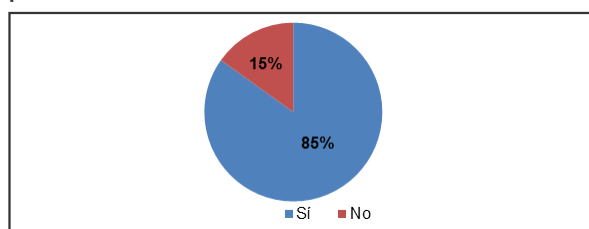
RESULTADOS

Gráfico N°1: Grado de Instrucción en Pobladoras del Centro Poblado Kerguer con Parto Domiciliario durante el período 2010-2016.



En el Gráfico N°1, muestra el grado de Instrucción en Pobladoras del Centro Poblado Kerguer con Parto Domiciliario durante el período 2010-2016. De las 33 mujeres encuestadas, se encontró que el rango de edad de las participantes estuvo comprendido entre 18 y 45 años, con una media de $30,64 \pm 6,93$ años; respecto al estado civil, se encontró que el 97% de las participantes son Convivientes y con relación al Grado de Instrucción, se evidenció que el 12,1% era analfabeta mientras que el 6,1% tenía secundaria completa.

Gráfico N°2: Antecedente de Parto Domiciliario en Pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 - 2016.



En el gráfico N°2, el 84,8% de las participantes afirmó tener antecedentes de parto domiciliario. El promedio de partos domiciliarios durante el período 2010-2016 fue $1,48 \pm 0,6$ partos. Asimismo, el 93,9% afirmó haber acudido a los controles Pre Natales en el Puesto de Salud, sin embargo, sólo el 30,4% tuvo 6 o más controles Pre Natales.

Tabla N° 1: Persona que atendió el parto domiciliario en Pobladoras Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 - 2016.

Personal de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Médico	0	0
Obstetra	0	0
Enfermera	0	0
Técnico	0	0
Promotor de Salud	0	0
Partera	29	87,9%
Familiar	4	12,1%

Se evaluó con respecto a la atención del parto, la tabla N°1 que un 87,9% fueron atendidos por partera y 12,1% por familiar.

Tabla N° 2: Motivo por el cual no acudió al Puesto de Salud para la atención del parto.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
No existe en mi localidad	0	0%
Por distancia	12	36,4%
No había personal	0	0%
Responsabilidad con otros hijos	0	0%
Personal daba malos tratos	0	0%
No había privacidad en la atención	0	0%
Esposo se opuso	0	0%
Por Tradición	21	63,6%
No confiaba en la atención	0	0%
Personal es descuidado	0	0%
Congestión del servicio	0	0%
No tenía dinero	0	0%
No la quisieron atender	0	0%
Iba camino al establecimiento y parto se adelantó	0	0%

Finalmente se identificó que los dos principales motivos por los cuales las pobladoras del Centro Poblado Kerguer decidieron elegir el parto domiciliario fueron. Según la tabla N° 2 un 63,6% fue por tradición y un 36,4% por la distancia desde su domicilio hasta el puesto de salud.

DISCUSIÓN

A pesar que las estadísticas a nivel nacional demuestran que actualmente el 89,2% de los partos fueron atendidos en un establecimiento de salud por un personal calificado; y que la proporción de partos domiciliarios atendidos por partera han disminuido considerablemente, se demostró que, en zonas rurales,

como el Centro Poblado Kerguer, la proporción de partos domiciliarios atendidos por Parteras es superior al 85%. Esto puede ser explicado porque la gestante considera a la partera como una “igual”, como un miembro de su comunidad, ya que comparte las mismas costumbres y lenguaje, lo que le brinda a la gestante mayor confianza, sintiéndose en un ambiente cálido y familiar. A diferencia del concepto que tienen frente al médico o personal de salud, en el cual la relación asume características asimétricas y puramente funcionales^(2,8).

El estudio encontró que la mayoría de las participantes tenía un grado instrucción bajo, siendo Primaria Incompleta el más frecuente con 57,6%. Esta distancia cultural entre el profesional de la salud y las usuarias del servicio, genera una brecha que interfiere con la comunicación real y provechosa de los involucrados, impidiendo que se construyan relaciones de confianza, aspecto básico para reducir la morbilidad materna y favorecer el parto institucional⁽⁸⁾.

El principal motivo por el que las participantes eligieron el parto domiciliario, fue por tradición, lo que se ve reflejado en que el 84,8% de las participantes afirmó tener antecedentes de partos domiciliarios. El domicilio como lugar previsto del parto, al parecer se genera como producto de experiencias vividas durante el proceso de parto por la gestante, amigas y familiares. Se cree que las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto son valorados por las mujeres y lo recuerdas llenas de satisfacción y alegría, en cambio, la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, las actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato físico o psicológico, son sucesos que no contribuyen a que la gestante se decida por el parto institucional, ya que la mujer pasa de ser el centro de los cuidados y atenciones del núcleo familiar y comunal, que valora este momento como excepcional, a ser atendida como “una más” en un espacio externo a su vida cotidiana y donde el parto es un hecho rutinario^(4,8).

El otro motivo que se encontró con mayor frecuencia para la elección del parto domiciliario fue la distancia que existe desde su domicilio de las participantes hasta el Puesto de Salud, ya que el Centro Poblado Kerguer está conformado por siete caseríos dispersos con una distancia entre 2 a 4 horas de camino, con un acceso geográfico accidentado y ausencia de transporte regular.

Llama la atención que a pesar de que el 93,9% afirmó acudir a los controles pre natales, sólo el 30,4% pudieron ser consideradas como gestantes controladas (con 6 o más controles). La relativa mayor aceptación del control prenatal no implica que la mayoría de mujeres consideren la opción del parto institucional como una posibilidad. Se reconoce el conocimiento y capacidad técnica del personal de salud básicamente

para intervenir en caso de complicaciones: un parto “difícil” (por pérdida de líquido, edema, posición transversa, etc) o cuando existen antecedentes de complicaciones en partos previos que la partera no estuvo en capacidad de resolver. A pesar de una mejor cobertura frente a tiempos pasados, existen varios factores que inhiben la asistencia de las mujeres al control prenatal. Entre los más importantes está la valoración de la gestación como un evento natural que no requiere intervención, salvo en caso de problemas. Una barrera fundamental es la vergüenza, recelo o pudor frente al personal de salud (tanto hombres como mujeres) y los procedimientos utilizados en el control prenatal, como el uso de la posición ginecológica y el examen de Papanicolau. A ello se sumará la prohibición de los esposos de que las mujeres sean examinadas por un médico varón. Esto determina que muchas veces las mujeres pongan como condición para asistir al control prenatal la omisión de los procedimientos mencionados⁽⁸⁾.

Se concluyó que las principales características sociodemográficas del parto domiciliario son el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de instrucción. Mientras que los principales motivos de la elección de parto domiciliario son por tradición y por distancia. Por otro lado, la mayoría de los partos (89,2%) fueron atendidos por parteras.

Se debería trabajar conjunta y coordinadamente con las parteras del Centro Poblado Kerguer, ya que éstas son quienes atienden la mayoría de partos domiciliarios en la comunidad; además de capacitarlas en las medidas de asepsia y antisepsia, así como el manejo adecuado de las diferentes fases del trabajo de parto, para reducir así la morbilidad para la madre y el neonato. Además, la creación de casas de espera en los Puestos de Salud, para que las gestantes puedan acudir en las últimas semanas de su embarazo para la atención del parto, y el equipar los respectivos establecimientos con recursos humanos y materiales, aportará para la atención adecuada tanto prenatal, del parto y puerperio.

Por otro lado, brindar sesiones educativas a las pobladoras del Centro Poblado Kerguer sobre la importancia del Parto Institucional, el Control Pre Natal, e identificación de signos de alarma y consecuencias del parto domiciliario; trabajar articuladamente con profesionales en salud mental para la realización de talleres e identificar casos de violencia intrafamiliar, que pueden condicionar a que la gestante no acuda al puesto de salud y finalmente agilizar el sistema de referencia, especialmente en las zonas rurales, ya que no se cuenta con ambulancia propia, y presenta difícil acceso.

Conflictos de interés: El autor, niega conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Carpio L. Situación de la Mortalidad Materna en el Perú, 200-212. Rev. Med. Exp. Salud Pública [Internet]. 2013 [Citado 8 Abril 2016]; 30(3): 461-464. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a15v30n3.pdf>
2. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima: INEI; 2014.
3. Borda C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. Rev Salud Publica (Bogotá) 2001; 3(2): 154-70.
4. Tarqui C, Barreda A. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callo, Perú. Rev. Med. Exp. Salud Pública [Internet]. 2005 [Citado 08 Abril 2016]; 22(2): 1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v22n2/a05v22n2.pdf>.
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna. Perú: MINSA; 2013. [Citado 8 Abril 2016]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnsr_normatividad.asp.
6. Villanueva L, Morales-Andrade E, Lezana-Fernández M. Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México. Rev. CONAMED. 2014; 19(2); 67-77.
7. Ministerio de Salud. La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Perú: MINSA; 2013. [Citado 9 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>.
8. Dierna R, Salazar X, Vargas R, Nacarado P, Vargas C. El parto de la vida en los andes y Amazonía del Perú. Lima: MINSA; 1999.

Correspondencia

Dr. Jesús Custodio Marroquín.

Correo: jcustodio91@gmail.com

Revisión de pares

Recibido: 05/07/2016

Aceptado: 08/09/2016