



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario,
en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas**

AUTOR:

Obsta. Susy Rocío Valderrama Cruz

ASESOR:

Dra. Susana Edita Paredes Díaz

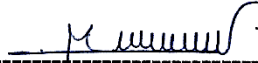
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna y Perinatal

TRUJILLO - PERÚ

2018

PÁGINA DEL JURADO



Dra. Díaz Vargas, Abigail
Presidente



Dra. Paredes Díaz, Susana Edita.
Secretario



Dra. Guzmán Avalos, Eliana.
Vocal

DEDICATORIA

A Dios; por concederme la vida y sabiduría a lo largo del estudio de la Segunda Especialidad de Emergencias Obstétricas y por darme la fuerza y perseverancia para el logro de esta meta.

A mis amados Padres: Pablo y Ursula, por brindarme su apoyo, cariño incondicional y motivación constante, ya que sin ellos no hubiera logrado una meta más en mi vida profesional, son lo más importante en mi vida.

A mis hermanos: Oscar, Cecilia y Karina que a pesar de la distancia siempre están conmigo en cada momento de mi vida, comprendiéndome, alentándome y apoyándome en todo, para lograr las metas que me he propuesto.

A mi Asesora; por el apoyo recibido en la elaboración de mi tesis y a todas las personas que me apoyaron y dieron aliento en el camino recorrido.

AUTORA
Susy Rocío

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y permitirme lograr cada una de las metas que me he propuesto a lo largo de este camino.

A mis padres Pablo y Ursula, por su amor, trabajo y apoyo incondicional hacia mi persona, un privilegio ser su hija, sin duda son los mejores padres.

A la Universidad, a sus docentes y a todos los que contribuyeron, que este trabajo cumpla con su cometido y al Hospital Leoncio Prado por permitirme realizar el presente trabajo de investigación.

Finalmente le agradezco infinitamente a mi asesora Dra. Susana Edita Paredes Díaz, por los conocimientos impartidos en el desarrollo y ejecución del presente trabajo de investigación guiándome constantemente para llegar a la finalización exitosa de la misma.

Susy Rocío

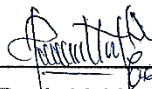
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Obstra. Susy Rocío Valderrama Cruz, estudiante del Programa de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas, de la Universidad César Vallejo, declaro que el trabajo académico titulado, "Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario, en pacientes atendidas en hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017", presentada en 67 folios para obtener la Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes utilizadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentando completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, 26 de Octubre del 2018.



Obstra. Susy Rocío Valderrama Cruz

DNI N°: 41041483

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, pongo a vuestra consideración la tesis titulada “Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario, en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.”, con el propósito de obtener la segunda especialidad en emergencias obstétricas. El objetivo del trabajo de investigación fue determinar la relación entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.

El presente trabajo está distribuido en varios capítulos, el primero capítulo es la introducción, el cual abarca la realidad problemática, trabajos previos a nivel internacional, nacional y regional, temas relacionados al tema, problema, justificación, hipótesis y objetivos, el segundo capítulo se describe el diseño de investigación, operacionalización, población, técnicas e instrumentos y análisis de datos, en el tercer capítulo se detalla los resultados, en el cuarto capítulo esta la discusión, en el quinto capítulo se presenta las conclusiones y en el sexto capítulo están las recomendaciones y al final se observa las referencias bibliográficas y anexos.

Señores miembros del jurado, habiendo cumplido con los requisitos establecidos esperamos su aprobación; no obstante, como todo trabajo de investigación es sujeto de ser mejorada. Se esperara las indicaciones para perfeccionarlo y, así llegar a sustentar la presente tesis.

La Autora

ÍNDICE

Página del jurado.	ii
Dedicatoria.	iii
Agradecimiento.	iv
Declaratoria de autenticidad.	v
Presentación.	vi
RESUMEN.	viii
ABSTRACT.	ix
I. INTRODUCCIÓN.	10
1.1 Realidad problemática.	10
1.2 Trabajos previos.	16
1.3 Teorías relacionadas al tema.	19
1.4 Formulación del problema.	25
1.5 Justificación del estudio.	25
1.6 Hipótesis.	27
1.7 Objetivos.	29
II. MÉTODO.	31
2.1 Diseño de investigación.	31
2.2 Variables, operacionalización.	31
2.3 Población y muestra	33
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	34
2.5 Métodos de análisis de datos.	36
2.6 Aspectos éticos.	36
III. RESULTADOS.	37
IV. DISCUSIÓN.	47
V. CONCLUSIONES.	54
VI. RECOMENDACIONES.	56
VII. REFERENCIAS	57
ANEXOS	
Instrumentos	
Matriz de consistencia	
Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio	
Otras evidencias	

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, durante el primer semestre del año 2017, se realizó una investigación no experimental, con diseño correlacional simple de corte transversal. La muestra fue de 95 historias de pacientes que asistieron a su primer control de puerperio. Los resultados obtenidos permitieron concluir que el parto domiciliario tiene relación estadística significativa con los factores sociodemográficos estado civil ($p = 0.022$), ocupación ($p = 0.033$), grado de instrucción ($p = 0.029$) y muy altamente significativa con nivel económico ($p = 0.012$); de igual manera con los factores obstétricos antecedente de parto domiciliario ($p = 0.002$), paridad ($p = 0.033$), presencia de complicaciones ($p = 0.044$) y número de atenciones prenatales ($p = 0.019$); mientras que con el factor obstétrico periodo intergenésico no tiene relación estadística significativa ($p = 0.225$).

Palabras Clave: Factor sociodemográfico, factor obstétrico, parto domiciliario.

ABSTRACT

With the objective of determine the relationship between sociodemographic and obstetric factors with home delivery in patients treated at the Hospital Leoncio Prado in Huamachuco, during the first semester of 2017, a non-experimental investigation was carried out, with a simple correlational design. cross-section. The sample was of 95 stories of patients who attended their first puerperium control. The results obtained allowed us to conclude that home birth has a statistically significant relationship with sociodemographic factors, marital status ($p = 0.022$), occupation ($p = 0.033$), educational level ($p = 0.029$) and very highly significant with economic level ($p = 0.012$); similarly with the obstetric factors antecedent of home birth ($p = 0.002$), parity ($p = 0.033$), presence of complications ($p = 0.044$) and number of prenatal care ($p = 0.019$); while with the obstetric factor intergenesic period has no significant statistical relationship ($p = 0.225$).

Keywords: Sociodemographic Factor, Obstetric Factor, Home Birth.

I. INTRODUCCIÓN.

1.1 Realidad problemática.

El parto es un proceso que pone fin al embarazo con el nacimiento de un bebé, al inicio de la humanidad unos 40,000 a.c., era el marido quien atendía el parto, luego en el año 6,000 a.c. surge la idea de la ayuda al nacimiento pero como un arte, y algunas mujeres por su propia experiencia ayudaban a las demás a parir ⁽¹⁾. Según Rodríguez, citado de Magnone ⁽²⁾, refiere que, desde el comienzo de la historia del ser humano, las mujeres parían a sus hijos de forma fisiológica, muchas veces acompañadas por parteras, pero sus partos vaginales estaban muy lejanos a los nacimientos contemporáneos invadidos por las intervenciones médicas que se enmarcan en el desarrollo de la medicalización a nivel global.

Es por eso que un parto domiciliario hasta un siglo atrás era considerado normal por la sociedad; sin embargo, hoy en día dicha práctica es una problemática de salud pública y se viene trabajando para erradicarla, así tenemos por ejemplo a Uruguay que trabaja arduamente para institucionalizar el parto, así como muchos de otros países ⁽³⁾.

Hace aproximadamente 250 años el parto era llevado a cabo por parteras en casa de la gestante, además ellas elegían la forma de tener su parto, así mismo de tener a su recién nacido junto a ellas y brindarles calor y lactancia materna exclusiva; sin embargo, con la llegada de la revolución industrial, generó cambios y uno de ellos es el parto domiciliario a parto hospitalario y es así que en los años 60 a 70 con los avances de la ciencia y la tecnología surge el parto por cesárea, uso del fórceps, el uso de anestesia y contribuyó a la disminución de la morbilidad materna perinatal; sin embargo, en algunos países, en especial en los países bajos como Australia y Canadá, el parto domiciliario es algo reconocido y apoyado por su sistema de salud, debido a que en dichos países el parto domiciliario es tan seguro como un parto institucional, las mujeres se sienten más satisfechas y el servicio resulta más económico para el estado, por dichas razones es que estos países fomentan el parto domiciliario⁽⁴⁾.

Por otro lado, la atención de parto en Inglaterra, está encargado por National Health Service, el cual se ocupa de la atención preventiva y hospitalaria, para ello han llegado a un consenso que la atención del parto está valorada en tres momentos: unidades obstétricas, unidad junto a la partera y unidades independientes de partería ⁽⁵⁾. Australia tiene otro modelo de atención materno infantil plantea dos escenarios, rural y urbano, y organiza los servicios según las características sociodemográficas y geográficas. Los modelos australianos con financiación pública permiten elegir entre la atención al parto en unidades convencionales u obstétricas, y también la atención domiciliaria al parto ⁽⁶⁾. Mientras en Holanda existe un único sistema de salud el cual es privado pero el estado se encarga de controlar la calidad, la accesibilidad y la eficiencia de los cuidados, y se caracteriza por atención a la maternidad centrada en la familia es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, asistidos en su mayoría por matronas ⁽⁷⁾ .

Así también, en Irlanda la atención al embarazo, al parto y al periodo posnatal inmediato es gratuita para todas las mujeres, si la gestante desea un parto domiciliar y no cuenta con dinero el estado ofrece ayuda económica para asumir el costo por la atención de una matrona privada ⁽⁸⁾. Mientras que en Francia hasta el quinto mes la atención es por Matrona y el parto es hospitalario por Obstetra hasta los 12 días postparto el cual es cubierto íntegramente por el sistema público ⁽⁹⁾. Por otro lado, en Canadá la atención del parto era netamente hospitalario, pero sus políticas de salud han cambiado y ahora es atendido por matronas y también partos domiciliarios ⁽¹⁰⁾.

A nivel de América Latina y El Caribe 3,240.00 gestantes no realizan controles prenatales y 3, 440.00 no tienen atención de parto institucional, de los cuales el 75% de partos es atendido por personal calificado y según la Organización Mundial de Salud, existe una relación entre mortalidad materna y atención de parto domiciliar, en países como Honduras y

Guatemala el 1/3 de gestantes mueren en casa, por no recibir una atención especializada y más del 50% de partos son domiciliarios atendidos por personal no calificado ⁽¹¹⁾.

En Argentina, según estudio sobre la evolución del parto domiciliario en la ciudad de Buenos Aires en los años 2003 al 2013, se describe que existen varios factores que predisponen a que las mujeres terminen con un parto domiciliario, del total de 471.811 partos 1.790 fueron en domicilio, en cuanto a la edad el 40% se presenta en menores de 25 años, en cuanto al grado de instrucción, el grupo con menor grado de instrucción presenta un 42.11% de partos domiciliario atendido por personal no calificado o no asistido, y grupo con estudios universitarios completos o incompletos alcanza un 96% de parto domiciliario planificado atendido por un médico o una partera ⁽¹²⁾.

Así mismo, según la edad son las mujeres de 20 y 25 años que deciden de forma voluntaria tener parto domiciliario, y refieren que es porque eligen la posición en cuclillas que es mucho más cómodo para ellas, además de sentirse más seguras porque cuentan con la ayuda del esposo y de la madre, y sienten la libertad de caminar, comer en cambio sí van a un centro de salud reciben órdenes sobre la posesión que deben adoptar y no pueden estar con la persona que desean al momento del parto, además de estar a respondiendo a preguntas al momento de las contracciones, por lo tanto en un centro de salud solo reciben órdenes y no se les da la información adecuada y necesaria ⁽¹²⁾.

Al revisar los modelos de atención de parto en el mundo, vemos que son variados y optan dentro de su sistema de salud el parto domiciliario, sin embargo, una de las consecuencias es la mortalidad materna. La salud materna en el mundo ha mejorado en los últimos años; en el 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas, analizó los avances en la evolución de la mortalidad materna (MM) en Latinoamérica, donde cinco países con razón de MM más bajas de la región son; Canadá (11 por

100.000), Uruguay (14), Chile (22), los Estados Unidos (28) y Bahamas (37), y aquellos con la razón más alta, Haití (380), Guyana (250), Bolivia (200), Guatemala (140) y Surinam (130). Por otro lado, 5 países de las Américas pasaron a la categoría de “baja” MM (menos de 100 muertes por 100.000) entre 1990 y 2013: Barbados (de 120 a 52), Brasil (de 120 a 69), Ecuador (de 160 a 87), El Salvador (110 a 69), Perú (250 a 89); sin embargo, Colombia y Paraguay lograron solo un progreso mínimo con reducciones de 17% y 19% respectivamente ⁽¹³⁾.

De igual manera, el Perú ha tenido avances significativos en la reducción de la MM, pero existen factores que dificultan avanzar en políticas públicas como la idiosincrasia, el nivel educativo, la capacidad económica, la cultura, el ámbito geográfico, las creencias mágicas religiosas y antecedentes de parto domiciliario ⁽¹⁴⁾.

En el Perú, el parto domiciliario es un factor que condiciona a una alta tasa de MM y perinatal; Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) refiere que se incrementó el parto institucional puesto que en el 2009 era el 81.3% y del 89.2% en el 2014. Es así que, se logró la reducción de parto domiciliario de 16.7% en el 2009 a 10.6% en el 2013; otro de los factores es la atención prenatal donde se evidencia diferencias significativas en madres con 4 a más controles prenatales con aquellas sin ningún control (85,2% frente a 20,8% en el 2009 a 90,3% frente a 32,6% en el 2013); así mismo, el parto seguro de las mujeres ubicadas en el quintil superior en relación con aquellas del quintil inferior de riqueza (97,3% frente a 51,5%: 2009, frente a 98,5% y 64,7% en el 2013); también se han acortado las coberturas entre madres sin educación y aquellas con educación superior (de 54,3% frente a 96,2%: 2009 a 61,1% frente a 98,1%: 2013). Otro factor es la accesibilidad geográfica, entre los departamentos más destacados son Huancavelica, (de 67,4% de partos institucional en 2009 a 88,7%, en 2013), San Martín (de 69,6% a 86,0%), Puno (de 60,3% a 76,6%) y Huánuco (de 73,0% a 86,8%) ⁽¹⁵⁾.

Existen razones para que las mujeres decidan por el parto domiciliario, están razón tiene relación con factores económicos, geográficos y culturales, dentro del factor cultural están las costumbres que predominan en las familias y comunidades que muchas de ellas no son conocidas por el personal de salud. La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post parto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública ⁽¹⁶⁾.

Según el informe presentado por la OMS , realizado en la región Loreto en las poblaciones indígenas y no indígenas sobre parto domiciliario refiere que existe una alta tasa de partos domiciliarios llegando a un 91% en mujeres indígenas y un 71% en mujeres no indígenas, así mismo describe que solo el 28% de mujeres indígenas acceden al parto institucional a diferencia de las mujeres no indígenas que solo acuden en un 5.8% para ser atendidas en parto institucional; encontrándose como factores que conllevan un parto domiciliario se tiene al difícil acceso al centro de salud, que el personal de salud no respetan cultura tradicional del parto vertical a las que las mujeres están acostumbradas a pesar que existe una norma que expresamente lo estipula, no se ha llegado a implementar para cambiar de paradigma ⁽¹⁷⁾.

El parto domiciliario en el 2013, según región natural se evidencia que en Lima Metropolitana es de 0.4%, sierra 18.3%, selva 23.9%; según el nivel educativo las mujeres sin educación tienen el 37.7% parto domiciliario, del 26.1% tiene primaria, 6.1% secundaria y el 1.3% superior; según grupo etario las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años 24.6% tienen partos domiciliarios, 32.1% se presentan en mujeres que tienen más de 6 hijos y los departamentos con más partos domiciliarios son Amazonas 34.2%, Loreto 31.8%, Cajamarca 30.1% y Puno 23.1% y los departamentos con menos partos domiciliarios son Ica 0.4% y Lima y Callao con 0.7% y La Libertad con 18.2%.(2) Sin embargo, en el 2016 la atención de parto domiciliario fue de 8.51% y hasta la semana epidemiológica 26 el parto domiciliario fue de 7.88%, así mismo, la mortalidad neonatal asociado al

parto domiciliario fue de 10.58% en el 2016 y hasta la semana 26 del 2017 9.96% ⁽¹⁸⁾.

Una de los proyectos más rescatables que no podemos dejar de mencionar es el impulsado por la región Huancavelica en la provincia de Churcampa denominado “Un Modelo de Atención Integral de la Salud Materno Perinatal con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos” el mismo que se desarrolló en base a la iniciativa de maternidad segura, teniendo en cuenta que es una de las regiones más pobre del país al inicio del proyecto tenía una elevada tasa de partos domiciliarios debido a que existía muchos factores condicionantes a que las mujeres tengan acceso a los servicios de salud, sin embargo al dedicado trabajo que se realizó de forma multidisciplinario en donde se trabajó varios aspectos como educación, participación comunitaria, comunicación, interculturalidad y enfoque de derechos, obteniendo resultados muy positivos como la disminución de partos domiciliarios y ser premiada con el primer puesto a “Institución Prestadora de Salud” por la Organización Panamericana de Salud (OPS)⁽¹⁹⁾.

A nivel regional podemos mencionar al Distrito de Sanagorán en donde el 55% de partos son domiciliarios, sin recibir atención profesional y poniendo en riesgo la vida de la madre y los recién nacidos y solo el 45% son institucionales, por lo tanto es una problemática sobre todo teniendo en cuenta que el parto domiciliario trae consigo muchas complicaciones que puede llegar a una mortalidad materna , la misma que puede ser evitada y se hace el uso de los servicios de salud para ser atendida durante el embarazo y el parto ⁽²⁰⁾.

La provincia Sánchez Carrión se encuentra ubicada en la sierra de la región La Libertad, la cual cuenta con una alta tasa de partos domiciliarios (272 en el 2017) y en el distrito de Huamachuco en el 2016 hubo 174 partos domiciliarios; los principales factores son: antecedente de parto domiciliario, grado de instrucción básico, amicalidad con la partera, sienten

que no invaden su privacidad y les dan buena atención en casa; los cuales condicionan como factor de riesgo para MM, teniendo como provincia en el 2017 4 MM; situación que motiva la presente investigación ⁽²¹⁾.

El propósito de este proyecto de investigación es determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco. Por lo tanto en base a los resultados obtenidos se realizara acciones para abordar los factores que conllevan a un parto domiciliario y se trabajara para implementar estrategias que coadyuven a disminuir los partos domiciliarios.

1.2 Trabajos previos.

1.2.1 A nivel internacional.

Laza C. ⁽²²⁾ (Cuba, 2015), en su investigación del tipo documental titulada “*Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional*”, en la que analizó 11 investigaciones, encontró que el parto domiciliario se condiciona con los factores económico e impiden el acceso a la atención del parto institucional; las mujeres tienen confianza en las parteras tradicionales, están cercanas y son de la misma cultura; la familia y los líderes comunitarios presionan a la mujer para su atención por esta agente tradicional; concluyendo que estos elementos conjuntamente con la mala calidad de los servicios hospitalarios, son otros factores que marcan la preferencia femenina por la partera tradicional.

Martínez E, Manrique J, García M, Martínez P, Macarro D, Figuerol M. ⁽²³⁾ (España, 2016), en su investigación “*Parto en casa versus parto hospitalario*”; que fue un estudio de análisis bibliográfico, donde seleccionó 31 documentos; determinó que el parto domiciliario fue similar al parto en hospital, y no se encontró diferencias significativas entre morbilidad materna neonatal, además generó menos gasto y menos intervencionismo obstétrico; concluyéndose que no hay aumento de muerte materna ni neonatal en el parto domiciliario.

Yunga M. ⁽²⁴⁾ (Ecuador, 2016), en su investigación descriptivo, cualitativo – cuantitativo, titulada “*Factores asociados en embarazadas y su incidencia de parto domiciliario en la parroquia de Mulatillo*”, donde se trabajó con una muestra de 50 gestantes, a quienes se les aplicó una ficha de recolección de datos y un cuestionario como instrumento de la técnica encuesta; se demostró que el 50% tenía entre 20 a 29 años, 30% era indígena, 18% presentaron restos placentarios, 56% pertenecieron a un nivel socioeconómico medio, 8% presentó infección del cordón umbilical en el neonato, el 32% fue embarazo no deseado; en donde los principales factores que conllevó a las embarazadas al parto domiciliario fueron el nivel de educación y el nivel de pobreza la causa por que no acuden al control prenatal, además de la ubicación geográfica, el tiempo de transportarse a un Centro de Salud.

Jaramillo J, Inga E, Orbe S. ⁽²⁵⁾ (Ecuador, 2017), en su investigación descriptiva no experimental, titulada “*Factores que influyen en las mujeres indígenas de la comunidad de Cangahua del cantón Cayambe en la provincia de Pichincha, para elegir un parto domiciliario en lugar de un parto institucional, en el periodo comprendido entre enero 2014 – julio 2017*”, con una población de 279 mujeres, demostraron que de ellas el 45.9% dieron a luz con partera en domicilio, sintieron que les brindaron confianza y seguridad, mientras las que dieron a luz en el hospital sintieron miedo, preocupación y el 88.4% refirieron haber sido tratadas mal durante el parto. Concluyeron que el 36.8% volverían a dar parto domiciliario, porque viven lejos, a más de 1 hora del centro de salud, por falta de dinero y por influencia del esposo.

1.2.2. A nivel nacional.

Torres Y, García J. ⁽²⁶⁾ (Perú, 2014), en su investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, correlacional y transversal, titulada “*Relación entre características sociodemográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – octubre 2013*”, con una muestra

de 33 puérperas; demostraron que el 66,7% fueron convivientes; el 48,5% tuvieron grado de instrucción secundaria, el 75,8% fueron amas de casa; el 45,5% múltipara, el 84,8% presentó un ingreso familiar igual o menor a 750.00 y el 57,6% tuvo un embarazo deseado, el 21.2% presentó desgarro vaginal y desgarro cervical, 30.3% retención placentaria y el recién nacido presentó el 66,7% caput succedaneum y 18,2% lesión de plexo braquial; concluyendo que el parto domiciliario generó riesgo de morbilidad tanto materno como perinatal.

Custodio J. ⁽²⁷⁾ (Perú, 2016), en su investigación descriptivo transversal titulada “*Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016*”; donde trabajó con una muestra de 33 participantes, demostró que el 97% fueron convivientes, 12.1% son analfabetas, el 6,1% secundaria completa, el 84,5% tienen antecedentes de parto domiciliario, el 87,9% de los partos domiciliarios fueron atendidos por partera, esto se debió a una tradición el 63,6% y por falta de accesibilidad y distancia el 36,4%. Se concluyó que el bajo nivel socioeconómico, de instrucción, por tradición y distancia son los motivos de los partos domiciliarios.

1.2.3. A nivel regional

Reyes S, Vásquez B. ⁽²⁸⁾ (Trujillo, 2017), en su investigación titulada “*Estoy acostumbrada al parto en mi casa*”, que describe la vivencia de mujeres con respecto al parto domiciliario en la sierra Liberteña, donde entrevistó a 12 madres, concluyó que la mujer está muy arraigada a sus costumbres, creencias y cultura, las mismas que influyen en la toma de decisiones sobre el parto domiciliario, porque a pesar que si pasan control prenatal deciden tener sus hijos en su casa, sobre todo porque ellas deciden que familiar los acompaña en el parto, por lo tanto el personal debe practicarse el acompañamiento en el parto institucional.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Parto domiciliario es el que se da en el domicilio de la gestante atendido por personal no profesional que puede ser un familiar, una partera o un vecino ⁽²⁹⁾.

La Norma Técnica N° 105-MINSA de atención integral de salud materna, define ⁽³⁰⁾: *“El parto domiciliario es el que ocurre dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna”* (p6).

El parto domiciliario se define como el parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, parteras, familiares u otros, el cual también incluyen los partos ocurridos en casa de espera materna, frente a esta problemática el estado a través del Ministerio de Salud (MINSA), busca que los establecimientos de salud, brinden un mínimo de 6 atenciones prenatales, dentro de ellas se realicen las pruebas de tamizaje de VIH y sífilis, evaluación obstétrica, evaluación nutricional, realizar visita domiciliaria si no acude a la atención prenatal, además garantizar que el parto sea institucional, con la finalidad de disminuir la morbilidad materna y perinatal ⁽³¹⁾.

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

Existen varios factores que predisponen al parto domiciliario entre ellos tenemos a los factores personales como la edad temprana, bajo nivel educativo, ser madre soltera, antecedente de parto domiciliario, origen rural, entre los factores institucionales está el difícil acceso al centro de salud, personal de salud masculino, la discontinuidad del personal de salud

que hace la atención del parto, la percepción del profesional joven considerado como aprendiz; el rechazo a procedimientos que se realiza durante la atención del parto como el tacto vaginal, miedo a la episiotomía, renuencia a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto. También existen factores sociales, la Organización Panamericana de Salud (OPS), menciona a la inequidad social, haciendo referencia que los más pobres pagan mayores impuestos en los países menos desarrollados, por lo tanto ciertas condiciones sociales en las que las personas nacen, viven y trabajan determinan de manera directa el nivel de salud de la sociedad, considerando que en los países menos desarrollados todos no tienen acceso a medicamentos, menos al sistema de salud ⁽³²⁾.

Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) existen factores de riesgo de mortalidad materna perinatal que conducen a la MM, entre ellos se encuentran educación, salud, economía, lugar de residencia, acceso a los servicios de salud de calidad y con la capacidad resolutive de los establecimientos de salud ⁽³³⁾. El parto domiciliario, aumenta debido a la barrera económica, ya que las parteras son más económicas y geográficamente accesibles, así mismo, otro de los factores está relacionado a la tradición y la convivencia, en el cual tienen mayor confianza puesto que vive en la misma zona, comparten tradiciones, cultura y habla el mismo idioma. Y el último factor relacionado a los servicios de salud en cuanto a acceso y calidad de atención, esto condiciona a que la mujer decida tener un parto domiciliario, puesto que no toleran la carencia de personal calificado, tiempos de espera prolongados en la atención en los establecimientos de salud y no permiten la participación activa de la pareja, que consideran importante y beneficioso para los futuros padres ⁽³⁴⁾.

Así mismo, existen factores que influyen en el parto domiciliario, considerando que el hogar es el mejor lugar para dar a luz, otro de los factores son los sociales, los cuales generan desigualdad en la sociedad, a no tener acceso a todos los servicios, ya sea por su etnia, religión, origen

las personas reciben un trato desigual y hasta discriminatorio, esto genera pobreza, no derecho a la salud, desnutrición e inmigración. Otro de los factores personales, como poco apoyo de la pareja, poca importancia de la atención prenatal, temor al examen ginecológico, olvido de citas de atención prenatal, edad extrema, dificultad del cuidado de los hijos, multiparidad y embarazo no planificado. Y finalmente los factores culturales donde la mayoría de mujeres son campesinas, practican la medicina popular debido a sus tradiciones.

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 neonatal. 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 económico, habitantes del medio rural, control prenatal deficiente o ausente, gran multiparidad y lejanía entre la unidad de atención obstétrica y la comunidad ⁽³⁵⁾.

Otros, consideran que el parto domiciliario tiene múltiples factores que afectan que la mujer tome decisiones a cerca del lugar del parto, además consideran una falta de autonomía en la toma de decisión por parte de la mujer con respecto a la elección del lugar de nacimiento, esto radica en la dependencia de la mujer hacia el marido y el peso que tiene el resto de los familiares para la decisión final, así como la decisión de los líderes de sus comunidades ⁽³⁵⁾.

Otro de los factores que influye es el lugar, puesto que varía según la zona de residencia, por ejemplo en Nepal en el área urbana el 72.3% dio a luz

en centro de salud y en 35% lo hizo los que viven en área rural, puesto que no pueden trasladarse por dificultades geográfica, falta de movilidad, además refieren que tiene miedo y vergüenza el parir en un centro salud ⁽³⁶⁾.

Por otro lado, el factor de residencia de la mujer a las instalaciones hospitalarias, el sistema de transporte deficiente o la falta de transporte y el mal estado de las carreteras. El costo adicional que significaba el cuidado de los otros hijos durante la ausencia de la mujer para la atención del parto lejos de su hogar, influye en los partos domiciliarios ⁽³⁶⁾.

Así mismo, existen otros factores determinantes como la barrera económica, puesto que en países donde la atención de salud es gratuita, las precarias condiciones socioeconómicas de las mujeres y sus familias tampoco les permitían asumir otros gastos como los suministros hospitalarios y medicamentos, además, no existía flexibilidad para los pagos en el hospital, incluso no pueden pagar a la partera, pero como son más flexibles y permiten el pago en cuotas post parto; otro de los criterios que tienen peso fundamental para la elección del parto domiciliario es la confianza en la partera, puesto que es de la misma comunidad, habla el mismo idioma, vive en la comunidad, además comparten los mismos elementos culturales, las mujeres han desarrollado un sentimiento de confianza en las parteras tradicionales, además de que sus servicios han sido utilizados por otros miembros de la familia, relatan dos de una larga tradición en ello ⁽³⁷⁾.

Por otro lado, otro de los factores es la familia puesto que, ejerce presión dentro de ellos tenemos a la suegra y la madre como principales asesoras, que hacen decidir que la atención del parto sea en casa, basadas en sus experiencias personales, además los líderes comunales también cumplen un papel importante para convencer a la parturienta, además que la mujer tiene el apoyo necesario del esposo para mantener la calma. Además, perciben el parto considerado un rito natural para la mujer, y que debe

ocurrir en el hogar, puesto que existe menos intervencionismo y las prácticas tradicionales están permitidas, como el masajear el abdomen, enterrar la placenta en casa, apoyo afectivo a la familia, el cual no se permite en los establecimientos de salud. Por lo tanto, las principales características sociodemográficas del parto domiciliario son el bajo nivel socioeconómico, estado civil, edad y el bajo nivel de instrucción. Mientras que los principales motivos de la elección de parto domiciliario son por tradición y por distancia, e idiosincrasia y, por otro lado, la mayoría de los partos fueron atendidas por parteras, el cual debe ser estudiado cada factor de riesgo y contribuir a la disminución de morbilidad materna perinatal ⁽³⁷⁾.

También está el factor cultural, en el Perú, en especial en la zona rural se practica medicina popular de acuerdo a sus tradiciones que se transmiten de una generación a otra, en la forma de atención del parto y el alumbramiento lo hacen según sus costumbres e incide en la decisión de acudir o no a los establecimientos de salud, es por eso que se prioriza una educación cultural para facilitar el acceso a los servicios de salud y se respetas su cultura las misma que deben ser integradas a las políticas de salud.

Por otro lado, en este contexto la interculturalidad en salud es la búsqueda, construcción y promoción de relaciones equitativas entre las diferentes culturas que conforman nuestro país, así como en los diferentes planos y niveles del Sistema Público de Salud. Implica también la obligación del Estado de desarrollar políticas, leyes, programas y acciones basados en el reconocimiento-aceptación de diferentes lógicas, conocimientos y prácticas en salud. Así mismo, la interculturalidad en salud incluye la propuesta de garantizar el derecho a la salud y brindar una atención incluyente y humanizada de todas las culturas existentes en este país, y contribuir a la realización social de las personas y colectividades ⁽³⁸⁾.

La interculturalidad es la interpelación mutua, el cuestionamiento y valoración de lo propio y lo ajeno, el potenciamiento de los elementos en

común, el reconocimiento de las diferencias y los choques culturales. La interculturalidad plantea un dialogo abierto ente personas o los sistemas que se identifican (más) con una u otra cultura médica. Existen factores de diversa índoles para que las mujeres decidan tener la atención del parto en su domicilio, en donde los más resaltantes son los factores personales e instituciones, como por ejemplo el embarazo no deseado que predispone tres veces más a tener el parto en el domicilio, debido a que mantienen oculto el embarazo, o por miedo a causar conflicto en la familia ⁽³⁹⁾.

Otro factor es el poco entendimiento entre la usuaria y el personal de salud, es decir el personal de salud hace un papel funcional y mira como desigual a las pacientes, muchas veces usa términos médicos que no son entendibles a diferencia de la partera el trato que tiene con la gestante es de igual a igual y la parturienta se siente en más confianza; además del cambio frecuente del personal, el ser examinadas por varios profesionales la mujer no encuentra ese ambiente familiar, todo lo contrario ve un modelo institucionalizado que decide su parto en su domicilio ⁽³⁹⁾.

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 y disminuir los partos domiciliarios.

Paradigmas

Los paradigmas ayudan a aclarar diferentes tipos de fenómenos, además permiten identificarlos como existentes. Las distinciones de paradigmas o alternativas teórico-epistemológicas se basa en las distinciones epistemológicas, ontológicas y metodológicas y se dividen en positivismo, pos positivismo, interpretativo y socio crítico ⁽⁴⁰⁾.

La presente investigación se enmarca en la investigación cuantitativa basado en el paradigma positivista, es decir, se utiliza información

cuantificable para poder detallar de manera lógica y adecuada los fenómenos que se investiga; además, utiliza métodos y técnicas para obtener información que sea capaz de ser procesada ⁽⁴¹⁾.

El paradigma positivista deja la subjetividad y busca la objetividad, para poder observar y medir las variables, por eso el investigador se aleja del objeto de estudio con la finalidad de no modificar la realidad, de lejos observa lo que sucede con las variables de investigación, también el paradigma cuantitativo se basa en contrastar hipótesis que surgen de la teoría ya existente, para la cual se determina un muestra utilizando los métodos de muestreo, pero debe ser representativa a la población objeto de estudio ⁽⁴²⁾.

1.4 Formulación del problema.

¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017?

1.5 Justificación del estudio.

El Perú se caracteriza por ser un país con tasa de MM muy alta de América Latina, provocada en muchos casos por condiciones de inequidad social, injusta distribución económica y discriminación cultural, y la Región La Libertad no es ajena a esta realidad, ni mucho menos la Red de Salud Sánchez Carrión que por su geografía pertenece a la sierra, donde las mujeres aún tienen sus costumbres muy arraigadas y dentro de ellas el parto domiciliario, considerándolo como algo normal, sin tener en cuenta que está poniendo en riesgo su vida, la del recién nacido o ambos.

Es por ello que se busca determinar los factores sociodemográficos y obstétricos que condicionan el parto domiciliario; puesto que sirve para el replanteamiento de estrategias que busquen reducir la morbimortalidad perinatal de la provincia antes mencionada, puesto que es la provincia con mayor tasa de MM en la región.

El parto domiciliario es un problema de Salud Pública en el Perú y porque no decirlo en la provincia de Sánchez Carrión, puesto que el año 2017 se atendieron 272 partos por parteras, solo en el distrito de Huamachuco, sin contar con las medidas de bioseguridad mínimas, ni siquiera se cumple con las condiciones mínimas de un parto limpio y seguro como lo indica la OMS, esto condiciona un alto riesgo de morbilidad materna perinatal, es por ello con la presente investigación se busca disminuir las barreras que impiden que la parturienta tenga un parto institucional donde se cumplan el plan de parto y que no solo se busque un parto atendido por los Obstetras, sino un parto con atención de calidad y satisfacción de la púérpera, como trascendencia social.

En base a este contexto la investigación argumenta su justificación en lo siguiente:

- **Conveniencia:** en la actualidad es muy importante esta investigación, por cuanto en nuestro país, a nivel nacional el parto domiciliario es una problemática de gestión pública, por lo tanto, esta investigación es trascendental para determinar los factores sociodemográficos, así como los factores obstétricos que se relacionan con el parto domiciliario.
- **Relevancia social:** con los resultados o conclusiones que se obtendrán van a favorecer e involucrar a todo el personal para el análisis de su accionar dentro del Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, además nos permitirá obtener un nuevo conocimiento acerca de los factores sociodemográficos y obstétricos que condicionan el parto domiciliario y por ende puede servir de base para la toma de decisiones en los futuros planes que se desarrolle para disminuir la tasa de partos domiciliarios.
- **Implicaciones prácticas:** esta investigación tiene utilidad práctica, porque los resultados y conclusiones serán de gran importancia para el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, porque ayudará a identificar qué factores sociodemográficos y obstétricos son los que condicionan el parto domiciliario, factores que se tendrán en cuenta

para organizar estrategias con la finalidad de disminuir los partos domiciliarios.

- **Valor teórico:** es un aporte como fuente de conocimientos y antecedente para la realización de futuras investigaciones en el campo de la salud, en la solución de una serie de problemas que afectan directa e indirectamente la calidad de atención de las parturientas. Nos permitirá determinar los factores sociodemográficos y obstétricos, para estudiar con detalle cada uno de ellos. Los conocimientos que se obtengan constituirán un antecedente para posteriores investigaciones en lo que concierne a las variables de estudio.
- **Utilidad metodológica:** La investigación está estructurada en base a la rigurosidad y procedimientos establecidos, va a servir de base para continuar con diversas investigaciones específicas; continuar investigando para un mayor aporte y conseguir disminuir los partos domiciliarios, y por ende aumentar los partos institucionales.

1.6 Hipótesis.

1.6.1 Hipótesis de investigación

H₁: Existe relación directa significativa entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

1.6.2 Hipótesis nula

H₀: No existe relación directa significativa entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

1.6.3 Hipótesis específicas

H_a: El factor sociodemográfico edad materna tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el

Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

- H_b: El factor sociodemográfico estado civil tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- H_c: El factor sociodemográfico ocupación tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- H_d: El factor sociodemográfico grado de instrucción tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- H_e: El factor sociodemográfico nivel económico tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- H_f: El factor obstétrico antecedentes de parto domiciliario tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- H_g: El factor obstétrico paridad tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- H_h: El factor obstétrico periodo intergenésico tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- H_i: El factor obstétrico presencia de complicaciones tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

Hj: El factor obstétrico atención prenatal tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

1.7.2 Objetivos específicos

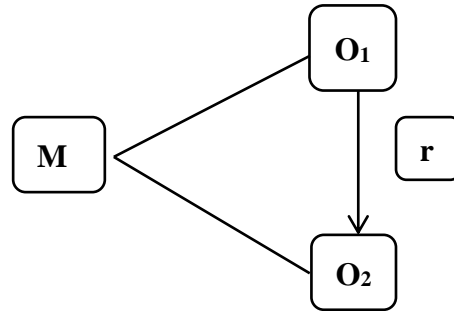
- a. Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico edad materna con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- b. Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico estado civil con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- c. Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico ocupación con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- d. Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico grado de instrucción con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- e. Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico nivel económico con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

- f. Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico antecedentes de parto domiciliario con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- g. Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico paridad con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- h. Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico periodo intergenésico con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- i. Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico presencia de complicaciones con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- j. Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico atención prenatal con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue descriptivo, correlacional simple, de corte transversal, representado por el siguiente gráfico ⁽⁴³⁾:



Dónde:

M: Muestra: Historias clínicas.

O₁: Observación de la variable 1: Factores sociodemográficos y obstétricos

O₂: Observación de la variable 2: Parto domiciliario.

r: Relación de las variables.

2.2. Variables, operacionalización

2.2.1. Variables

- **Variable 1:** Factores sociodemográficos y obstétricos
- **Variable 2:** Parto domiciliario

2.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad materna	Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto ⁽²³⁾ .	Se evaluó de acuerdo a la edad actual de la paciente al momento de su último parto y según grupos etarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor igual a 19 años • De 20 a 29 años • De 30 a 39 años • ≥ 40 años 	Intervalo
	Estado civil:	Condición de la gestante según registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal	Se evaluó de acuerdo a la situación legal de la paciente al momento de su último parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada 	Nominal

		frente a esto ⁽²⁴⁾ .			
	Ocupación	Actividad o trabajo habitual, remunerado o no ⁽²⁶⁾ .	Se evaluó de acuerdo a la ocupación de la paciente al momento de su último parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Trabajo estable • Trabajo independiente 	Nominal
	Grado de instrucción:	Es el grado más elevado de estudios realizados por una persona ⁽²⁶⁾ .	Se evaluó de acuerdo al nivel educativo cursado por la paciente al momento de su último parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior 	Nominal
	Nivel económico	Es una medida que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de la gestante y de la posición económica y social individual en relación a otras personas ⁽²⁷⁾ .	Se evaluó acuerdo al ingreso pecuniario de la paciente al momento de su último parto; considerándose como bajo menor a S/.750, medio S/.750 a 920 y alto mayor a S/.920 soles	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	Ordinal
FACTORES OBSTÉTRICOS	Antecedentes de parto domiciliario	Parto domiciliario Previo ⁽²⁶⁾ .	Se evaluó si la paciente tuvo antes de su último parto, partos domiciliarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Paridad	Número de partos totales ⁽²⁶⁾ .	Se evaluó el último parto de la paciente fue el primer parto (primípara) o segundo a más partos (multípara).	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara 	Nominal
	Periodo Intergenésico	Es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro ⁽³⁶⁾ .	Se evaluó el número de años que han transcurrido entre los últimos partos de la paciente. A las primíparas se consideró sin periodo intergenesico	<ul style="list-style-type: none"> • Sin periodo intergenésico • < 2 años • 2 a 4 años • >4 años 	Ordinal
	Presencia de complicaciones	Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el parto y puerperio ⁽³⁶⁾ .	Se evaluó si la pacientes al momento de su último parto tuvo o no complicaciones y si las tuvo, ésta fueron desgarros, hemorragias o infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> • No • Si: <ul style="list-style-type: none"> • Desgarro • Hemorragia • Infecciones 	Nominal
	Atención Prenatal	Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación ⁽²²⁾ .	Se evaluó si la paciente tuvo (>6 controles) o no (<= 6 controles) las atenciones prenatales mínimas para ser considerada	<ul style="list-style-type: none"> • >6 controles • <= 6 controles 	Nominal

			controlada.		
PARTO DOMICILIARIO	Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario, familiares u otros, incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna ⁽³⁰⁾ .	Se evaluó si la paciente tuvo su último parto en el hospital o en domicilio; la misma que se corroboró en su primer control de puerperio.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		Nominal

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

La población objeto de estudio estuvo constituida por las 308 historias clínicas perinatales, que fueron el total de historias clínicas de pacientes que acudieron a su primer control de puerperio al Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017, luego de haber tenido su parto domiciliario o institucional y, que además cumplieron los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:** Historias clínicas perinatales de pacientes que acudieron a su primer control de puerperio al Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017, luego de haber tenido su parto domiciliario o institucional.
- **Criterios de exclusión:** Historias clínicas perinatales de pacientes con parto domiciliario o institucional atendido y/o registrado en otro establecimiento de salud, con datos incompletos.

2.3.2 Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 N(p \cdot q)}{((N - 1)E^2) + (Z^2 (p \cdot q))}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra.

- N = población.
 Z = nivel de confianza equivale a 1,96
 E = error permitido ($\alpha = 5 \% = 0.05$).
 P= probabilidad de éxito = 0.3
 q= probabilidad de proceso = 0.3

$$n = \frac{1,96^2 308(0.3)(0.3)}{((308 - 1)(0.05)) + (1.96^2 (0.3)(0.3))}$$

$$n = \frac{106.48}{(0.7675) + 0.3457}$$

$$n = \frac{106.48}{1.1132}$$

$$n = 95$$

La unidad de análisis lo constituyó cada una de las historias clínicas de pacientes que acudieron a su primer control de puerperio al Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017, luego de haber tenido su parto domiciliario o institucional y, que además cumplieron los criterios de selección propuestos.

Cada una de las pacientes, unidad de análisis fueron seleccionadas mediante el muestreo aleatorio simple.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

2.4.1 Técnica

La técnica de recolección de datos fue el análisis documental de fuentes secundarias, es decir, se recurrió a la información de historias clínicas que proporcionó el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco.

2.4.2 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos fue una ficha de investigación (Anexo 1); la misma que constó de tres partes: la primera parte estuvo conformada por datos generales como el número de H.C.I. y si el parto fue domiciliario o no; La segunda parte identificó los factores sociodemográficos: grado de instrucción, estado civil, ocupación, edad materna, nivel económico y la tercera parte los factores obstétricos: antecedentes de parto domiciliario, gestaciones, periodo intergenésico, presencia de complicaciones y atención prenatal.

2.4.3 Validez

La validez del contenido del instrumento se llevó a cabo con tres expertos conocedores del tema, de acuerdo a lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista ⁽⁴³⁾, quienes refieren que la validación del instrumento se realiza a través de las opiniones de expertos para asegurarse que las dimensiones que se pretende medir con el instrumento representan a las variables pertinentes. Así mismo, la confiabilidad del mismo está dada implícitamente.

Los procedimientos que se siguieron para la recopilación de datos fueron los siguientes:

- Aprobación del proyecto en la sección de Post Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Cesar Vallejo.
- Se presentó una solicitud a la Dirección del Hospital Leoncio Prado de Huamachuco para la evaluación de factibilidad de desarrollar la presente investigación.
- Después de haber sido absuelto las observaciones, y aprobado se procedió a la recolección de la información (Anexo 2).
- Posteriormente se identificó las historias clínicas unidad de análisis, para la obtención de los datos.
- Obtenidos los datos se procedió a su tabulación y análisis de información, los cuales fueron presentados en tablas.

2.5 Métodos de análisis de datos

Estadística descriptiva

- Se elaboró una matriz de puntuaciones de las variables con la base de datos recolectados.
- Se elaboró tablas de frecuencias y figuras estadísticas e interpretación de las mismas en programa Excel.

Estadística inferencial

- Se utilizó el software SPSS versión 23 para procesar la información, se utilizó el test de chi cuadrado para determinar la significancia estadística ($p < 0.05$).

2.6 Aspectos éticos

En Aspectos bioéticos que garantizan el cumplimiento de las normas internacionales de investigación. Consideraciones éticas (Declaración de Helsinki) ⁽⁴⁴⁾.

1. La investigación se realizó con un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente y aplicable al marco de la investigación.
2. Se obtuvo el consentimiento de los directivos del Hospital Leoncio Prado de Huamachuco para poder acceder a la recolección de datos mediante el uso de las historias clínicas materno perinatales.
3. Se respetó la integridad y confidencialidad de las pacientes mediante la recolección de datos solo del número de historia clínica más no de sus nombres.
4. Al publicar los resultados de la investigación se mantendrá la exactitud de los resultados.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Factor sociodemográfico edad materna relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO EDAD MATERNA	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi-cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO		N	%			
	N	%	N	%					
< De 19 años	20	21.1	10	10.5	30	31.6	9,525 ^a	3	0.023
De 20 a 29 años	13	13.7	9	30.5	22	44.4			
De 30 a 39 años	10	10.5	5	10.5	15	21.1			
≥ 40 años	2	2.1	1	1.1	3	3.2			
TOTAL	45	50	50	52.6	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 1 se observa que la edad de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en < de 19 años con un 21.1%, seguido del grupo de 20 a 29 años con un 13.7% y las pacientes de 30 a 39 años con un 10.5%. Con una significancia de P 0.023, demostrándose que el factor sociodemográfico edad materna si tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 2. Factor sociodemográfico estado civil relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO ESTADO CIVIL	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi-cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
Soltera	0	0	7	7.4	7	7.4			
Conviviente	38	40	39	41.1	77	81.1	7,589 ^a	2	0.022
Casada	7	7.4	4	4.2	11.6	95			
TOTAL	45	47.4	50	52.6	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 2 se observa que el estado civil de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en convivientes con un 40%, seguido del estado civil casada con un 7.4%. Con una significancia de P 0.022, demostrándose que el factor sociodemográfico estado civil si tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 3. Factor sociodemográfico ocupación relacionado al parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO OCUPACIÓN	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi- cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO						
	N°	%	N°	%	N°	%			
Ama de casa	44	46.3	42	44.2	86	90.5			
Empleo estable	0	0	7	7.4	7	7.4	6,802 ^a	2	0.033
Trabajo independiente	1	1.1	1	1.1	2	2.1			
TOTAL	45	47.4	50	52.7	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 3 se observa que la ocupación de las pacientes de parto domiciliario es frecuente ama de casa con un 46.3%, seguido de las pacientes de trabajo independiente con un 1.1%. Con una significancia de P 0.033, demostrándose que el factor sociodemográfico ocupación si tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 4. Factor sociodemográfico grado de instrucción relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi-cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
Analfabeta	2	2.1	3	3.2	5	5.3	8,987	3	0.029
Primaria	30	31.6	20	21.1	50	52.6			
Secundaria	12	12.6	19	20	31	32.6			
Superior	1	1.1	8	8.4	9	9.5			
TOTAL	45	47.4	50	52.7	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 4 se observa que el grado de instrucción de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en primaria con un 31.6%, seguido de las pacientes con grado de instrucción secundaria con un 12.6% y las pacientes analfabetas con un 2.1%. Con una significancia de P 0.029, demostrándose que el factor sociodemográfico grado de instrucción si tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 5. Factor sociodemográfico nivel económico relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO NIVEL ECONÓMICO	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi- cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO						
	N°	%	N°	%	N°	%			
Bajo	23	24.2	13	13.7	36	37.9	6,346 ^a	1	0.012
Medio	22	23.2	37	38.9	59	62.1			
TOTAL	45	47.4	50	52.6	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 5 se observa que el nivel económico de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en nivel bajo con un 24.2%, seguido del grupo de nivel medio con un 23.2%. Con una significancia de P 0.012, demostrándose que el factor sociodemográfico nivel económico si tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 6. Factor obstétrico antecedente de parto domiciliario relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017

FACTOR OBSTÉTRICO ANTECEDENTE DE PARTO DOMICILIARIO	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi- cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	24	25.3	11	11.6	35	36.8	9,993 ^a	1	0.002
No	21	22.1	39	41.1	60	63.2			
TOTAL	45	47.4	50	52.7	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 6 se observa que el parto domiciliario es frecuente en pacientes con antecedente del parto domiciliario con un 25.3%, seguido del grupo que no tienen antecedentes de parto domiciliario con un 22.1%. Con una significancia de P 0.002, demostrándose que el factor obstétrico antecedente de parto domiciliario si tiene relación altamente significativa con el parto domiciliario.

Tabla 7. Factor obstétrico paridad relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR OBSTÉTRICO PARIDAD	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi- cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO						
	N°	%	N°	%	N°	%			
Primigesta	18	18.9	10	10.5	28	29.5	4,558 ^a	1	0.033
Multigesta	27	28.4	40	42.1	67	70.5			
TOTAL	45	47.3	50	52.6	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 7 se observa que la paridad de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en multigesta con un 28.4%, seguido del grupo de las primigestas con un 18.9%. Con una significancia de P 0.033, demostrándose que el factor obstétrico paridad si tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 8. Factor obstétrico periodo intergenésico relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR OBSTÉTRICO PERIODO INTERGENÉSICO	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi- cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
Sin periodo intergenésico	11	11.6	16	16.8	27	28.4	4,364 ^a	3	0.225
<2 años	12	12.6	8	8.4	20	21.1			
2 a 4 años	16	16.8	13	13.7	29	30.5			
>4 años	6	6.3	13	13.7	19	20			
TOTAL	45	47.3	50	52.6	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 8 se observa que el periodo intergenésico de las pacientes de parto domiciliario es frecuente de 2 a 4 años con un 16.8%, seguido del periodo intergenésico < de 2 años con un 12.6% y las pacientes sin periodo intergenésico con un 11.6%. Con una significancia de P 0.225, demostrándose que el factor obstétrico periodo intergenésico no tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 9. Factor obstétrico presencia de complicaciones relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR OBSTÉTRICO PRESENCIA DE COMPLICACIONES	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi- cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
No	15	15.8	9	9.5	24	25.3			
Desgarros	20	21.1	26	27.4	46	48.4	8.095 ^a	3	0.044
Si									
Infecciones	0	0	6	6.3	6	6.3			
Hemorragias	10	10.5	9	9.5	19	20			
TOTAL	45	47.4	50	52.6	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 9 se observa que la presencia de complicaciones de las pacientes de parto domiciliario es más frecuente los desgarros con 21.1%, seguido de las pacientes que no tienen presencia de complicaciones con un 15.8% y hemorragias con un 10.5%. Con una significancia de P 0.044, demostrándose que el factor obstétrico presencia de complicaciones tiene relación significativa con el parto domiciliario.

Tabla 10. Factor obstétrico atención prenatal relacionado con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.

FACTOR OBSTÉTRICO ATENCIÓN PRENATAL	PARTO DOMICILIARIO				TOTAL		Chi- cuadrado de Pearson	gl.	Significación asintótica (bilateral)
	SI		NO						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<=6 controles	27	28.4	18	18.9	45	47.4	5,472 ^a	1	0.019
>6 controles	18	18.9	32	33.7	50	52.6			
TOTAL	45	47.3	50	52.6	95	100			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 10 se observa que el número de atenciones prenatales de las pacientes de parto domiciliario es frecuente <= 6 controles prenatales con un 28.4%, y pacientes con > de 6 controles prenatales con un 18.9%. Con una significancia de P 0.019, demostrándose que el factor obstétrico atención prenatal tiene relación significativa con el parto domiciliario.

IV. DISCUSIÓN

El parto domiciliario hasta un siglo atrás era considerado normal por la sociedad; sin embargo, hoy en día, dicha práctica es una problemática de salud pública y se viene trabajando para erradicarla, así tenemos por ejemplo a Uruguay trabajó arduamente para institucionalizar el parto, así como muchos de otros países; y según la Organización Mundial de Salud (OMS), existe una relación entre mortalidad materna y atención de parto domiciliario, muchas gestantes murieron en su casa, por no recibir una atención especializada y más del 50% de partos domiciliarios se atendieron por personal no calificado, todo esto fue causado por varios factores que predispusieron a que las mujeres decidieran por un parto domiciliario. En el Perú como en la mayoría de países de Latinoamérica existen factores que conllevaron a un parto domiciliario, en la investigación se analizó los factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario en pacientes que acudieron a su primer control de puerperio al Hospital Leoncio Prado. Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

Así tenemos en la tabla 1 se observa que el factor sociodemográfico edad de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en < de 19 años con un 21.1%, (20 pacientes) seguido de del grupo de 20 a 29 años con un 13.7% (13 pacientes) y las pacientes de 30 a 39 años con un 10.5% (10 pacientes). Con una significancia de P 0.023, demostrándose que el factor edad materna si tiene relación significativa con el parto domiciliario; haciendo un análisis podemos verificar que el parto domiciliario según edad fue más frecuente en las mujeres menores de 19 años, esto porque por la misma edad no fueron conscientes del peligro al que se enfrentaron al tener un parto domiciliario, además que muchas veces la decisión de un parto domiciliario fue tomado por los familiares como la madre que hicieron que tomaran la decisión del parto sea en casa, basadas en sus experiencias personales. Resultados que se relacionan con los de De Grandea ⁽¹²⁾, que según estudio sobre la evolución del parto domiciliario en la ciudad de Buenos Aires, en cuanto a la edad el 40% se presentaron en menores de 25 años, además las mujeres de 20 y 25 años decidieron de

forma voluntaria tener parto domiciliario y de cuclillas por ser la posición más cómodo para ellas, además de sentirse más seguras porque contaban con la ayuda del esposo y de la madre, y sentían la libertad de caminar; similar situación se da en el Ministerio de Salud (MINSA) ⁽¹⁵⁾, quienes reportan que el parto domiciliario en el 2013, según grupo etario, en las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años fue del 24.6%; en la misma línea Yunga⁽²⁴⁾ en su investigación refirió que las pacientes entre 20 a 29 años tuvieron parto domiciliario en un 50%.

En la tabla 2 se observa que el factor sociodemográfico estado civil de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en convivientes con un 40%, (38 pacientes) seguido de casadas con un 7.4% (7 pacientes). Con una significancia de P 0.022, demostrándose que el factor estado civil si tiene relación significativa con el parto domiciliario. Haciendo el análisis podemos verificar que el parto domiciliario fue más en gestantes de estado civil conviviente, esto indica la influencia que tuvo el esposo al momento que tomaron la decisión del parto domiciliario. Resultados que coinciden con los de Torres Y, García J. ⁽²⁶⁾ en su investigación Relación entre características sociodemográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario, concluyó que el 66,7% de pacientes que tuvieron parto domiciliario fueron convivientes; además manifestó que el parto domiciliario genera riesgo de morbilidad tanto materno como perinatal. De la misma manera Custodio J. ⁽²⁷⁾ en su investigación características sociodemográficas del parto domiciliario, demostró que el 97% de pacientes que tuvieron parto domiciliario fueron convivientes.

En la tabla 3 se observa que el factor sociodemográfico ocupación de las pacientes de parto domiciliario es frecuente ama de casa con un 46.3% (44 pacientes), seguido de las pacientes de trabajo independiente con un 1.1% (1 paciente). Con una significancia de P 0.033, demostrándose que el factor ocupación si tiene relación significativa con el parto domiciliario. Por lo tanto podemos decir que el parto domiciliario fue con más frecuencia en las pacientes que se dedican a ser ama de casa, esto porque ellas son las

que se encargan de los quehaceres del hogar y cuidado de sus hijos, por lo contrario si hubieran decidido por un parto institucional significaba dejar la casa y los niños razón por la que muchas gestantes decidieron parto domiciliario. Resultados que coinciden con Torres Y, García J. ⁽²⁶⁾, quien demostró que 75,8% de paciente con parto domiciliario fueron amas de casa.

En la tabla 4 se observa que el factor sociodemográfico grado de instrucción de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en primaria con un 31.6% (30 pacientes), seguido secundaria con un 12.6% (12 pacientes) y analfabetas con un 2.1% (2 pacientes). Con una significancia de P 0.029, demostrándose que el factor grado de instrucción si tiene relación significativa con el parto domiciliario. Podemos decir que las pacientes que tuvieron educación primaria decidieron tener parto domiciliario, por la poca educación que tuvieron consideran como algo normal el parto domiciliario, sin tener en cuenta que estaban poniendo en riesgo su vida y la del recién nacido o ambos, además de sus costumbres arraigadas que también influyeron para esa decisión; por lo tanto el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco tiene una gran reto en información y educación a las pacientes sobre parto institucional, además de capacitar a su personal para que conozca sobre las costumbres y cultura de la población. Resultados que concuerdan con los de Custodio J. ⁽²⁷⁾ en su investigación concluyó el 12.1% de pacientes que tuvieron parto domiciliario fueron analfabetas y el 6,1% de pacientes tuvo secundaria completa. Así mismo De Grandea ⁽²⁹⁾, según estudio sobre la evolución del parto domiciliario en la ciudad de Buenos Aires describió varios factores que predisponían a las mujeres a decidir por un parto domiciliario, en cuanto al grado de instrucción, el 42.1% de partos domiciliario fueron en pacientes con menor grado de instrucción y fueron atendidos por personal no calificado. En la misma línea el MINSA 2013, describió que según el nivel educativo las mujeres que decidieron parto domiciliario el 37.7%, fueron analfabetas, el 26.1% tuvieron primaria, el 6.1% tuvieron secundaria y el 1.3% tenían estudios superior ⁽³¹⁾. Finalmente Torres Y, García J. ⁽²⁶⁾,

investigó la relación entre características sociodemográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario, en donde concluyó que el 48,5% de paciente con parto domiciliario tuvieron grado de instrucción secundaria.

En la tabla 5 se observa que el factor sociodemográfico nivel económico de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en nivel bajo con un 24.2% (23 pacientes), seguido de del grupo de nivel medio con un 23.2% (22 pacientes). Con una significancia de P 0.012, demostrándose que el factor nivel económico si tiene relación significativa con el parto domiciliario. Esto debido a que muchas veces cuando se presentaron los pródromos del parto no fueron hospitalizadas y las pacientes tuvieron que regresar casa, porque si se quedaban cerca al hospital tenían que gastar en comida, hospedajes, además si regresaban otra vez significaba más gasto para trasladarse, y el nivel económico no les permitió asumir gastos extras, además pensaban que el SIS les cubriría todo, y no fue así, porque sabemos que el SIS cubre desde que la paciente es hospitalizada. Estos resultados concuerdan con los de Torres Y, García J. ⁽²⁶⁾, quienes investigaron y concluyeron que el 84,8% de pacientes de parto domiciliario presentaron un ingreso familiar igual o menor a 750.00, también Jaramillo J, Inga E, Orbe S. ⁽²⁵⁾, manifestaron que las pacientes decidieron por un parto domiciliario, por falta de dinero, porque vivían lejos a más de 1 hora del centro de salud y por influencia del esposo. Así mismo Custodio J. ⁽²⁷⁾ concluyó que el bajo nivel socioeconómico y distancia fueron los motivos de los partos domiciliarios. En la misma línea Laza C. ⁽²²⁾ manifestó que el parto domiciliario se condicionó con los factores económicos, los que impidieron el acceso a la atención del parto institucional. Las mujeres tuvieron confianza en las parteras tradicionales porque son de la misma cultura; a diferencia de Yunga M. ⁽²⁴⁾, concluyó que el 56% de pacientes de parto domiciliario pertenecieron a un nivel socioeconómico medio.

En la tabla 6 se observa que el factor obstétrico antecedente de parto domiciliario es frecuente en pacientes con un 25.3% (24 pacientes),

seguido del grupo que no tienen antecedentes de parto domiciliario con un 22.1% (21 pacientes). Con una significancia de $P = 0.002$, demostrándose que el factor antecedente de parto domiciliario si tiene relación significativa con el parto domiciliario. Por lo tanto se demostró que las mujeres que tuvieron un parto anterior en su domicilio, en su próximo parto volvieron a tener parto domiciliario quizá porque se sentían más cómodas, con más confianza en su propia casa, decidieron la mejor posición para su parto, conservando sus costumbres, y sin tanta intervención innecesaria por parte del personal de salud. En base a esto el Hospital Leoncio Prado tiene que concientizar sobre la importancia del parto institucional en especial a las mujeres que tuvieron un antecedente de parto domiciliario. Resultados que concuerdan con los de Jaramillo J, Inga E, Orbe S. ⁽²⁵⁾ en su investigación sobre factores que influyen para elegir un parto domiciliario, el 45.9% de mujeres que tuvieron parto domiciliario fue con partera, sintieron que les brindaron confianza y seguridad, y el 36.8% manifestaron que volverían a tener parto domiciliario, por otro lado Custodio J. ⁽²⁷⁾, en su investigación sobre características sociodemográficas del parto domiciliario concluyó que el 84,5% de pacientes tuvieron antecedentes de parto domiciliario, el 87,9% de los partos domiciliarios fueron atendidos por partera.

En la tabla 7 se observa que el factor obstétrico paridad de las pacientes de parto domiciliario es frecuente en multigesta con un 28.4% (27 pacientes), seguido del grupo de las primigestas con un 18.9% (18 pacientes). Con una significancia de $P = 0.033$, demostrándose que el factor paridad si tiene relación significativa con el parto domiciliario. Esto significa que las pacientes que ya tuvieron más de un parto, tuvieron mayor tendencia a un parto domiciliario, porque ya tuvieron una experiencia personal y les fue más fácil tomar la decisión de un parto domiciliario. Resultados que concuerdan con los de Torres Y, García J. ⁽²⁶⁾, en su investigación concluyeron que el 45,5% de pacientes con parto domiciliario fueron múltiparas. Así mismo Yunga M. ⁽²⁴⁾, en su investigación concluyó que la multiparidad fue un factor que conllevó a las pacientes a tener un parto domiciliario. En la misma línea el Ministerio de Salud (MINSA) ⁽¹⁵⁾

reportaron en el 2013, que el 32.1% de partos domiciliarios se presentaron en mujeres que tuvieron más de 6 hijos.

En la tabla 8 se observa que el factor obstétrico periodo intergenésico de las pacientes de parto domiciliario es frecuente de 2 a 4 años con un 16.8% (16 pacientes), seguido del periodo intergenésico < de 2 años con un 12.6% (12 pacientes) y las pacientes sin periodo intergenésico con un 11.6% (11 pacientes). Con una significancia de P 0.225, demostrándose que el factor periodo intergenésico no tiene relación significativa con el parto domiciliario. Respeto a esto podemos decir que el periodo intergenésico no influye en un parto domiciliario porque las gestantes decidieron un parto domiciliario en base a otros factores.

En la tabla 9 se observa que la presencia de complicaciones de las pacientes de parto domiciliario es más frecuente los desgarros con 21.1% (20 pacientes), seguido de las pacientes que no tienen presencia de complicaciones con un 15.8% (15 pacientes), y hemorragias con un 10.5% (10 pacientes). Con una significancia de P 0.044, demostrándose que el factor obstétrico presencia de complicaciones tiene relación significativa con el parto domiciliario. Como se observó los desgarros fueron las complicaciones más frecuentes en el parto domiciliario, esto debido a que la parturienta no tuvo una atención de parto por un personal calificado, por lo tanto no tuvo buena protección de periné al momento del parto, la otra complicación fue la presencia de hemorragia, esto porque la parturienta pujo antes de tiempo, además que no recibió oxitocina para un manejo activo del periodo del alumbramiento. Con respecto a esto la Organización Mundial de Salud (OMS) ⁽¹⁾, expresó que existe una relación entre mortalidad materna y atención de parto domiciliario, en países como Honduras y Guatemala el 1/3 de gestantes murieron en casa, por no recibir una atención especializada y más del 50% de partos domiciliarios fueron atendidos por personal no calificado. Al igual que Reyes S, Vásquez B. ⁽²⁰⁾ en su investigación “Estoy acostumbrada al parto en mi casa” manifestaron que el parto domiciliario trae consigo muchas complicaciones que puede

llegar a una mortalidad materna, la misma que puede ser evitada si se hace uso de los servicios de salud para atender a la mujer durante el embarazo y el parto.

En la tabla 10 se observa que el factor obstétrico atención prenatal de las pacientes de parto domiciliario es frecuente ≤ 6 controles parentales con un 28.4% (27 pacientes), y pacientes con $>$ de 6 controles prenatales con un 18.9% (18 pacientes). Con una significancia de $P 0.019$, demostrándose que el factor obstétrico atención prenatal tiene relación significativa con el parto domiciliario. Esto indica que a pesar que las pacientes pasaron por controles prenatales, ellas decidieron tener parto domiciliario, por lo tanto el hecho que una gestante asistiera a sus citas de atención prenatal no aseguró un parto institucional, entonces podemos colegir que el personal del Hospital Leoncio Prado no trabajó o no concientizó lo suficiente a la gestante sobre la importancia de un parto institucional y los riesgos que trae un parto domiciliario. Al respecto Reyes S. y Vásquez B. ⁽²⁰⁾, en su Tesis “Estoy acostumbrada al parto en mi casa”, concluyeron que la mujer está muy arraigada a sus costumbres, creencias y cultura, las mismas que influyeron en la toma de decisiones sobre el parto domiciliario, porque a pesar que si pasaron control prenatal decidieron tener sus hijos en su casa. Resultados que concuerdan con los de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2013) reportaron que el 90,3% de gestantes tuvieron de 4 a más controles prenatales y el 32,6% sin ningún control.

Finalmente después de hacer la discusión de resultados podemos concluir que la hipótesis general y nueve hipótesis específicas se aceptan a excepto de la hipótesis específica ocho que se rechaza. Se concluye que los factores sociodemográficos como la edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción y nivel económico, así como los factores obstétricos antecedente de parto domiciliario, paridad, presencia de complicaciones y atención prenatal influyen significativamente en el parto domiciliario.

V. CONCLUSIONES

- a. Existe relación significativa ($P = 0.023$) entre el factor sociodemográfico edad materna con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- b. Existe relación significativa ($P = 0.022$) entre el factor sociodemográfico estado civil con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- c. Existe relación significativa ($P = 0.033$) entre el factor sociodemográfico ocupación con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- d. Existe relación significativa ($P = 0.029$) entre el factor sociodemográfico grado de instrucción con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- e. Existe relación altamente significativa ($P = 0.012$) entre el factor sociodemográfico económico con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- f. Existe relación significativa ($P = 0.002$) entre el factor obstétrico antecedente de parto domiciliario con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- g. Existe relación significativa ($P = 0.033$) entre el factor obstétrico paridad con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- h. No existe relación significativa ($P = 0.225$) entre el factor obstétrico periodo intergenésico con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.
- i. No existe relación significativa ($P = 0.083$) entre el factor obstétrico presencia de complicaciones con el parto domiciliario en el Hospital

Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

- j. Existe relación significativa ($P = 0.019$) entre el factor obstétrico número de atenciones prenatales con el parto domiciliario en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante el primer semestre del año 2017.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los responsables del área de salud materna del Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, realizar las coordinaciones pertinentes con personal de salud, agentes comunitarios, madre líder, autoridades, instituciones para llevar a cabo las siguientes estrategias y por ende disminuir los partos domiciliarios:

- Coordinar charlas educativas con agentes comunitarios y las madres líderes de las comunidades para informar, educar y comunicar la importancia y beneficio del acceso de las mujeres al parto institucional.
- Promocionar la importancia del parto institucional a las gestantes, familiares, parteras y comunidad para que conozcan los riesgos que conlleva un parto domiciliario tanto a la madre como al recién nacido.
- Coordinar para capacitar al personal de salud sobre la cultura que poseen las mujeres de la zona, con la finalidad que puedan ofrecerles consejería adecuada respetando su cultura, y por ende brindar una atención de calidad.
- Organizar y realizar un plan de visitas domiciliarias en coordinación con los agentes comunitarios, madre líder y autoridades, y uno de los objetivos debe ser alentar a las madres a asistir a sus atenciones pre natales desde el momento de la concepción, para que reciban una atención profesional y no tener riesgos para su salud y la de su bebé.
- Promover la atención multidisciplinaria durante la atención prenatal, prestando especial atención a las mujeres embarazadas con un historial de parto domiciliario, diseñando estrategias que reduzcan la brecha intercultural entre el personal de salud y la mujer embarazada, es decir que el personal respete las costumbres de las gestantes y parturientas.
- Integrar promotores de salud y trabajadores comunitarios, para captar oportunamente mujeres embarazadas; de esta manera formar una red activa que promueva la atención prenatal y el parto institucional.
- Implementar e institucionalizar la atención parto vertical adaptado la interculturalidad a los servicios de maternidad para mejorar la calidad y la calidez de la atención materna y neonatal, garantizando mayor parto institucional.

VII. REFERENCIAS

1. Fróes C, Kakuda A. Parto en casa: Hacia Adelante o Hacia Atrás. Revista Gaucha de Enfermería, vol.35 no.1. Brasil. 2014.
2. Rodríguez M. Parto domiciliario planificado. Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay. 2016
3. OMS/OPS: Informe Técnico sobre salud materna y nutrición de niños menores de 5 años de Datem del Marañón, 2015.
4. Martínez J. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013.
5. Rowe R. Birthplaceterms and definitions: consensusprocess. Birthplace in Englandresearchprogramme. Final report, part 2. NIHR ServiceDelivery and Organisationprogramme. Oxford 2013.
6. The National Maternity Services Plan [Internet]. Australia: AustralianGovernment. Department of Health and Ageing, 2012. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/maternityservicesplan>
7. De Geus M. Midwifery in theNetherlands, Utrecht: Royal Dutch Organisation of Midwives, 2012.
8. De Geus M. Midwifery in the Netherlands, 2.^a ed. Utrecht: Royal Dutch Organisation of Midwives, 2013.
9. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, Van den Berd M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: Health System Review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. Health System in Transition: 12(1)
10. Canadian Institute for Health Information. Givingbirth in Canada: Providers of maternity and infantcare. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2013.
11. Fróes C, Kakuda A. Parto en casa: Hacia Adelante o Hacia Atrás. Revista Gaucha de Enfermería, vol.35 no.1. Brasil. 2014.
12. De Grandea P. Evolución del parto domiciliario en la ciudad de buenos aires (2003-2013)

13. Organización de las Naciones Unidas. Proyecto del documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda después del 2015. 2015.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud Materna. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2013.
15. Ministerio de Salud. Parto institucional se incrementó de 81% a 89% en todo el país. Ministerio de salud. 2014.
16. Torres Y, García J. Relación entre características sociodemográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – octubre 2013. Tesis pregrado. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú. 2014. .
17. OMS/OPS: Informe Técnico sobre salud materna y nutrición de niños menores de 5 años de Datem del Marañón, 2015.
18. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú. Semana epidemiológica 26. Volumen 26. 2017
19. OPS/OMS concurso “buenas prácticas” para la reducción de la mortalidad materna, 2012.
20. Reyes S, Vásquez B. “Estoy acostumbrada al parto en mi casa” vivencia de mujeres con respecto al parto domiciliario en la sierra liberteña. Universidad Nacional de Trujillo.
21. Gerencia Regional de Salud La Libertad. Boletín Epidemiológico 41. Oficina de epidemiología e información. 2017 p.19
22. Laza C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41(3): 487-496
23. Martínez E, Manrique J, García M, Martínez P, Macarro D, Figuerol M. Parto en casa versus parto hospitalario. Metas de Enfermería 2016;19(6): 50-59.
24. Yunga M. Factores asociados en embarazadas y su incidencia de parto domiciliario en la parroquia de Mulalillo, periodo abril – septiembre 2015. Tesis pre grado: Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador. 2016.

25. Jaramillo J, Inga E, Orbe S. Factores que influyen en las mujeres indígenas de la comunidad de Cangahua del cantón Cayambe en la provincia de Pichincha, para elegir un parto domiciliario en lugar de un parto institucional, en el periodo comprendido entre enero 2014 – julio 2017. Tesis de pregrado: Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. 2017.
26. Torres Y, García J. Relación entre características sociodemográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – octubre 2013. Tesis pregrado. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú. 2014.
27. Custodio J. Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016. Rev. cuerpo méd. HNAAA 2016; 9(3): 164 – 168.
28. Reyes S, Vásquez B. “Estoy acostumbrada al parto en mi casa” vivencia de mujeres con respecto al parto domiciliario en la sierra liberteña. Universidad Nacional de Trujillo.
29. López E. (2011). Los partos domiciliarios planificados se asocian complicaciones neonatales. PUDMED, 14(3), 18
30. Norma Técnica N° 105-MINSA/DGSP.V.01, Norma Técnica de salud para la atención integral de la salud materna, 2013.
31. Ministerio de Salud. Parto institucional se incrementó de 81% a 89% en todo el país. Ministerio de salud. 2014.
32. OMS/OPS: Informe Técnico sobre salud materna y nutrición de niños menores de 5 años de Datem del Marañón, 2015.
33. Jurado D, et al. Determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a mortalidad fetal intrauterina en el municipio de Pasto, 2010-2012. Rev Univ. Salud. 2017; 19(2):207-214.
34. Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32(3):423-30.

35. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud. Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados. 2014.
36. Sevilla A. Ser doula. ¿Qué es una doula? El Parto es Nuestro [Internet]. 2013 [Consultado 15 febrero 2017. Disponible en:<http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/12/16/ser-doula-que-es-una-doula>.
37. Villanueva L, Schiavon R. Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. 2013.
38. Ministerio de Salud. Parto institucional se incrementó de 81% a 89% en todo el país. Ministerio de salud. 2014.
39. Perea N, Guiñazu G. Partos domiciliarios en diferentes grupos poblacionales en el departamento de san carlos. 2009. Universidad Nacional de Cuyo.
40. Piñero, L., y Rivera, E. (2012). Investigación cualitativa: orientaciones procedimentales, 1a ed. Venezuela: UPEL-IPB.
41. Durkheim, E. (2001), Las reglas del método sociológico, Fondo de Cultura Económica. México.
42. Rodríguez Peñuelas, M. A. (2010) Métodos de investigación: diseño de proyectos y desarrollo de tesis en ciencias administrativas, organizacionales y sociales. Universidad Autónoma de Sinaloa.
43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6° Ed. México: Mc-Grw-Hill. 2015
44. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. 2013.

ANEXOS

ANEXO 1

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL PARTO DOMICILIARIO. DISTRITO DE HUAMACHUCO, 2017.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- I. **Datos generales:** N° HCL:
- II. **Parto Domiciliario:** SI ()
NO ()

III. **Factores sociodemográficos:**

• **Grado de instrucción:**

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

• **Estado civil:**

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()

• **Edad materna:**

- < de 19 años ()
- 20 a 29 años ()
- 30 a 39 años ()
- > 40 años ()

• **Ocupación**

- Ama de casa ()
- Empleo estable ()
- Trabajo independiente ()

• **Nivel económico:**

- Bajo ()
- Medio ()
- Alto ()

IV. Factores Obstétricos:

- **Antecedente de parto domiciliario**

- Si ()
- No ()

- **paridad:**

- Primigesta()
- Multigesta ()

- **Periodo Intergenesico:**

- < 2 años ()
- 2 a 4 años ()
- > 4 años ()

- **Presencia de Complicaciones:**

SI () NO ()

Desgarros ()

Infecciones ()

Hemorragias ()

- **Numero de Atención Prenatal:**

- > 6 controles ()
- <= 6 controles ()

ANEXO 2

CONSTANCIA EMITIDA POR LA INSTITUCIÓN QUE ACREDITE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO



JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

Huamachuco 24 de Setiembre del 2018

OFICIO Nº 053 - 2018 -GR-LL-GGR/GRS-G/RED- S.C. /DE - ODII.

Srta.

SUSY ROCIO VALDERRAMA CRUZ
OBSTETRA

**ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUCION DE TESIS PARA OBTENER EL
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS OBTETRICAS**

Mediante el presente me dirijo a usted, para saludarla cordialmente y a la vez indicarle que nuestra INSTITUCION COMO ES EL HOSPITAL LEONCIO PRADO, siendo Sede Docente y en ella se realizan diferentes Estudios y/o proyectos de Investigación, en tal sentido; siendo su persona que viene realizando su trámite de manera regular, por ende el Comité de Investigación quien realiza la Revisión y consideración de la aplicación de su Proyecto; es que se le **AUTORIZA LA EJECUCION DE SU PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:**

**"FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y OBSTETRICOS RELACIONADOS AL PARTO
DOMICILIARIO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEONCIO PRADO.
HUAMACHUCO - 2017"**

Así mismo se hace de conocimiento que al término de la misma deberá presentar los resultados (1 EJEMPLAR ANILLADO) de lo encontrado y plantear algunas estrategias que beneficiará a nuestra institución; a la Oficina de Docencia con la finalidad de ampliar nuestra sala de investigación y bibliografía en datos reales encontrados por los investigadores. Bajo responsabilidad.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes expresarle las muestras de mi estima y consideración personal.

Atentamente



REGION LA LIBERTAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SANCHEZ CARRION

M.C. YONNY URETA NUÑEZ
DIRECTOR EJECUTIVO
RED DE SALUD SANCHEZ CARRION



REGION LA LIBERTAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SANCHEZ CARRION
COMITE DE INVESTIGACION

Presidente del Comité de Investigación
RED DE SALUD SANCHEZ CARRION

"Justicia Social con Inclusión"

Sánchez Carrión-Hospital Leoncio Prado-Hco, Av. 10 de Julio N°209

Central Telefónica N°441078-Anexo 17

Página Web: www.regionallibertad.gob.pe

ANEXO3

MATRIZ DE CONSISTENCIA.

TÍTULO: Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario, en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.

AUTORA: Obstra. Susy Rocío Valderrama Cruz

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Método
¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado de Huamachuco – 2017?	<p>General: Determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.</p> <p>Específicos: O₁: Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico edad materna con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₂: Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico estado civil con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₃: Identificar la relación que</p>	<p>General H_i: Existe una relación directa significativa entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>Específicos: H₁: El factor sociodemográfico edad materna tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.</p> <p>H₂: El factor sociodemográfico estado civil tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes</p>	<p>Variable 1 Factores sociodemográficos y obstétricos</p>	<p>A través del análisis documental de historias clínicas perinatales se evaluaron para obtener la información de los factores sociodemográficos: grado de instrucción, estado civil, ocupación, edad materna, nivel económico.</p> <p>Así mismo para obtener la información de los factores obstétricos, donde se tienen en cuenta: antecedentes de parto domiciliario, gestaciones, periodo intergenésico, presencia de complicaciones y número de atención prenatal.</p>	<p>Diseño: correlacional, transversal Población: 308 historias clínicas perinatales del primer semestre del año 2017 del Hospital Leoncio Prado de Huamachuco. Muestra: 95 historias clínicas del Hospital Leoncio Prado Huamachuco 2017. Técnica: análisis documental Instrumentó : registro de análisis documental Método de análisis Los datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS versión 23.0. Se presentan en</p>
			<p>Variable 2 Parto domiciliario.</p>	<p>A través del análisis documental de historias clínicas perinatales se evaluaron para obtener si el parto fue domiciliario o no.</p>	

	<p>existe entre el factor sociodemográfico ocupación con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₄: Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico grado de instrucción con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₅: Identificar la relación que existe entre el factor sociodemográfico nivel económico con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₆: Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico antecedentes de parto domiciliario con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₇: Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico gestaciones con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p>	<p>atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017</p> <p>H₃: El factor sociodemográfico ocupación tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017.</p> <p>H₄: El factor sociodemográfico grado de instrucción tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>H₅: El factor sociodemográfico nivel económico tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>H₆: El factor obstétrico antecedentes de parto domiciliario tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p>			<p>tablas de doble entrada con frecuencia simple y porcentual. El análisis estadístico de asociación entre variables se realizó utilizando el test de chi cuadrado, para determinar la significancia estadística ($p < 0.05$).</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>O₈: Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico periodo intergenesico con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₉: Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico presencia de complicaciones con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>O₁₀: Identificar la relación que existe entre el factor obstétrico atención prenatal con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>.</p>	<p>H₇: El factor obstétrico paridad tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>H₈: El factor obstétrico periodo intergenesico tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>H₉: El factor obstétrico presencia de complicaciones tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p> <p>H₁₀: El factor obstétrico atención prenatal tiene una relación directa significativa con el parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017.</p>			
--	--	--	--	--	--