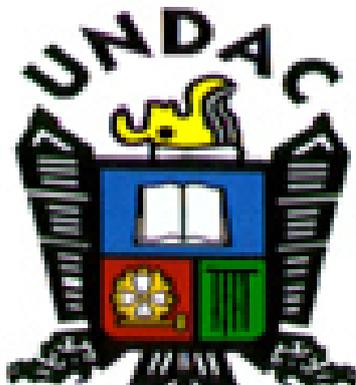


**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**“Incidencia de parto domiciliario en relación a complicaciones  
en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre  
2016”**

**Para optar el título de segunda especialidad profesional de:  
Salud Familiar y Comunitaria**

**Autora:**

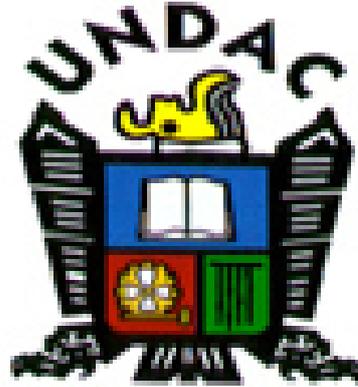
**Obsta. Nolberta LUCIANO ROSAS**

**Docente Revisor:**

**Mg. Evangelina Gaby TUFINO SANTIAGO**

**Cerro de Pasco – Perú 2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**“Incidencia de parto domiciliario en relación a complicaciones  
en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre  
2016”**

**Sustentado y Aprobado ante los miembros del jurado  
siguientes jurado:**

---

**Mg. Nelly Marleni HINOSTROZA ROBLES**  
**PRESIDENTE**

---

**Mg. Elsa Lourdes PAITA HUATA**  
**MIEMBRO**

---

**Mg. Raquel Flor de María TUMIALAN HILARIO**  
**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

Dedico a mi Hija que es la  
que motiva mi desarrollo profesional.

## **RECONOCIMIENTO**

A la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión por la preocupación de  
aperturar estudios de Segunda Especialidad Profesional.

A mis colegas de trabajo que apoyaron la elaboración del proyecto de  
investigación.

## **RESUMEN**

El objetivo es determinar la incidencia de parto domiciliario en relación a complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016. Metodología: Método descriptivo comparativo retrospectivo, la muestra estará constituido por 42 casos de parto domiciliario reportados a la Micro Red Pozuzo. Como instrumento se utilizará una ficha de recolección de datos y la técnica de análisis documental. Para procesar los datos se utilizará el programa Excel.

### **PALABRA CLAVE:**

Incidencia de parto domiciliario, Complicaciones del puerperio.

## SUMMARY

The objective is to determine the incidence of home delivery in relation to complications in the puerperium in the Pozuzo Micro Network from January to December 2016. Methodology: Retrospective comparative descriptive method, the sample will consist of 42 home delivery cases reported in the Micro Pozuzo Network . As an instrument, a data collection sheet and the documentary analysis technique will be used. The Excel program will be used to process the data.

### WORD KEY:

Incidence of home birth, Postpartum complications.

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

	Pág.
I. DATOS GENERALES	11
1.1. Título del proyecto:	11
1.2. Tesista:	11
1.3. Duración del proyecto:	11
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
2.1. Identificación y Planteamiento del problema	12
2.2. Delimitación de la investigación	15
2.3. Formulación del problema	15
2.3.1. Problema principal	15
2.3.2. Problemas específicos	16
2.4. Formulación del Objetivos	16
2.4.1. Objetivos General	16
2.4.2. Objetivos Específicos	16
2.5. Justificación de la investigación	16
2.6. Limitaciones de la investigación	18
III. MARCO TEÓRICO	19
3.1. Antecedentes de Estudio	19
3.2. Bases teóricas – científicas	24
3.3. Definición de términos básicos	40
3.4. Formulación de Hipótesis	40
3.4.1. Hipótesis General	40
3.4.2. Hipótesis Específicas	40

3.5.	Identificación de variables	40
3.6.	Definición operacional de variables e indicadores	42
IV.	METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	45
4.1.	Tipo de investigación	45
4.2.	Métodos de investigación	45
4.3.	Diseño de investigación	45
4.4.	Población y muestra	46
4.5.	Técnicas e instrumento de recolección de datos	46
4.6.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	46
4.7.	Tratamiento de Estadístico.	47
V.	ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	48
5.1.	Presupuesto	48
5.2.	Cronograma	49
VI.	BIBLIOGRAFÍA	50
	Anexos	
	Ficha de recolección de datos incidencia de parto domiciliario	
	Ficha de recolección de datos complicaciones en el puerperio	

## INTRODUCCIÓN

Nuestro País pluricultural, multiétnico y plurilingüe, permite que su riqueza cultural origine todo un sistema de concepciones, en torno al embarazo, parto y puerperio; en las zonas rurales del Perú muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento. De esta manera cada grupo humano crea y recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que lo rodea. Esta realidad plantea la necesidad de entender y comprender el papel tradicional de la mujer en la salud y conocer los sistemas médicos con raíces autóctonas. Actualmente se sabe que muchos pueblos originarios, según representaciones de estatuillas y cerámicas hasta la edad media utilizaron para el parto la posición vertical, sea en cuclillas o de pie, considerando que es la posición y cuan importante fue la participación familiar en el parto y en sus ceramios se deja notar que en todo proceso la madre es el personaje más importante. En algunas comunidades las personas mayores y algún familiar que haya tenido varios hijos, son convocados para atender el parto, e incluso dar los cuidados previos a la gestante además se le convoca

a la “especialista de la comunidad” que se le conoce como partera quién ha logrado habilidades y se ha perfeccionado a través de la experiencia. La posición que la mujer adopta durante el proceso de parto es vertical, afianzándose en una madera transversal, en posición cuclillas, y siempre cuenta con el apoyo familiar. Estas costumbres perduran sobre todo en las comunidades nativas comprendidas en Pozuzo y alrededores aun cuando existe establecimientos de salud y el equipo de salud se moviliza para captar mujeres embarazadas, para el momento del parto no acuden al establecimiento de salud y no comunican al agente comunitario, esta situación pone en riesgo la salud de la madre y niño.<sup>1</sup>

El proyecto de investigación consiste en presentar los datos generales, el problema de investigación, Marco teórico; Metodología de Investigación, administración de la investigación, Bibliografía y anexos.

LA AUTORA.

## **I. DATOS GENERALES**

### **1.1. Título del proyecto:**

“INCIDENCIA DE PARTO DOMICILIARIO EN RELACIÓN A COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN LA MICRO RED POZUZO DE ENERO A DICIEMBRE 2016”

### **1.2. Tesista:**

Obsta. Nolberta LUCIANO ROSAS

### **1.3. Duración del proyecto**

Enero a Diciembre 2016

## **II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1 Identificación y planteamiento del problema**

El parto domiciliario no es algo nuevo, data desde hace aproximadamente 50 años, aunque no se trabaja de una opción, ya en algunos casos no había otra alternativa. Actualmente, a pesar de que el sistema sanitario ofrece garantías más que suficientes de que el parto se lleve a término de manera exitosa, hay mujeres que consideran que parir en un hospital convierte este momento especial en algo impersonal e incómodo, y prefieren ser atendidas por profesionales en un espacio más íntimo, como su propia casa.

Nuestro País, por su riqueza cultural, presenta diversas concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio. Por citar un ejemplo, las costumbres y los procesos de embarazo, parto y puerperio de la mujer Aguaruna, o Huambisa en el contexto cultural de las comunidades indígenas se estudiaron profundamente; tal es así que en estudios cualitativos que se presentan resultados como que los pobladores reconocen algunas señales de peligro en el embarazo, como el sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico, los cuidados durante el embarazo se relacionan con las actividades diarias y la ingesta de alimentos. Existen algunos elementos que

dificultan el parto y nacimiento como el sentimiento de vergüenza para llamar al promotor. Logrado el parto debe mantenerse los cuidados para la recuperación de la madre, y un adecuado desarrollo del recién nacido. Tal es así que las concepciones y percepciones del embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas, norman el comportamiento de sus pobladores repercutiendo esto en la salud infantil. Por lo que es necesario comprender las características de estas culturas y facilitar las estrategias sobre todo el agente comunitario y de medicina tradicional implementando estrategias en promoción de la salud y atención de la gestante. <sup>2</sup>

La mortalidad materno – infantil es un problema muy serio en nuestro país, particularmente en las comunidades afectadas por la pobreza, la exclusión y con muy poco acceso a los servicios de salud. De las 19,000 muertes maternas e infantiles que anualmente son registradas en el Perú, cerca de la mitad son atribuibles a la falta de atención durante el embarazo y el nacimiento; consecuencias de la inequidad en la que viven la mayor parte de las mujeres en las zonas rurales. Las comunidades nativas en el Perú están distribuidas en unos 3000 poblados entre la selva alta y selva baja, con una población aproximada de 350,000 habitantes entre los que se ubican 13 grupos lingüísticos. Cada uno tienen diferentes costumbres y están en armonía con su medio ambiente. <sup>3</sup>

Por tal motivo el Ministerio de Salud tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna, estas estrategias están orientadas a mejorar la cobertura de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida de la gestante. Sin embargo persisten los reportes discordantes entre las coberturas de la atención de control prenatal (77,2 %) y la atención del parto institucional (49,5 %). Entre los factores que incrementan la preferencia del parto domiciliario tenemos: personales (edad, bajo nivel educativo, estado conyugal, embarazo no deseado antecedente del parto domiciliario y la procedencia rural); factores de la atención prenatal (el inicio tardío del control prenatal, el inadecuado número de controles prenatales, la puntualidad en la atención recibida, la falta de visita domiciliaria, la poca capacidad resolutive del establecimiento de salud y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo el personal de salud).<sup>4</sup>

En investigaciones realizadas en México, comparan el número total de complicaciones entre sistemas (parto hospitalario y parto en domicilio), sumando el número complicaciones maternas y neonatales. En el hospitalario se presentaron complicaciones en 23.8 % de los casos y en el tradicional o domiciliario en 20.2 %. Las complicaciones maternas fueron más frecuentes que las neonatales

en el parto hospitalario; y las complicaciones neonatales más frecuentes en el parto domiciliario.<sup>5</sup>

La investigación se realizará en la Micro Red Pozuzo, donde hasta la fecha no se realizaron trabajos de investigación, contamos con registros en de partos domiciliarios así como de muertes maternas por esta causa en el establecimiento de salud que tiene como área de responsabilidad algunas comunidades nativas, en las que se observa aun la incidencia de parto domiciliario con tendencia a la disminución en estos últimos años de 10 partos 2 son domiciliarios de cada 10 partos domiciliarios 3 ingresas a la Micro Red con complicaciones del puerperio con riesgo de la muerte materna y conociendo la importancia de la presencia de la madre en la familia, planteo el problema para investigar por tener tal magnitud su importancia.

## **2.2. Delimitación de la investigación**

La Micro Red Pozuzo, se ubica en la Provincia de Oxapampa a 360 Km de Cerro de Pasco, gran parte de la población está constituido por la Colonia Alemana y Austriaca, y otra parte por Comunidades Nativas alrededores, la geografía característica de la selva.

## **2.3. Formulación del problema.**

### **2.3.1.- Problema Principal:**

¿Cuál es incidencia de parto domiciliario en relación a complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016?

### **2.3.2.- Problema Específico:**

A.- ¿Cuál es incidencia de parto domiciliario en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016?

B.- ¿Cuáles son las complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016?

## **2.4. Formulación de objetivos.**

### **2.4.1 Objetivo general:**

Determinar la incidencia de parto domiciliario en relación a complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.

### **2.4.2 Objetivos específicos:**

- Identificar la incidencia de parto domiciliario en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.
- Identificar las complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.

## **2.5 Justificación de la investigación**

Los datos que se logra obtener del presente trabajo será de conocimiento a las autoridades de la Dirección regional de Salud a fin de que utilicen como antecedente y a la vez tomen decisiones

para ir disminuyendo el parto domiciliario y a la vez cuales son la complicaciones que se presentan en el puerperio.

En los establecimientos de salud de la Micro Red Pozuzo, se cuenta con un sistema biomédico con procedimientos técnicos basado en un respaldo científico y con una secuencia de procedimientos como son en el caso de la atención de parto, entre otros.

Como toda investigación la relevancia de la información científica que aportará esta investigación permitirá tomar decisiones en las políticas públicas y algunas decisiones en el nivel correspondiente para mejorar las estrategias de atención a la gestante y puerperio. Así mismo para que las futuras generaciones de profesionales en ciencias de la salud tengan conocimiento de cómo se encuentra a la fecha la incidencia de parto domiciliario y las complicaciones del puerperio que se presentan con mayor frecuencia en la zona de selva.

Algunos estudios muestran que los bajos niveles socio-económicos en que se encontraban las mujeres son un determinante fundamental de la muerte materna, dado que limitan el acceso a la educación, a fuentes de ingreso y a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales entre otros aspectos lo cual repercute en la capacidad de decisión de la mujer respecto a su salud. Algunas mujeres no aceptan la atención médica por aspectos culturales o porque la decisión está en otro miembro de la familia, más aún cuando están casados.

El nacimiento de es ante todo, un proceso natural y fisiológico, es físicamente exigente y en especial para la madre primípara por ser el parto un desafío psicológico y cultural, esto puede marchar bien si la madre se siente en un ambiente tranquilo, seguro y conocido.

Para el desarrollo del proyecto de investigación se cuenta con los recursos humanos, bibliográficos y económicos necesarios para tal fin, con la participación de docentes de la Universidad, colegas de la especialidad.

## **2.6. Limitaciones de la investigación**

- Existe escaso material bibliográfico y estudios como antecedentes de investigación a nivel nacional.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Antecedentes de estudio**

a) Olsen O, Jewel MD; El Nacimiento en Casa frente al nacimiento en el Hospital, Oxford 2011. Con el objetivo de comparar los efectos sobre las tasas de intervenciones, complicaciones y morbilidad del nacimiento domiciliario y del nacimiento en el hospital, Metodología: se compara el nacimiento domiciliario y el nacimiento planificado en el hospital con el respaldo de un sistema hospitalario moderno. Resultados: No hay evidencias de complicaciones o muertes de mujeres que se sometieron al parto domiciliario y al hospitalario en mujeres embarazadas de bajo riesgo.<sup>6</sup>

b) Rogelio Gonzáles P. Investigaron “Salud Materno Infantil en las Américas; Pontificia Universidad de Chile 2012”; A nivel global, ocurren 136 millones de nacimientos, 10 millones de estos niños fallecerán antes de su primer año de vida. De la misma manera 500 mil madres morirán en el mismo periodo por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio. El 99 % de esta tragedia mundial

ocurre en los países más pobres de la tierra. Más del 70 % de las muertes maternas ocurren por cinco causas principales: Hemorragias, infecciones, aborto, hipertensión y parto obstruido. Se ha observado un cambio en el perfil etiológico en aquellos países con experiencia más favorables, como Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile países en los cuales ha aumentado la proporción de las llamadas causas indirectas (no obstétricas) de mortalidad materna. Conclusión: A pesar de las mejorías globales en la salud materno infantil y aumento de la esperanza de vida en la Región de América Latina. La inequidad permanece como problema crucial, los mejores indicadores de la salud materna, del recién nacido ocurre en mujeres en mejor situación socio-económica, estas diferencias se observan dentro y entre los países de la región.<sup>7</sup>

**c)** Miguel Angel Karam Calderón, Patricia Bustamante Montes, Martha Campuzano Gonzalez, y Angela Camarana Pliego. Investigaron “Aspectos sociales de la mortalidad materna; estudio de caso en el Estado de México, 2012”. Con el objetivo de contribuir al análisis de los factores sociales y económicos que se asocian a las muertes maternas que ocurrieron. Metodología: Se identificaron los casos de muerte materna ocurridos en el estado de México a través del registro de la Secretaría de Salud Estatal. La información requerida para este estudio se obtuvo de fuentes secundarias, es decir de los expedientes clínicos de las autopsias verbales de los casos de muerte materna que ocurrieron en los periodos comprendidos entre enero del 2009 y diciembre del 2012. La

autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde enferma hasta que fallece. Consiste en el análisis oportuno de la mortalidad, mediante la recolección activa de los certificados y de las actas de defunción y las visitas de los hogares de las personas fallecidas con el fin de corroborar la información que hay en la historia. Con el análisis de esta información es posible identificar áreas, poblaciones y factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud para que a nivel institucional se establezcan medidas correctiva y a nivel local, departamental o nacional, estrategias que permitan mejorar los procesos de atención. Resultados: Con respecto a la razón de la muerte materna se encontró que esta se ha modificado en los años de estudio de presentar una razón de 36.31 por 100,000 nacidos vivos para el año 2009 y disminuyó a 35.23 por 100,000 nacidos vivos. El 72 % de las mujeres fallecieron por causas directas, siendo la principal causa la pre eclampsia y la eclampsia en un 26 % seguida por la hemorragia en 9.5 % y las infecciones con 8.1 %. La edad promedio de mujeres que fallecieron es de 28 a 29 años, mínima entre 12 y 17 años. En 46 % fueron mujeres casadas, de 13 a 24 % mujeres en condición libre que le favorece la exclusión social y disminuyen las expectativas económicas y laborales de las mujeres favoreciendo un nivel de pobreza mayor del que tenían. En cuanto a otras características que registra el certificado de defunción se observa que casi tres cuartas partes de las muertes maternas se presentan se presentan en mujeres no

derechohabientes; el 60 % del total fallece en unidades médicas, un 22 % en hospitales particulares, el 14 % en el hogar y un 6 % en otros lugares. En cuanto a la toxemia del embarazo, el modelo que mejor predice la muerte materna es aquél que considera mujeres jóvenes de localidades urbanas, con escolaridad mayor de secundaria, solteras y sin derechohabiencia.<sup>8</sup>

**d)** Carolina Tarqui-Mamani; Alejandro Barreda Gallegos; investigaron “Elección y Preferencia del parto domiciliario en Callao, Perú, 2013”. Identificar. Identificar: Identificar los factores personales y de la atención prenatal relacionados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar de parto. Material y métodos: El estudio incluyó a 52 casos: mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario; y 208 controles: MEF con parto institucional residentes en la misma área geográfica. El estudio se realizó en la Micro red Pachacutec (Callao- Perú). El análisis fue bivariado y multivariado. Resultados: La edad Promedio de los casos fue 26 y 28 años. El análisis bivariado demostró la asociación significativa de diversos factores pero al aplicar el análisis multivarado éstos no fueron confirmados. Finalmente los factores de riesgo de riesgo fueron: el domicilio como el lugar previsto de parto.<sup>9</sup>

**e)** Organización Mundial de la Salud, presenta un estudio en la publicación del 18 de Junio del 2005 en el British Medical Journal, expuso que los partos domiciliarios planificados para mujeres de bajo riesgo en los Estados Unidos están asociados con una seguridad similar y menos intervención médica comparada a los

partos hospitalarios de bajo riesgo. Este es el estudio más grande de su tipo, con una información de más de 5000 nacimientos atendidos durante el año 2000 por matronas Profesionales Cualificadas en los Estados Unidos. Además de descubrir que el parto domiciliario es seguro, el estudio ilustra que el nacimiento extra hospitalario conlleva menos intervenciones médicas y tecnológicas comunes en los hospitales. Por ejemplo el índice medio de cesáreas era de 3,7% comparado con más de 24 % para los estados Unidos para el año 2000 (y más del 28 % en 2003). En España los partos domiciliarios comparado con el 84 %, 21 % y 18 % para los Estados Unidos. Todas estas intervenciones conllevan riesgos para las madres y los bebés, y son innecesarias para la gran mayoría de las mujeres saludables que son capaces de tener partos normales.<sup>10</sup>

**f)** María del Carmen Elu; investigó sobre: Mortalidad materna: Una Tragedia Evitable 2010; Las muertes maternas constituyen un grave problema de salud pública que puede evitarse. Se calcula que ocurren alrededor de 600 mil anualmente en el mundo, en su gran mayoría en los países "en desarrollo", donde el riesgo de las mujeres a morir por causas maternas es de una en 48, frente a una en 1,800 en los desarrollados. Las inmensas variaciones en las tasas de mortalidad materna (TMM) entre los países, e incluso a su interior, muestran su intrínseca vinculación con la pobreza. Pobreza que priva a grandes sectores de población del acceso a los mínimos

satisfactorios que todo ser humano necesita para sobrevivir y desarrollar sus capacidades.

Estudios realizados muestran, sin embargo, cómo en las muertes maternas los efectos de la pobreza se ven potencializados por factores socioculturales que, generalmente, no son previstos ni tomados en cuenta al diseñar e instrumentar los programas de salud. De ahí la reiterada insistencia de la Organización Mundial de la Salud en que el abatimiento de esas muertes exige "ir más allá" de sus "causas inmediatas", a fin de identificar y modificar los factores que las generan, entre los cuales destacan los socioculturales.

Dentro de un contexto global, el presente artículo se enfoca, particularmente, a la relación de las muertes maternas con dichos factores, al mismo tiempo que subraya la inaplazable necesidad de poner en marcha estrategias intersectoriales que las eviten y las condiciones para lograrlo.<sup>11</sup>

### **3.2.- Bases Teóricas:**

A.- Incidencia

B.- Parto

B.1.- Definición:

C.- Parto domiciliario

D.- Complicaciones del puerperio

**A.- Incidencia.-** Incidencia Se define como el número de "casos" nuevos en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Es la

proporción de individuos que se desarrollan en eventos durante el periodo de seguimiento.<sup>12</sup>

## **B.- Parto**

### **B.1.- Definición:**

El parto es el proceso normal de tránsito del feto desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior del organismo materno. Por medio de contracciones uterinas rítmicas se produce la dilatación del cuello del útero, seguida de la expulsión del feto a través del canal del parto y a continuación la de los anexos fetales.

## **C.- Parto domiciliario**

### **C.1.- Frecuencia del parto domiciliario:**

Los estudios desde 1943 los porcentajes de partos domiciliarios y hospitalarios ocurridos en Alemania en 1937 (71 y 29 % respectivamente), concluyendo que “la práctica tocológica domiciliaria desempeña un papel preponderante”. En los últimos años dos grandes cambios se presentaron: La asistencia domiciliaria prestada por la matrona en algunos casos apoyada por un médico que luego ha evolucionado a un equipo obstétrico conformado por ginecólogo, anestesista, neonatólogo y matrona que efectúa su trabajo en la clínica.

En algunas sociedades en el parto domiciliario es atendido por el médico, el esposo y la comadrona.

Son numerosos los trabajos que demuestran la disminución progresiva del parto domiciliario, aunque han ciertos países como Holanda que mantienen un elevado número de partos domiciliarios

(40 % del total 1978); en Inglaterra y Gales, el 85 % de los partos se producían en el domicilio de la paciente. La cifra ha descendido hasta llegar a ser tan sólo del 1,1 % en 1982.

### **C.2.- Ventajas e inconvenientes del parto domiciliario**

En un estudio realizado en 336 mujeres que habían parido previamente en casa y en hospitales, demostraron que un 80 % de ellas preferían el parto domiciliario. Las ventajas del parto en casa: Ambiente habitual y relajado, hallarse en el seno de la familia. Lazo entre madre y recién nacido más fácil de realizar, médico y/o comadrona conocidos que proporcionan una atención individualizada, ausencia de gérmenes hospitalarios y reducción de coste. Se ven contrarrestadas por el miedo ante las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o feto también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante riesgos emergentes no son limitadas. Muchas complicaciones (diabetes, presentación de nalgas, placenta previa, etc.) pueden y deben ser detectadas antes del parto, y si esto sucede habrá que programar un parto hospitalario. Sin embargo otras complicaciones como la hemorragia post parto por atonía pueden ser lo suficientemente importantes como para amenazar la vida de la madre, En cuanto lo diagnostiquen será recomendable derivar a la madre al hospital, no obstante el personal que atiende en el domicilio tiene que estar preparado para actuar. Algunos de los riesgos para el feto no son aparentes antes del parto (prolapso de

cordón, sufrimiento fetal agudo, etc), Se controla tanto en el hospital como a domicilio.<sup>13</sup>

### **C.3.- Repercusión del Tipo de Asistencia:**

El aumento progresivo que se ha observado durante el siglo XX de la obstetricia Hospitalaria a expensas de la asistencia domiciliaria se ha acompañado de un descenso de la morbimortalidad materna perinatal y neonatal. Entre estos hechos parece existir una relación causal porque participan también y sin lugar a dudas otros factores como un mejor estado sanitario de la población, una mejor asistencia prenatal a las embarazadas, los progresos de la medicina, las mejores posibilidades de transporte, etc. El primer estudio comparativo que se hizo de morbilidad y mortalidad para comparar el parto en hospital y en casa dio como resultado que el parto en casa tenía menos riesgo que el parto hospitalario, sorprendiendo a la misma promotora del estudio que solo pretendía demostrar que el hospitalario tenía menos riesgo. Varios hechos confunden la comparación de la mortalidad perinatal y neonatal de partos domiciliarios y hospitalarios: los hospitales son los lugares escogidos para los partos de alto riesgo; al menos un 10 % de las mujeres que han escogido parir en casa han de ser trasladadas al hospital por una complicación inesperada. Es más difícil recoger la totalidad de muertes del recién nacido en el medio domiciliario que en el hospitalario y el nivel socioeconómico y cultural es distinto a ambos grupos.

- a) Satisfacción para las mujeres: Un 97 % de las madres que parieron en su casa se mostraron muy satisfechas con los cuidados recibidos por parte del profesional que les atendió. Como dato añadido seis semanas después del parto el 95.8 % de las mujeres que habían dado a luz en su casa seguían amamantando y el 89 % de ellas en exclusiva.
- b) Ahorra costes: El estudio señala que el parto hospitalario normal es tres veces más caro que un nacimiento similar ocurrido en casa “Nuestro estudio de las matronas profesionales sugieren que alcanzan buenos resultados en mujeres con bajo riesgo sin el uso de costosas intervenciones hospitalarias por rutina”.

#### **C.4.- Parto Domiciliario en el Perú:**

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna, por tal razón el ministerio de Salud del Perú tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna. Estas estas estrategias han estado orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida de la gestante. Sin embargo persisten los reportes discordantes entre las coberturas de la atención del control pre natal (77,2 %) y la atención del parto institucional (49,5 %). Entre los factores que incrementan la preferencia del parto domiciliario tenemos:

- Factores Personales: La edad, el bajo nivel educativo, el estado conyugal, el embarazo no deseado, el antecedente del parto domiciliario y la procedencia rural.
- Factores de atención prenatal: El inicio tardío del control prenatal, el inadecuado número de controles prenatales, la puntualidad en la atención recibida, la falta de visita domiciliaria, la poca capacidad resolutive del establecimiento de salud y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal.<sup>14</sup>

C.4.1.- La OMS recomienda articular los diferentes sistemas, médicos tradicionales con el sistema oficial de salud a fin de reducir la mortalidad y discapacidad en poblaciones pobres y marginadas, para ser implementada esta recomendación se debe partir por un principio de equidad y respeto mutuo a las diferentes culturas a fin de lograr acercar las diferencias. Los grupos nativos poseen maneras propias de entender lo que les rodea, teniendo fundamentadas razones para hacerlo, por lo que es necesario que el sistema de salud conozca y respete dichas prácticas.

La interculturalidad en el área materno perinatal debe ser una estrategia metodológica que nos permita acercar estas brechas culturales creando espacios de encuentro ya que la interculturalidad sobrepasa lo étnico, pues interpela toda la sociedad en su conjunto, implica la interrelación, interacción dialógica de diversos y diferentes actores sociales, representados por etnias, clases, sexos, regiones y comunidades, generaciones, etc, con distintas representaciones y universos simbólicos. La implementación estratégica en la atención

de la mujer gestante, del parto y del puerperio en las zonas rurales, requiere fortalecer las capacidades institucionales adaptándolas a la cultura de los usuarios, incluyendo las de resolver las principales complicaciones del embarazo y nacimiento, mejorando los servicios e incrementando de esta manera su cobertura.<sup>15</sup>

#### **C.4.2.- Factores que inciden en la mortalidad materna**

Las sociedades están conformadas por intrincadas redes de factores que interactúan entre sí, en forma compleja y dinámica, y nunca de manera aislada. Sin embargo, para fines analíticos en el tema que nos ocupa es permitido y conveniente señalar algunos de ellos.

##### **a.- Factores estructurales**

Los seres humanos para desarrollarse como tales tienen el derecho y la necesidad de acceder, cuando menos, a un mínimo de satisfactores básicos: alimentación, vivienda, educación, vestido, comunicación, etc. La pobreza es la negación de esos derechos y la principal responsable de las muertes maternas a nivel mundial y nacional.

Mientras que a nivel global en los países "en desarrollo" las muertes maternas en relación con el total de defunciones, es de una en 48; en los desarrollados es de una en 1,800. Las cifras por regiones brindan un panorama alarmante: África es de una en 16; Asia, una en 65; América Latina y el Caribe, una en 130; Europa, una en 1,400; y América del Norte, 1 mujer en 3,700.

Lo que ocurre en México es claro. En los municipios de alta marginación y/o en grupos de población, sin acceso a los recursos vitales, las mujeres tienen tres veces más riesgo de morir por causas maternas que en los de baja marginación. Es decir, las tasas de mortalidad materna dibujan la geografía nacional de la pobreza. En consecuencia, su descenso inevitablemente exige de una firme y real voluntad política gubernamental, que se refleje en decisiones, aportación de recursos y el diseño de programas que efectiva y sostenidamente reviertan los factores estructurales responsables de esos ancestrales rezagos y garanticen la justa distribución de la riqueza que el país produce.

#### **b.- Factores socioculturales**

La pobreza afecta la salud de toda la población: hombres y mujeres. Sin embargo, en estas últimas, sus de por sí nefastas consecuencias se potencializan por factores socioculturales. Algunos de ellos son:

**b.1.- Discriminación e inequidades de género.** No son las diferencias sexuales o biológicas las que conllevan factores de riesgo para la vida de las mujeres y el ejercicio de su maternidad. Si así fuera, las mujeres morirían en dimensiones similares en todos los países. La tragedia proviene de las circunstancias y condicionantes en que ejercen esa maternidad. Lo que mata a las mujeres es la forma en que están contruidos los géneros masculino y femenino, el poder detectado por cada uno de ellos, las relaciones establecidas entre ambos y el desigual acceso a los recursos disponibles. Es decir, el exceso de muertes maternas es causado por las

inequidades de género vigentes al interior de las culturas: costumbres, sistemas de valores y de organización, normas de acceso al estatus social, mecanismos de intercambio de recursos, bienes y servicios, relaciones de poder entre hombres y mujeres, persistencia de creencias simbólicas ante la reproducción, las enfermedades y la muerte, entre otros.

Los géneros femenino y masculino están conformados por una red de principios, valores y normas, culturalmente definidos y mantenidos a través del tiempo bajo la falsa premisa de que son "naturales", cuando en realidad, éstos son generados "artificialmente". En el género femenino se encuentran, en mayor o menor grado, los siguientes:

**b.1.1.- Subvaloración en relación con el masculino.** A pesar de los avances logrados todavía prevalece desde el nacimiento, cuando no desde antes, una subvaloración hacia lo femenino que tiene, entre otros efectos: el limitar el acceso de las mujeres a la nutrición y a la educación. Ambos, requerimientos básicos para que las personas desarrollen sus capacidades y reciban información e instrucción alternativas que les permita insertarse de manera más ventajosa en la sociedad, incluyendo el mercado laboral.

**b.1.2.- Asignación de rasgos que favorecen una baja autoestima.** La autoestima es la consideración, aprecio o valoración que se tiene por uno(a) mismo(a) y constituye una premisa básica y esencial para reconocer y expandir las potencialidades de la persona. Impedir la generación o restringir la

autoestima en las mujeres, impedirá que ellas puedan relacionarse en forma equitativa con ellas mismas, sus parejas, familias y sociedad.

**b.1.3.- Falta de poder,** Poder significa tener el derecho o la autorización cultural y social para tomar decisiones que afectan a la colectividad y a los individuos. La negación del poder a las mujeres abarca un gran rango de consecuencias: exclusión de posiciones comunitarias y a fuentes de estatus, ser tratadas como "menores de edad", restringir su derecho a decidir sobre aspectos que las atañen en forma directa y personal.

**b.1.4.- Orientación hacia el servicio de los demás .** Lo que va en detrimento de la identificación de sus propias necesidades y del cuidado a sí mismas.

**b.1.5.- Vinculación entre la identidad genérica femenina y la maternidad .** Para muchas mujeres la maternidad forma parte de sus expectativas y su realización. Sin embargo, cuando es el componente definitorio de su identidad femenina y única o principal fuente de acceso de poder y estatus, la forma en que se ejerce la maternidad las expone a grandes riesgos para su salud y su vida.

La maternidad temprana es una de las consecuencias de la armonía entre identidad de género y la falta de opciones que la sociedad ofrece para las mujeres. Aproximadamente, 16% de los nacimientos en México ocurren en mujeres menores de 20 años: proporción aún superior en las áreas rurales.<sup>16</sup>

Son bien conocidas las repercusiones de la maternidad en estas mujeres. A nivel mundial, las mujeres de 15 a 19 años tienen dos veces más posibilidades de morir en el parto, que las que tienen entre 20 y 30 años; por su parte, las menores de 15 años tienen cinco veces más riesgo. Así mismo, se sabe que las complicaciones relacionadas con los embarazos constituyen la principal causa de muerte de mujeres entre los 15 y 19 años de edad.

En el mejor de los casos, el embarazo y la maternidad en mujeres adolescentes les obliga a asumir responsabilidades para las que no están preparadas y a abandonar la escuela con lo cual ven disminuidas, aún más, sus posibilidades de acceder a un futuro mejor. Así, los riesgos y negativas consecuencias se intensifican cuando la maternidad se acompaña de una paridad abundante.

### **c.- Contradicciones culturales hacia la maternidad**

Paradójicamente, las culturas que ensalzan y ubican a la maternidad como atributo definitorio de la identidad y la valoración femenina, conceden escasa o nula prioridad al cuidado de la salud femenina durante sus embarazos y partos. Las historias de las mujeres fallecidas dan múltiples testimonios de esta situación. Mientras que la resolución de otros problemas familiares o la adquisición de estatus comunitario son resortes para la movilización de recursos, no ocurre lo mismo con la protección de la salud de las mujeres, aun cuando se encuentren en inminente peligro. Una muestra de ello es que en muchos casos las erogaciones hechas en sus velorios superan los costos económicos que hubiesen implicado la atención,

por personal calificado, de las complicaciones presentadas durante los embarazos o partos que les causaron las muertes. Esto se debe a que colaborar financieramente en atender las condiciones peligrosas para la salud de las mujeres, no responde ni está legitimado por normas y usos culturales, al contrario de lo que ocurre con otras situaciones (como pueden ser los gastos del velorio). Dicho en otras palabras, defender la salud y la vida de las mujeres durante sus procesos reproductivos, no forma parte de las prioridades culturales socialmente válidas para la movilización de recursos comunitarios.

#### **d.- El camino hacia la muerte materna**

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas tanto en México, como en otros países, corrobora lo señalado por la OMS, respecto a que estas muertes no son accidentales, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de "demoras" que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. No sobra recordar que en la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención.

Los eslabones de esta cadena fatal se pueden desglosar en la siguiente lista de "demoras":

1. En el tiempo en que las mujeres tardan en identificar como "no naturales" los síntomas o signos de alarma que se presentan durante el embarazo.
2. En darle la importancia debida a los primeros avisos que tienen de que "algo no está bien".
3. En acudir con la partera o utilizar los "remedios" tradicionales a su alcance.
4. En tomar una decisión sobre qué hacer cuando éstos no resuelven los malestares sentidos.
5. En comunicar a sus parejas o familias los malestares que están sintiendo.
6. Tardanza de éstos en identificar la necesidad de acudir a la brevedad posible con el personal de salud capacitado o a una unidad hospitalaria.
7. En el tiempo para tomar la decisión de hacerlo.
8. En conseguir los recursos económicos necesarios.
9. En obtener un medio de transporte.
10. En encontrar un centro de salud abierto y que cuente con el personal y los recursos necesarios para resolver los problemas que se presenten.
11. En decidir la necesidad de referir a la paciente a una unidad que cuente con dichos recursos, en el caso de que no existan en ella.

12. En obtener una ambulancia u otro tipo de vehículo para efectuar el traslado.

13. En ser bien diagnosticado el problema, obtener los donadores de sangre y los medicamentos solicitados por el establecimiento de salud.

14. En ser atendida adecuadamente; en ocasiones, cuando lamentablemente ya es demasiado tarde.

En toda esta lista de "demoras" están presentes las carencias estructurales que impone la pobreza y las enormes limitaciones que padece el sistema de salud pública respecto a la cobertura de sus servicios y la disponibilidad de recursos humanos y materiales que garanticen su capacidad resolutive. Las mujeres que fallecen en las instituciones de salud han tenido que recorrer entre dos y tres unidades antes de ser atendidas, por desgracia, cuando ya no hay nada que hacer.

Sin restar importancia a lo anterior, no se puede ignorar la influencia, en las muertes maternas, de los factores socioculturales arriba mencionados: subvaloración del género femenino ante el masculino, falta de autoestima de las mujeres, ausencia de poder de las mujeres, dependencia de los hombres, maltrato durante el embarazo, orientación al servicio de los demás, relación entre identidad femenina y maternidad, y las contradicciones hacia esta última.

Si las mujeres se valoran como personas "inferiores" con respecto a los hombres; si se les han negado las oportunidades de recibir

educación e información; si se les ha inculcado que "sufrir sin quejarse" forma parte de su identidad femenina; si carecen de poder para tomar decisiones; si están orientadas al cuidado de los demás sin reconocer su propio derecho a cuidarse y a que las cuiden; si consideran que los malestares durante el embarazo "son naturales"; si el ser madres constituye su principal fuente de estatus y reconocimiento; si asistir a consulta prenatal pasa por la decisión del marido; si mostrar problemas durante el embarazo debilita su imagen de mujer ante sí misma, su pareja y la familia de éste; y si la protección de su salud no forma parte de los estímulos para la movilización de recursos familiares o comunitarios, difícilmente se pueden eliminar o, cuando menos, disminuir muchas de esas fatales demoras.

#### **D.- Complicaciones del puerperio**

Después del parto pueden aparecer síntomas o signos anormales como fiebre, hemorragias, ingurgitación mamaria, dolor abdominal en las mamas, loquios fétidos, etc. por los cuales la mujer tiene que asistir a la consulta.

D.1.- Cuando una puérpera tiene fiebre de 38 grados o más es porque tiene un proceso infeccioso, que puede estar localizado en la episiotomía o en la cicatriz de la cesárea. La fiebre también puede producirla una infección en la mama (mastitis), en el útero (endometritis), en los miembros inferiores tromboflebitis, aparecen generalmente a las 48 horas después del parto.

D.2.- Hemorragias.- La pérdida excesiva de sangre que se origina después de las 24 horas del parto hasta la primera semana después del mismo corresponde al puerperio mediato o precoz, y cuando se producen más tarde se incluyen en el puerperio tardío. Pueden estar causadas por inercia uterina (el útero no se contrae), retención de restos placentarios, endometritis, desgarros del cuello del útero, miomas submucosos (tumores benignos es decir no cancerosos que se originan en la capa muscular del útero).

D,3.- Dolores en la parte baja del abdomen: generalmente producidas por la endometritis (inflamación de la capa interna del útero)

D.4.- Endurecimiento de una o de las dos mamas: puede presentarse con fiebre, es causado por una mastitis (proceso infeccioso de las mamas), o por una galactoforitis (Inflamación de los conductos galactóforos). Cuando no hay fiebre puede ser que se trate de una retención de leche en uno o varios acinos mamarios.

D.5.- dolor en las pantorrillas: generalmente va acompañado de enrojecimiento en la zona dolorosa y hay que pensar en una tromboflebitis.

D.6.- Trastornos en el sueño y cambios de humor: la mujer puede estar pasando por una depresión transitoria (tristeza puerperal).

D.7.- ardor al orinar: durante el periodo expulsivo.

D.8.- Loquios fétidos: Es un signo de infección del útero.

D.9.- Grietas del pezón: son pequeñas erosiones producidas en el pezón por el bebé cuando succiona.<sup>17</sup>

### **3.3. Definición de términos básicos**

- Incidencia.- Incidencia Se define como el número de “casos” nuevos en un periodo de tiempo.
- Parto domiciliario.- Es el proceso de expulsión del feto de 40 semanas en promedio, en el domicilio de la familia, por lo general es atendido por una partera.
- Complicación del puerperio.- Después del parto pueden aparecer síntomas o signos anormales como fiebre, hemorragias, ingurgitación mamaria, dolor abdominal en las mamas, loquios fétidos, etc. por los cuales la mujer tiene que asistir a la consulta.

### **3.4. Formulación de hipótesis**

#### **3.4.1.- Hipótesis General:**

La incidencia del parto domiciliario se relaciona significativamente con las complicaciones del puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.

#### **3.4.2.- Hipótesis Específica:**

**A.-** La incidencia de parto domiciliario es alta en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.

**B.-** Hay complicaciones del puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.

### **3.5. Identificación de variables**

Variable Independiente

Incidencia de parto domiciliario

Variable dependiente

Complicaciones en el puerperio.

### 3.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Incidencia de parto domiciliario	Reporte de parto domiciliario en la Micro Red Pozuzo.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Enero</li><li>- Febrero</li><li>- Marzo</li><li>- Abril</li><li>- Mayo</li><li>- Junio</li><li>- Julio</li><li>- Agosto</li><li>- Setiembre</li><li>- Octubre</li><li>- Noviembre</li><li>- Diciembre</li></ul>

	Ventajas del parto domiciliario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente habitual</li> <li>- Ambiente relajado</li> <li>- Participa su familia</li> <li>- Ideal el lazo entre madre y niño</li> <li>- Ausencia de gérmenes hospitalarios.</li> <li>- Reduce el coste.</li> <li>- Es preferencial, y de mayor satisfacción.</li> </ul>
Complicaciones del embarazo	<p>En 24 horas</p> <p>Después de 48 horas</p> <p>Mayor a 72 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre</li> <li>- Hemorragias</li> <li>- Dolores en la parte baja del abdomen.</li> <li>- Endurecimiento de la mama</li> <li>- Dolor de las pantorrillas</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Trastornos en el sueño</li><li>- Ardor al miccionar</li><li>- Loquios fétidos</li><li>- Grietas en los pezones</li></ul>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## IV. METODOLOGIA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

### 4.1. Tipo de investigación

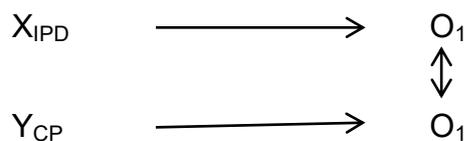
El estudio corresponde al tipo de investigación aplicada porque se cuenta con el material teórico de las variables en estudio.

### 4.2. Método de investigación:

Método descriptivo comparativo retrospectivo.

### 4.3. Diseño de investigación:

Se desarrollará el siguiente diseño:



LEYENDA:

$X_{IPD}$  = Variable incidencia de parto domiciliario: se observará en el registro de reportes de pacientes a la Micro Red Pozuzo.

$Y_{CP}$  = Variable complicaciones del puerperio se observará mediante una los datos de recolectarán en una ficha de recolección de datos.

O= Observación de variables: Cada variable se observará por única vez.

↕ = Correlación de resultados

#### **4.4. Población y muestra**

##### **4.4.1.- Población**

Estará constituida por todos los partos domiciliarios que se presentan en Pozuzo.

##### **4.4.2.- Muestra**

Para contar con una población muestral significativa se trabajará con los 42 casos reportados a la Micro Red Pozuzo de parto domiciliario.

#### **4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

##### **4.5.1.- Técnicas**

**Análisis documental:** Técnica que se aplicará para recolectar datos de ambas variables de estudio.

##### **4.5.2.- Instrumentos**

**Ficha de recolección de datos:** Se empleará en la recolección de datos de las variables incidencias de parto domiciliario y complicaciones del puerperio.

#### **4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos**

Para procesar los datos se utilizará el programa Excel así como para el análisis e interpretación.

#### **4.7. Tratamiento estadístico.**

Estará desarrollado mediante la Ji cuadrada para determinar la relación entre la incidencia de parto domiciliario y complicaciones del puerperio.

## V. ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1. Presupuesto

CODIGO	RECURSOS	COSTO
1	REMUNERACIONES	
1.1	Asistencia Técnica	1000.00
1.2	Secretaria	300.00
2	BIENES	
2.1	Materiales de escritorio	500.00
2.2	Materiales PAD	100.00
2.3	Software	300.00
2.4	Entrevistas	250.00
3	SERVICIOS	
3.1	Tipeo, impresiones, internet y empastado	1500.00
3.2	Movilidad	200.00
3.3	Comunicación	100.00
SUBTOTAL		4250.00
Imprevistos		300.00
TOTAL		4550.00

## 5.2. Cronograma

ACTIVIDAD	2016			2017				
	O	N	D	E	F	M	A	M
Elaboración y aprobación del proyecto	X	X						
Revisión y aprobación por los Jurados		X	X	X	X			
Sustentación del proyecto						X	X	
Difusión del proyecto de investigación								X

## **VI. BIBLIOGRAFIA**

1. Ministerio de Salud, Perú. Salvarse con bien: el parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú. Técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido. Lima. 2002.
2. Armando Medina I. Julio Mayca P. investigaron sobre “Creencias y costumbres relacionados con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis, Perú 2003”, publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
3. Fuller N. Salud Pública y Política; “Desafíos y Posibilidades”, Revista Salud. Lima 2012.
4. Carrasco I. Resultados de las intervenciones llevadas a cabo para reducir la Mortalidad Materna y Perinatal en el Perú. Rev. Instituto Materno Perinatal 2010, pág.26.
5. Menéndez E. Poder, estratificación y salud. México, D.F.: Ediciones de la Casa Chata, CIESAS, 2011.
6. Olsen O, Jewel MD; El Nacimiento en Casa frente al nacimiento en el Hospital, Oxford 2011.
7. Rogelio Gonzáles P. Investigaron “Salud Materno Infantil en las Américas; Pontificia Universidad de Chile 2012”
8. Miguel Angel Karam Calderón, Patricia Bustamante Montes, Martha Campuzano Gonzalez, y Angela Camarana Pliego. Investigaron “Aspectos sociales de la mortalidad materna; estudio de caso en el Estado de México, 2012”.

9. Carolina Tarqui-Mamani; Alejandro Barreda Gallegos; investigaron “Elección y Preferencia del parto domiciliario en Callao, Perú, 2013”.
10. Organización Mundial de la Salud. Un estudio en la publicación del 18 de Junio del 2005 en el British Medical Journal, expuso que los partos domiciliarios planificados para mujeres de bajo riesgo en los Estados Unidos.2000.
11. María del Carmen Elu; investigó sobre: Mortalidad materna: Una Tragedia Evitable 2010.
12. Hospital Universitario “Ramón y Cajal” Epidemiología. Madrid. 2014.
13. Vicuña M. Efecto de las intervenciones del Estado en la utilización de servicios de salud maternos en el Perú, durante 2000.
14. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. México, 2010.
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional en la atención de la mujer embarazada, y en el parto. 2012.
16. K'inal A. Propuesta de atención en salud indígena. Documento de trabajo. México: Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas; 2002.
17. <https://salud-mujer.idoneos.com>, “complicaciones del puerperio”.
18. Hernández S. y otros. Metodología de la investigación. (2010) 4ta. Edición. Editorial MCGRAW – HILL.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

“INCIDENCIA DE PARTO DOMICILIARIO EN RELACIÓN A COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN LA MICRO RED POZUZO DE ENERO A DICIEMBRE 2016”

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>
<b>PROBLEMA PRINCIPAL</b>  ¿Cuál es incidencia de parto domiciliario en relación a complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016?	<b>OBJETIVO GENERAL</b>  Determinar la incidencia de parto domiciliario en relación a complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>  La incidencia del parto domiciliario se relaciona significativamente con las complicaciones del puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>  A.- ¿Cuál es incidencia de parto	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>  - Identificar la incidencia de	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</b>  A.- La incidencia de parto domiciliario es

<p>domiciliario en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016?  B.- ¿Cuáles son las complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016?</p>	<p>parto domiciliario en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.</li> </ul>	<p>alta en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.</p> <p><b>B.-</b> Hay complicaciones del puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ANEXO 3**

“INCIDENCIA DE PARTO DOMICILIARIO EN RELACIÓN A COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN LA MICRO RED POZUZO DE ENERO A DICIEMBRE 2016”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INCIDENCIA DE PARTO DOMICILIARIO

Objetivo: Identificar la incidencia del parto domiciliario en relación a complicaciones en el puerperio en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016

Registrar el número de casos nuevos de parto domiciliario por meses de enero a diciembre 2016 según los registros en la Micro Red Pozuzo.

N°	INCIDENCIA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Casos parto domiciliario en menores de 15 años												
2	Casos de parto domiciliario en mujeres de 16 a 30 años												
3	Casos de parto domiciliario en mayores de 31 años												
4	Casos de complicaciones en el puerperio												

**ANEXO 3**

“INCIDENCIA DE PARTO DOMICILIARIO EN RELACIÓN A COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN LA MICRO RED POZUZO DE ENERO A DICIEMBRE 2016”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

Objetivo: Identificar las complicaciones en el puerperio de casos de parto domiciliario en la Micro Red Pozuzo de Enero a Diciembre 2016

Registrar el número de casos que presentaron complicaciones en e puerperio por meses de enero a diciembre 2016 según los registros en la Micro Red Pozuzo.

N°	INCIDENCIA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Complicaciones del puerperio en 24 horas: - Fiebre - Hemorragias - Dolores en la parte baja del abdomen. - Endurecimiento de la mama - Dolor de las pantorrillas - Trastornos en el sueño - Ardor al miccionar												

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loquios fétidos</li> <li>- Grietas en los pezones</li> </ul>												
2	<p>Complicaciones en el puerperio después de 48 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre</li> <li>- Hemorragias</li> <li>- Dolores en la parte baja del abdomen.</li> <li>- Endurecimiento de la mama</li> <li>- Dolor de las pantorrillas</li> <li>- Trastornos en el sueño</li> <li>- Ardor al miccionar</li> <li>- Loquios fétidos</li> <li>- Grietas en los pezones</li> </ul>												
3	<p>Complicaciones del puerperio mayor a 72 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre</li> <li>- Hemorragias</li> <li>- Dolores en la parte baja del abdomen.</li> <li>- Endurecimiento de la mama</li> </ul>												

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dolor de las pantorrillas</li><li>- Trastornos en el sueño</li><li>- Ardor al miccionar</li><li>- Loquios fétidos</li><li>- Grietas en los pezones</li></ul>												
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--