



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ASOCIACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN DE PARTO NO INSTITUCIONALIZADO Y
LA REALIZACIÓN DEL CONTROL PUERPERAL: UN ANÁLISIS DE DATOS DE LA
ENDES 2020

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Vega Mera, Daniel Armando

Asesor:

Tello Santa Cruz, Daniel

Jurado:

La Rosa Botonero, José Luis

Huarag Reyes, Raul Abel

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima - Perú

2022

Referencia:

Vega, M. (2022). *Asociación entre la atención de parto no institucionalizado y la realización del control puerperal: un análisis de datos de la endes 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6171>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ASOCIACIÓN ENTRE LA ATENCION DE PARTO NO INSTITUCIONALIZADO Y LA
REALIZACIÓN DEL CONTROL PUERPERAL: UN ANÁLISIS DE DATOS DE LA
ENDES 2020

Línea de Investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Vega Mera, Daniel Armando

Asesor:

Tello Santa Cruz, Daniel

Jurado:

La Rosa Botonero, José Luis

Huarag Reyes, Raul Abel

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima – Perú

2022

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
I. INTRODUCCION.....	3
1.1. Descripción y formulación del problema	4
1.2. Antecedentes	7
1.2.1. <i>Antecedentes internacionales</i>	7
1.2.2. <i>Antecedentes nacionales</i>	9
1.3. Objetivos	10
1.4. Justificación.....	11
1.5. Hipótesis.....	12
II. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	13
III. MÉTODO	19
3.1. Tipo de investigación	19
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	19
3.3. Variables.....	19
3.3.1. <i>Variable dependiente</i>	19
3.3.2. <i>Variable independiente</i>	19
3.3.3. <i>Variables intervvinientes</i>	19
3.4. Población y muestra	20
3.5. Instrumentos	20
3.6. Procedimientos	20
3.7. Análisis de datos.....	21
3.8. Consideraciones éticas	22
IV. RESULTADOS.....	23
V. DISCUSION DE RESULTADOS	29
VI. CONCLUSIONES	32
VII. RECOMENDACIONES.....	33
VIII. REFERENCIAS	34
IX. ANEXOS	38

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la atención del parto no institucionalizado y la realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020. **Método:** Estudio retrospectivo, transversal y observacional de tipo analítico basado en la información de la ENDES 2020 en mujeres residentes en Perú. La variable dependiente fue realización de control puerperal, definida como el autorreporte de haber recibido un chequeo o revisión médica luego del parto. La variable independiente fue la atención de parto no institucionalizado, definida como el autorreporte de haber dado a luz en su domicilio o en casa de la partera. Se elaboró modelos lineales generalizados para estimar la asociación entre las variables de interés, ajustado por confusores. **Resultados:** El número total de mujeres incluidas en el análisis fue de 17054. El promedio de edad fue de 30.8 años (IC95% = 30.7-31.0 años). La frecuencia de control puerperal fue de 98% (IC95%=97.5-98.4) y la frecuencia de atención de parto no institucionalizado fue de 4.8% (IC95%=4.2-5.5). La frecuencia de control puerperal fue 28% menos en aquellas mujeres que presentaron parto no institucionalizado en comparación con aquellas que reportaron haber recibido parto institucionalizado (razón de prevalencias ajustada, RPa: 0.72; IC95%: 0.66-0.79). **Conclusiones:** La frecuencia de atención puerperal es menor en aquellas mujeres que presentaron parto no institucionalizado.

Palabras clave: Parto no institucionalizado, parto domiciliario, control puerperal, atención puerperal, puerperio. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the association between non-institutionalized childbirth care and the performance of puerperal control in women residing in Peru in 2020. **Methods:** Retrospective, cross-sectional, observational, analytical, retrospective study based on information from the ENDES 2020 in women residing in Peru. The dependent variable was the performance of puerperal control, defined as the self-report of having received a check-up or medical check-up after childbirth. The independent variable was non-institutionalized delivery care, defined as self-report of having given birth at home or at the midwife's home. Generalized linear models were developed to estimate the association between the variables of interest, adjusted for confounders. **Results:** The total number of women included in the analysis was 17054. The average age was 30.8 years (CI95%=30.7-31.0 years). The frequency of puerperal control was 98% (95%CI=97.5-98.4) and the frequency of non-institutionalized delivery care was 4.8% (95%CI=4.2-5.5). The frequency of puerperal control was 28% less in those women who presented with noninstitutionalized delivery compared to those who reported having received institutionalized delivery (adjusted prevalence ratio, RPa: 0.72; 95%CI: 0.66-0.79). **Conclusions:** The frequency of puerperal care is lower in those women who presented non-institutionalized delivery.

Keywords: Non-institutionalized childbirth, home delivery, puerperal control, puerperal care, puerperium. (Source: MeSH NLM)

I. INTRODUCCIÓN

El control puerperal abarca todas las actividades realizadas en un establecimiento sanitario o de manera ambulatoria por un profesional de salud para la evaluación y el cuidado de la puérpera. Se sabe que el control puerperal es importante debido a que reduce los índices de mortalidad materna al detectar de forma oportuna signos de alarma y posibles complicaciones.

Entendemos por parto no institucionalizado a aquel que se realiza fuera del establecimiento de salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2013). El parto no institucionalizado es influenciado por diversos factores como el grado de instrucción, nivel socioeconómico, área de residencia, costumbres, etc. Además, la frecuencia de control puerperal puede estar determinado por múltiples factores como variantes étnicas, nivel de ingreso económico (Thiel de Bocanegra et al., 2017).

En el Perú la frecuencia de parto no institucionalizado es aún considerable según los reportes de las últimas ENDES. El parto no institucionalizado al no ser atendido por un profesional de la salud y al no realizarse en un ambiente adecuado puede conllevar a múltiples complicaciones. Asimismo, al no realizarse un registro de la gestante puede conllevar a que la puérpera no realice sus controles. Este problema es mucho más evidente en zonas rurales donde la frecuencia del parto no institucionalizado puede superar el 30% (Custodio, 2016).

El presente estudio aborda un tema que se encuentra dentro de los objetivos de desarrollo sostenible planteados por las Naciones Unidas ya que la frecuencia de control puerperal es un indicador relevante de salud materna al posibilitar la identificación de complicaciones puerperales.

Finalmente, este estudio aborda un tema dentro de las prioridades de salud del Minsa relacionado con la salud materna. Por lo tanto, la información brindada serviría como evidencia para la realización de políticas públicas efectivas.

En base a la literatura no se han encontrado estudios que relacionen las dos variables anteriormente mencionadas a nivel nacional. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre la atención de parto institucionalizado y la realización de control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020.

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

El control puerperal es importante para disminuir la mortalidad materna ya que permite una adecuada detección y manejo de posibles complicaciones en la puérpera, siendo considerado este un periodo crítico debido a que en esta etapa se producen el mayor número de muertes maternas (Blázquez, 2016).

En los países con altos ingresos económicos existen una serie de diversos programas institucionalizados en donde, gracias a ello, la prevalencia del control puerperal es alta. Sin embargo, en países de bajos ingresos económicos la frecuencia de control puerperal se ve afectada debido a una serie de factores como tradición, distancia del domicilio al puesto de salud, grado de instrucción y nivel socioeconómico bajo (Custodio, 2016).

En el Perú existen políticas de control puerperal; sin embargo, estas pueden ser afectadas por factores sociodemográficos. Además, en el contexto de la pandemia los controles puerperales pudieron haber disminuido o limitarse solo a teleconsultas (Ramírez, 2021).

El parto institucional reduce significativamente las posibles complicaciones que puede presentar la gestante debido a que es asistida por personal capacitado y cuenta con las instalaciones y el equipo para un manejo óptimo (Avila, 2019).

Asimismo, puede influenciar en un adecuado control puerperal debido a que existe un registro y seguimiento por parte del personal de salud, el cual incluye teleconsultas y citas presenciales programadas, las cuales coinciden con las citas de control del recién nacido.

El parto domiciliario se encuentra determinado por factores económicos y sociales de un país, estos a su vez también determinan que estos sean planificados.

El parto domiciliario planificado actualmente es accesible en aquellos países de altos ingresos y en los sectores más favorecidos (Martínez et al., 2016).

Una revisión sistemática realizada en Brasil, que incluyó 18 estudios entre los años 2008 y 2018 concluyó que el parto domiciliario planificado a aumentado en los sectores socioeconómicos más favorecidos de dicha población teniendo un elevado nivel de satisfacción en las gestantes (Cursino y Benincasa, 2020).

Sin embargo, en el Perú el parto domiciliario planificado no es ofrecido por el sistema de salud actual, siendo frecuente el parto domiciliario no planificado en aquellas poblaciones de ingresos económicos bajos, bajo nivel de instrucción, zonas rurales y en regiones donde predominan ciertas costumbres con relación al parto domiciliario (Tarqui y Barreda , 2005).

Según la ENDES 2019, la frecuencia del parto no institucionalizado fue de 7,6% siendo en las zonas rurales de 19,2% y en zonas urbanas de 3,7%, mientras que la frecuencia de control puerperal fue de 79,5% en aquellas que presentaron su primer control puerperal antes de las 4 horas y una frecuencia del 17,4% en aquellas mujeres que presentaron control puerperal en el lapso de 4 y 23 horas posterior al parto, mientras que el 0.7% presentó su primer control en el lapso de 3 a 41 días posterior al parto (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019)

No se ha encontrado evidencia objetiva que identifique una asociación entre el parto domiciliario y la frecuencia de control puerperal.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1 Problema general.

¿Existe asociación entre la atención del parto no institucionalizado y la realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia?

1.1.2.2 Problemas específicos.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas, lugar del parto, la atención del parto no institucionalizado y la frecuencia de realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia?
- ¿Cuál es la frecuencia de realización del control puerperal según las características sociodemográficas y el lugar del parto?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

La realización de un adecuado control puerperal puede estar determinado por múltiples factores. Un estudio de cohorte prospectivo realizado en California-EE. UU. durante el año 2017 concluyó que las variedades raciales, étnicas, así como el nivel de ingresos económicos de las madres californianas están asociadas a la realización de un número adecuado de visitas posparto y a la posibilidad de acceso a un método anticonceptivo altamente eficaz. Ya que, según dicho estudio, las mujeres afroamericanas asistieron con menor frecuencia a sus controles puerperales en comparación a las mujeres blancas (odds ratio ajustado [aOR], 0,73; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,71–0,76), así mismo presentaban menor probabilidades de recibir un tratamiento anticonceptivo con una buena eficacia (aOR, 0,64; IC 95 %, 0,58–0,71). Por otro lado, las mujeres hispanohablantes presentaban menor probabilidad de recibir un tratamiento anticonceptivo altamente eficaz (ORa, 0,94; IC 95 %, 0,90–0,99) en comparación con las mujeres angloparlantes (Thiel de Bocanegra et al., 2017).

Los controles prenatales y posnatales inadecuados aumentan significativamente el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido (Arispe et al., 2011), es por ello la importancia de realizarlos; los inadecuados controles postnatales siguen siendo aún un problema en los países desarrollados, así se evidencia en un estudio transversal realizado en Pensilvania de muestras representativas de mujeres que dieron a luz durante el periodo de noviembre del 2011 a noviembre del 2015, dicho estudio concluyó que el noroeste de dicha región presentó menores controles posnatales en comparación a otras regiones, estas disparidades regionales podrían deberse según dicho estudio al costo elevado del transporte público en determinadas regiones, variaciones regionales en educación en salud y la facilidad para poder contactar a los pacientes en dichas regiones. Asimismo, se evidenció que las mujeres

afroamericanas presentaban menores probabilidades de control prenatal y posparto en comparación de las mujeres blancas (Parekh et al., 2018).

El periodo posparto es un periodo crítico para la madre ya que se pueden presentar complicaciones como hemorragia e infecciones (Vargas, 2017). Se ha encontrado también que el nivel socioeconómico, así como el acceso a un seguro de salud son uno de los factores principales para un adecuado control posnatal; así lo determinó una revisión sistemática realizada en E.E.U.U durante el año 2020, la misma concluyó que los factores, como un nivel socioeconómico más alto, la residencia rural, así como el acceso a un seguro de salud favorecieron un adecuado control posnatal (Wouk et al., 2021).

El parto domiciliario puede ser planificado o no planificado. El parto domiciliario planificado es más frecuente en países de ingresos económicos altos. Así se encontró en una revisión sistemática realizada en Brasil, donde el parto domiciliario planificado se halló en aumento en los sectores socioeconómicos altos (Cursino y Benincasa, 2020).

Por otro lado, el parto domiciliario no planificado o no institucionalizado es más frecuente en aquellas regiones de menos recursos y está determinado por factores socioculturales, económicos y geográficos. Una revisión sistemática realizada en África oriental concluyó que la prevalencia del parto no institucionalizado es del 73.5%, presentando como factores asociados los controles prenatales insuficientes, lugar de domicilio, creencias, el grado de instrucción de la gestante y la distancia del centro de salud al domicilio de la madre (Weldegiorgis y Feyisa, 2021).

1.2.2. Nacionales

En el Perú, el puerperio representa el periodo donde se produce la mayor cantidad de muertes maternas (hasta 60.9%); es por ello que la realización de un adecuado control puerperal es fundamental (Gutiérrez y Velásquez, 2017).

Un estudio realizado en el Hospital Cayetano Heredia con metodología de intervención educativa durante el año 2018 concluye que una adecuada intervención educativa durante el control puerperal permite aumentar el conocimiento sobre el autocuidado en púerperas (Carrera, 2018).

Asimismo, un estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora de casos y controles en púerperas adolescentes concluyó que las madres que retornaron a su control puerperal presentaron mejor adherencia al uso de métodos anticonceptivos en comparación de las que no retornaron a sus controles puerperales (López et al., 1996).

De ambos estudios se desprende que es importante determinar qué factores geográficos, sociales y económicos influyen en un adecuado control puerperal.

A nivel nacional el parto domiciliario no institucionalizado aún está presente en muchos lugares, siendo más frecuente en las regiones rurales y en aquellas poblaciones con un bajo nivel educativo. Según el informe de la ENDES 2019, la frecuencia del parto en regiones rurales es del 19,2% mientras que en zonas urbanas es del 3,7% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019). Un estudio cuantitativo de tipo transversal realizado en el Centro Poblado de Kerguer perteneciente al distrito de Salas, en el departamento de Lambayeque determinó las características sociodemográficas del parto domiciliario, dentro de estas características se encontraban el bajo nivel de instrucción, ingresos económicos escasos y ubicación del domicilio con respecto al centro de salud. Asimismo, dicho estudio determinó que el 84,8% de las encuestadas afirmó presentar antecedentes de parto no institucionalizado. De dichas cifras se desprende que pese a que la frecuencia del parto institucionalizado ha

aumentado en el Perú, en zonas rurales como el centro poblado de Kerguer la frecuencia del parto domiciliario es mayor al 84% (Custodio, 2016).

Por otro lado, el parto domiciliario en zonas urbanas está asociado al acceso de un sistema de salud adecuado. Así se evidenció en un estudio de casos y controles realizado en el Callao, dicho estudio concluyó que los factores que se asociaron al parto domiciliario fueron la continuidad laboral de los profesionales en salud en dichos establecimientos para la atención del parto $w=25,78$ ($p=0,00$); $OR=25,48$ (IC 95%: 7,30-88,93) y una comunicación inadecuada entre el personal de salud y la gestante $w=7,61$ ($p=0,006$); $OR=4,34$ (IC 95%: 1,53-12,31) (Tarqui y Barreda, 2005).

No se encontraron estudios que relacionaran directamente ambas variables, lugar de atención de parto y realización de control puerperal, a nivel nacional.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la atención de parto no institucionalizado y la realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas, lugar del parto, la atención del parto no institucionalizado y la frecuencia de realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia.
- Determinar la frecuencia de realización del control puerperal según las características sociodemográficas y el lugar del parto.

1.4. Justificación

Dentro de los 17 objetivos de desarrollo sostenible planteados por las Naciones Unidas, el tercer objetivo plantea garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Es decir, el tercer objetivo incluye promover la salud materna mediante la promoción de la atención prenatal y posnatal para así poder reducir la mortalidad materna (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020).

El control puerperal es un indicador importante de salud materna porque permite identificar y evitar complicaciones en el puerperio ya que el puerperio es la etapa en donde se produce con mayor frecuencia muertes maternas (Delgado, 2016). Por lo tanto, los resultados de este estudio servirían como evidencia científica que sustente cómo va el cumplimiento de uno de los objetivos de desarrollo sostenible planteados por las Naciones Unidas.

El presente estudio deviene en importancia, siendo en el país frecuente la atención del parto no institucionalizado, lo que implica la asistencia de personal no calificado y en un ambiente inadecuado, con potenciales complicaciones en el puerperio y riesgo para la salud de la madre y del recién nacido (Huapaya, 2021).

Según la ENDES 2019, el control puerperal durante las primeras cuatro horas muestra una frecuencia aceptable (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019). Sin embargo, en zonas rurales se podría suponer que la frecuencia de control puerperal podría disminuir debido a la presencia de múltiples factores.

Por otro lado, dentro de las prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023 aprobadas por el MINSA, se encuentra la salud materna abarcando el desarrollo de intervenciones para la prevención y control de la morbilidad materna (Instituto Nacional de Salud [INS], 2019) sentido en el que se encuentra la presente investigación.

Los resultados de presente estudio servirían como sustento para la realización de adecuadas políticas públicas en salud en el Perú, como por ejemplo en la realización de mejoras

en el acceso al sistema de salud en las poblaciones rurales, para así aumentar la cobertura de atención del parto institucionalizado.

Por último, servirá como evidencia para la realización de ajustes en las actuales guías de práctica clínica de control puerperal, ya que la frecuencia del control puerperal puede haber sido afectada en el actual contexto de la pandemia.

1.5. Hipótesis

La atención del parto no institucionalizado está asociada a una menor frecuencia de control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Definición de puerperio*

Entendemos por puerperio a la etapa posterior a la gestación en la cual se desarrollan una serie de cambios graduales al estado no grávido; es decir se realizan una serie de procesos hormonales y del aparato reproductor femenino para que vuelvan a las condiciones pregestacionales (Bezares et al., 2009).

2.1.2. *Periodos*

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas posterior al parto.

Puerperio mediato: Comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto.

Puerperio tardío: Comprende desde los 7 días posparto hasta la aparición de la primera menstruación, la cual se desarrolla alrededor de los 42 días (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

2.1.3. *Atención del puerperio inmediato*

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna define atención del puerperio inmediato a aquella que se realiza durante las primeras 24 horas; la cual debe realizarse cada 15 minutos durante las primeras 02 horas monitorizando los signos vitales, contracción uterina y sangrado vaginal, posterior a las 02 horas se realiza el traslado a sala de puerperio en el cual se realiza control cada 30 minutos durante la tercera hora, posterior a ello se realiza el control cada 60 minutos durante la cuarta, quinta y sexta hora, a partir de la séptima hora se realiza el control cada 06 horas; en sala de puerperio se realiza monitorización de los signos vitales, contracciones uterinas, sangrado vaginal y episiorrafia, así mismo se promueve la deambulacion precoz y se brinda orientación y provisión del método de planificación familiar elegido de la puérpera. Posterior a las 24 horas se realiza el alta de la puérpera siempre y cuando su evolución haya sido favorable. Al alta se indica y orienta a la puérpera sobre la cita para

atención del puerperio por consulta eterna, la cual debe coincidir con la fecha de cita de atención del recién nacido (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

2.1.4. Atención del puerperio mediato

El puerperio mediato comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto, la atención del puerperio mediato se realiza por consultorio externo y tiene como objetivos principales vigilar y controlar la involución uterina, detectar precozmente complicaciones tales como hemorragia e infección puerperal, así mismo informar sobre los signos de alarma de la madre. Al finalizar la consulta se le informa a la puérpera sobre la fecha de su segunda atención, la cual coincide con la fecha de atención al neonato, es decir entre los 28 a 30 días (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

2.1.5. Atención del puerperio tardío

Se define como puerperio tardío aquel que comprende desde los 07 días hasta los 42 días posparto. La atención del puerperio tardío tiene como objetivo reforzar las buenas prácticas de higiene, alimentación, lactancia materna y seguimiento del método de planificación familiar elegido.

2.1.6. Atención del puerperio en el contexto de la pandemia en el Perú

Debido al contexto de la pandemia por Covid-19, el MINSAL publicó la “Directiva Sanitaria para la atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por la COVID-19”, la cual entró en vigor el 31 de marzo del 2021, dicho documento indica la realización del alta de manera precoz, no mayor a 24 horas.

Posterior al alta el control se realizará por tele monitoreo a los 7 días posterior al parto, en dicha tele consulta se incidirá en la interrogación de signos de alarma. Posterior a ello se indica realizar consulta presencial para control y medición de la hemoglobina en los 30 días posterior al parto (Ugarte et al.,2021).

2.1.7. Importancia del control puerperal

Es de conocimiento lo trascendental del control puerperal ya que de no realizarse pueden presentarse complicaciones a corto, mediano y largo plazo como hemorragia, infecciones, trastornos hipertensivos, etc. El periodo puerperal es un periodo crítico ya que es esta etapa en donde se producen la mayoría de las muertes maternas (Gonzales et al.,2019).

2.1.8. Parto no institucionalizado

La norma técnica de Atención Integral de Salud Materna define al parto extrainstitucional a aquel que se realiza fuera de un establecimiento de salud. El parto extrainstitucional, según el lugar donde se realizó puede clasificarse en domiciliario si es que este se realizó en una vivienda o parto en el trayecto al establecimiento de salud, si ocurrió en el proceso de traslado de la gestante desde un establecimiento a otro establecimiento de salud (Ministerio de Salud [MINSA] ,2013).

2.1.9. Situación del parto no institucionalizado en el mundo

En los países de elevados recursos se puede desarrollar el parto domiciliario planificado, siendo este realizado por los sectores más favorecidos mientras que en otros países menos desarrollados es común el parto domiciliario no planificado. Así se evidenció en una revisión sistemática realizada en Etiopía, la cual incluyó a diez estudios publicados en revistas revisadas por pares desde el 2010 en adelante y cuyas principales conclusiones fueron que la prevalencia del parto domiciliario no planificado es alto, con una prevalencia del 73,5% y dentro de los principales factores asociados se encuentran los controles prenatales insuficientes, la distancia del domicilio con respecto al centro de salud, el parto domiciliario como costumbre en determinada sociedad y el grado de instrucción de la madre (Weldegiorgis y Feyisa, 2021).

2.1.10. Situación del parto no institucionalizado en el Perú

En el Perú, el parto domiciliario es prevalente en aquellas poblaciones con bajo nivel socioeconómico y bajo nivel de instrucción, así mismo los principales motivos de elección del parto extrainstitucional son por tradición y la distancia con respecto al centro de salud (Custodio, 2016). Sin embargo, el parto extrainstitucional planificado no es ofrecido por el actual sistema de salud actual. Se entiende por parto extrainstitucional planificado al parto atendido en el domicilio de la gestante, asistido por un profesional de la salud cumpliendo con todos los estándares para un manejo adecuado de la gestante.

2.1.11. Control puerperal en el mundo

Existen diferencias en las políticas de control puerperal en el mundo, por ejemplo, en los países de bajos ingresos es frecuente que las puérperas no reciban controles después del alta hospitalaria mientras que en los países desarrollados es común realizar visitas domiciliarias de control puerperal, estas visitas pueden promover la salud y satisfacción materna. Así se evidenció en una revisión sistemática en el cual se analizaron 12 ensayos aleatorios que incluía a datos de alrededor de 12000 mujeres (Yonemoto et al., 2017).

Es importante recalcar que existe una menor frecuencia de control puerperal en comparación con el control prenatal. Así se evidenció en una revisión sistemática que relacionó el impacto del uso del servicio de control prenatal en la utilización del servicio de control posnatal la cual incluyó 14 estudios con 15.765 participante y concluyó que es más frecuente el control prenatal que el posnatal. Sin embargo, en aquellos países donde se han aplicado adecuados programas y políticas de control prenatal influye de manera positiva en el control puerperal, aumentando la frecuencia de este último siendo 1,23 veces más probable recibir atención posnatal en aquellas mujeres que recibieron control prenatal (Geremew et al., 2020).

2.1.12. Parto domiciliario y complicaciones puerperales

El parto domiciliario en nuestro país por lo general es no planificado y por lo tanto al no ser asistido por un personal calificado y en un ambiente no adecuado puede conllevar a complicaciones tanto para la puérpera como para el recién nacido. Una revisión sistemática que seleccionó 19 estudios concluyó que dentro de los factores que influyen en las complicaciones puerperales como sepsis, se encuentran intervenciones y manipulaciones durante el parto, ausencia de povidona yodada como técnica de asepsia a nivel de la vagina, ausencia de antibiótico profilaxis (Malmir et al., 2021). Por lo tanto, la asistencia de un parto por un personal no calificado en un ambiente inadecuado puede conllevar a complicaciones en el puerperio.

Dentro de las principales complicaciones puerperales tenemos la hemorragia posparto e infecciones, siendo necesario el manejo por un especialista, por tanto, en los partos domiciliarios no planificados puede existir el riesgo de un manejo inadecuado de estas patologías, así mismo una ausencia o menor frecuencia de controles puerperales posteriores (Montenegro, 2020).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2020 es un estudio realizado por el INEI que se desarrolla cada año con la finalidad de medir indicadores de salud nacionales, la metodología utilizada es descriptiva bajo un muestreo bietápico por conglomerados aleatorizados auto ponderado, estratificado e independiente para cada departamento, área de residencia y región natural del Perú. La ENDES es una de las investigaciones estadísticas que es elaborada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el cual utiliza encuestas validadas internacionalmente y cuyos resultados sirven para mejoras en las políticas públicas en salud en el Perú; es por ello que el presente estudio utilizará como fuente de datos para un análisis secundario a la ENDES 2020.

Definición de términos básicos

- **Parto institucionalizado:** parto realizado en un establecimiento de salud (Ministerio de Salud [Minsa], 2013).
- **Parto no institucionalizado:** parto realizado fuera de un establecimiento de salud (Ministerio de Salud [Minsa], 2013).
- **Parto domiciliario:** parto realizado dentro de una vivienda, asistido ocasionalmente por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros.
- **Parto en el trayecto al establecimiento de salud:** parto asistido durante el traslado de la gestante de un establecimiento de salud a otro establecimiento de salud.
- **Parto domiciliario planificado:** parto atendido en el domicilio de la gestante, asistido por un profesional de salud cumpliendo con todos los estándares para un manejo adecuado de la gestante (Cursino & Benincasa, 2020).
- **Puerperio:** periodo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta 42 días posterior al evento (Ministerio de Salud [Minsa], 2013).
- **Control puerperal:** conjunto de actividades sistematizadas realizadas en un centro de salud o de manera ambulatoria por un profesional de salud que consiste en la evaluación de los signos de alarma y cuidado de la puérpera (Ministerio de Salud [Minsa], 2013).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Estudio retrospectivo, transversal y observacional de tipo analítico basado en la información de la ENDES 2020.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación incluye a todos los departamentos, zonas urbanas y rurales del país que fueron abordadas en el muestreo poblacional para la ejecución de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2020 realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para medir indicadores de salud nacionales.

3.3. Variables

-Variable dependiente: Realización de control puerperal. Fue medida a partir de la pregunta del módulo 1633 de la ENDES. Esta variable se usó en su forma original. Se define como el autorreporte de haber recibido un chequeo o revisión médica después del parto.

-Variable independiente: Atención del parto no institucionalizado. Fue medida a partir de la pregunta del módulo 1633 de la ENDES. Se define como el autorreporte de haber tenido un parto en el domicilio de la encuestada o en la casa de una partera. Esta variable originalmente estuvo dividida en 12 categorías relacionadas con haber tenido parto en establecimientos de salud del MINSA, establecimientos de EsSalud, centros de salud de la policía y fuerzas armadas, centros de salud particulares. Se recategorizó en dos únicos valores dicotómicos (sí parto institucionalizado, no parto institucionalizado).

-Variables intervinientes:

- Edad.
- Nivel de riqueza.
- Grado de instrucción.

- Área de residencia.
- Región natural.

3.4. Población y muestra

La población consiste en mujeres en edad fértil que han tenido un hijo encuestadas durante el año 2020 y la muestra es 17054 encuestadas residentes en Perú.

3.5. Instrumentos

En base a la ENDES, y para fines del estudio, las variables de interés se midieron usando dos encuestas: Encuesta de mujeres en edad fértil y Cuestionario del hogar.

3.6. Procedimientos

Primero, se descargaron los microdatos de la página del INEI http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/718/datafile/F17/?offset=100&limit=100. Posteriormente, se descargó el módulo de Embarazo, parto, puerperio y lactancia y el módulo de Hogar. Luego de ello, se descargó las bases de datos incluidas en los módulos (REC41, REC91, RECH0, RECH5, RECH6 y REC0111).

Ubicación de las variables en los respectivos módulos de la ENDES

VARIABLE INDEPENDIENTE	NOMBRE	BASE DE DATOS	MODULO
Atención de parto no institucionalizado	M15	REC41	1633-Embarazo, parto, puerperio y lactancia

VARIABLE DEPENDIENTE	NOMBRE	BASE DE DATOS	MODULO
Realización de control puerperal	M66	REC41	1633-Embarazo, parto, puerperio y lactancia

VARIABLES INTERVINIENTES	NOMBRE	BASE DE DATOS	MODULO
Región natural	SREGION	REC91	1631-Embarazo, parto, puerperio y lactancia
Área de residencia	HV025	RECH0	1629-Cuestionario del Hogar
Edad	HA1	RECH5	1638-Embarazo, parto, puerperio y lactancia
Grado de instrucción	HC62	RECH6	1638-Embarazo, parto, Puerperio y lactancia
Índice de riqueza	V190	REC0111	1631-Cuestionario del Hogar

Una vez descargadas, se importó al programa Stata; posteriormente se fusionó las bases de datos mediante la variable HHID y usando el comando “merge”. Finalmente se realizó una limpieza de la base de datos maestra de tal manera que solo se incluyan las variables de interés.

3.7. Análisis de datos

3.7.1. Análisis bivariado

Prueba chi-cuadrado. Prueba U de Mann-Whitney. Estadísticamente significativo si el valor p es menor a 0.05.

3.7.2. Análisis Descriptivo

Frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión.

3.7.3. Análisis multivariado

Razones de prevalencia estimados con modelos lineales generalizados con distribución Poisson enlace log y varianza robusta.

3.8. Consideraciones éticas

En la presente investigación no habrá contacto con las mujeres sujetas a la investigación, por lo tanto, no se requiere de la firma de un consentimiento informado. Además, por el tipo de metodología (análisis secundario de una encuesta), no es posible vulnerar las normas de Buenas Prácticas de Investigación contenidas en el Código Internacional Armonizado de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Helsinki.

IV. RESULTADOS

El número total de mujeres encuestadas cuya información de las variables de importancia para el estudio que estaban disponibles en la ENDES 2020 fue de 17054. El promedio de edad fue de 30.8 años (IC95% = 30.7-31.0 años). En relación con el grado de instrucción, el 98.6% de las encuestadas refiere haber presentado algún grado de instrucción, correspondiendo la tercera parte (34.9%) al grado de instrucción superior. Con respecto al nivel socioeconómico, el 23% (IC95%= 22.0-24.1%) presentó un nivel socioeconómico muy pobre. Por otro lado, el 4.8% (IC95%= 4.2-5.5%) de las mujeres encuestadas refirió haber presentado parto no institucionalizado, mientras que el 98.0% (IC95%=97.5-98.4%) refirió haber recibido control puerperal.

Tabla 1.

Características de las mujeres encuestadas (n=17054)

Características	n	%	IC95%	
Edad (años) ^a	30.8	10.7	30.7	31.0
Grado de instrucción				
Ninguno	261	1.3	1.1	1.6
Primaria	3214	16.4	15.6	17.3
Secundaria	8202	47.3	46.0	48.6
Superior	5377	34.9	33.6	36.2
Nivel socioeconómico				
Muy pobre	5047	23.0	22.0	24.1
Pobre	4552	24.1	22.9	25.2
Medio	3466	20.9	19.8	21.9
Rico	2355	17.2	16.2	18.2
Muy rico	1634	14.9	13.7	16.1
Región natural de residencia				
Lima Metropolitana	2073	31.0	29.6	32.4
Resto Costa	5025	26.1	24.9	27.3
Sierra	5589	25.9	24.6	27.2
Selva	4367	17.0	16.0	18.1
Área de residencia				
Urbana	11762	75.4	74.4	76.4
Rural	5292	24.6	23.6	25.6
Parto no institucionalizado				

No	16197	95.2	94.5	95.8
Sí	857	4.8	4.2	5.5
Control puerperal				
No	375	2.0	1.6	2.5
Sí	16679	98.0	97.5	98.4

^a Los datos de la variable edad fueron resumidos como el promedio más su desviación estándar respectiva.

En la siguiente tabla se observa las variaciones de la frecuencia de control puerperal según las diversas características de las mujeres encuestadas. Se evidencia que las mujeres que no tenían algún grado de instrucción presentaron menor frecuencia de haber recibido atención puerperal en relación con aquellas que presentaban grado de instrucción superior (89.9% vs. 99.3%; $p < 0,001$). Por otro lado, las mujeres que pertenecían a un nivel socioeconómico muy pobre presentaron menor frecuencia de atención puerperal en comparación a estratos económicos superiores (muy pobre: 93.5% vs. muy rico: 99.8%; $p < 0,001$). Por último, se observó que aquellas mujeres que tuvieron un parto no institucionalizado presentaron menor frecuencia de control puerperal con relación a aquellas que no tuvieron un parto no institucionalizado (70.7% vs. 99.4%; $p < 0,001$).

Tabla 2.

Frecuencia de atención puerperal según las características de las mujeres encuestadas

Características	Control puerperal		p^a
	No	Sí	
	n (%)	n (%)	
Edad (años) ^{b c}	30.0 (0.6)	30.9 (0.1)	0.147
Grado de instrucción			
Ninguno	23 (10.1)	238 (89.9)	<0.001
Primaria	185 (5.8)	3029 (94.2)	
Secundaria	128 (1.3)	8074 (98.7)	
Superior	39 (0.7)	5338 (99.3)	
Nivel socioeconómico			
Muy pobre	296 (6.5)	4751 (93.5)	<0.001
Pobre	47 (1.0)	4505 (99.0)	

Medio	17 (0.5)	3449 (99.5)	
Rico	13 (0.8)	2342 (99.2)	
Muy rico	2 (0.2)	1632 (99.8)	
Región natural de residencia			
Lima Metropolitana	2058 (0.7)	2073 (99.3)	<0.001
Resto Costa	4996 (0.6)	5025 (99.4)	
Sierra	5518 (1.5)	5589 (98.5)	
Selva	4107 (7.2)	4367 (92.8)	
Área de residencia			
Urbana	11669 (0.7)	11762 (99.3)	<0.001
Rural	5010 (5.8)	5292 (94.2)	
Parto no institucionalizado			
No	95 (0.6)	16102 (99.4)	<0.001
Sí	280 (29.3)	577 (70.7)	

^a El valor p fue calculado con la prueba de independencia chi cuadrado.

^b Los datos de la variable edad fueron resumidos como el promedio más su desviación estándar respectiva.

^c El valor p para la variable edad fue calculado usando la prueba T de Student para muestras independientes.

En la tercera tabla se observa los resultados del modelo de regresión bivariado. Con respecto al grado de instrucción se evidenció que aquellas mujeres que presentaron nivel educativo superior tuvieron 10% más de frecuencia de control puerperal en comparación con aquellas mujeres que no presentaron ningún nivel educativo (razón de prevalencias cruda, RPc: 1.10; IC95%: 1.02-1.20). Con relación al nivel socioeconómico, aquellas mujeres que pertenecían a un estrato socioeconómico alto presentaron mayor frecuencia de control puerperal en comparación a las mujeres que tenían un nivel socioeconómico muy pobre (razón de prevalencias cruda, RPc muy rico: 1.07; IC95%: 1.05-1.09). Respecto al área de residencia, aquellas mujeres que refirieron residir en un área rural presentaron 5% menos frecuencia de control puerperal con respecto a aquellas que vivían en un área urbana (razón de prevalencias cruda, RPc: 0.95; IC95%: 0.93-0.97). Por último, se observó que aquellas mujeres que reportaron haber recibido parto no institucionalizado presentaron 29% menos frecuencia de

atención puerperal en relación a aquellas mujeres que refirieron no haber recibido parto no institucionalizado (razón de prevalencias cruda, RPc: 0.71; IC95%: 0.65-0.78).

Tabla 3.

Asociación entre parto no institucionalizado y atención puerperal, modelo crudo

Características	Control puerperal		<i>p</i> ^a
	RPc	IC95%	
Edad (años)^b			
13-27	Ref.		
28-34	1.00	1.00-1.01	0.201
35-49	1.01	1.00-1.02	0.101
Grado de instrucción			
Ninguno	Ref.		
Primaria	1.05	0.97-1.14	0.258
Secundaria	1.10	1.01-1.19	0.029
Superior	1.10	1.02-1.20	0.020
Nivel socioeconómico			
Muy pobre	Ref.		
Pobre	1.06	1.04-1.08	<0.001
Medio	1.06	1.05-1.08	<0.001
Rico	1.06	1.04-1.08	<0.001
Muy rico	1.07	1.05-1.09	<0.001
Región natural de residencia			
Lima Metropolitana	Ref.		
Resto Costa	1.00	1.00-1.01	0.475
Sierra	0.99	0.99-1.00	0.061
Selva	0.94	0.91-0.96	<0.001
Área de residencia			
Urbana	Ref.		
Rural	0.95	0.93-0.97	<0.001
Parto no institucionalizado			
No	Ref.		
Sí	0.71	0.65-0.78	<0.001

Nota. R_{Pc} = Razón de prevalencias cruda. IC95% = Intervalo de confianza al 95%.
Ref. = Valor de referencia para la comparación con las categorías de interés de la variable analizada.

^a Los valores *p* fueron obtenidos mediante modelos lineales generalizados con distribución Poisson, enlace log y varianzas robustas.

^b Las edades de las encuestadas fueron categorizadas en tercios para mejorar el rendimiento del modelo de regresión.

En la última tabla se observa los resultados del modelo multivariado. Se evidenció que las mujeres que refieren haber recibido parto no institucionalizado presentaron 28% menos frecuencia de control puerperal en comparación con aquellas que reportaron no haber recibido parto no institucionalizado (razón de prevalencias ajustada, R_{Pa}: 0.72; IC95%: 0.66-0.79). Dicho estimado de asociación fue ajustado por las covariables edad, grado de instrucción, nivel socioeconómico, región natural de residencia y área de residencia.

Tabla 4.

Asociación entre parto no institucionalizado y atención puerperal, modelo multivariado

Características	Control puerperal		<i>p</i> ^a
	R _{Pa}	IC95%	
Edad (años)^b			
13-27	Ref.		
28-34	1.00	0.99-1.01	0.922
35-49	1.00	1.00-1.01	0.246
Grado de instrucción			
Ninguno	Ref.		
Primaria	1.03	0.97-1.10	0.384
Secundaria	1.04	0.97-1.11	0.250
Superior	1.03	0.97-1.10	0.339
Nivel socioeconómico			
Muy pobre	Ref.		
Pobre	1.01	1.00-1.02	0.013
Medio	1.01	1.00-1.02	0.004
Rico	1.01	1.00-1.02	0.135
Muy rico	1.01	1.01-1.02	0.001

Región natural de residencia

Lima Metropolitana	Ref.		
Resto Costa	1.01	1.00-1.02	0.001
Sierra	1.02	1.01-1.03	<0.001
Selva	0.98	0.96-0.99	<0.001

Área de residencia

Urbana	Ref.		
Rural	1.00	0.99-1.01	0.364

Parto no institucionalizado ^c

No	Ref.		
Sí	0.72	0.66-0.79	<0.001

Nota. RPa = Razón de prevalencias ajustada. IC95% = Intervalo de confianza al 95%.
Ref. = Valor de referencia para la comparación con las categorías de interés de la variable analizada.

^a Los valores p fueron obtenidos mediante modelos lineales generalizados con distribución Poisson, enlace log y varianzas robustas.

^b Las edades de las encuestadas fueron categorizadas en tercios para mejorar el rendimiento del modelo de regresión.

^c El modelo que incluye la variable exposición (parto no institucionalizado) fue ajustado por las covariables edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se confirma la hipótesis planteada acerca de que el parto no institucionalizado está asociado a una menor frecuencia de atención puerperal. Esto ya que aquellas mujeres que reportaron haber tenido un parto no institucionalizado presentaron 29% menos frecuencia de atención puerperal comparado con aquellas mujeres que refirieron haber tenido un parto institucionalizado (RPa: 0.72; IC95%: 0.66-0.79). No se encontraron estudios para poder comparar dicha asociación, por lo que este sería el primer estudio que la reporta. El presente resultado podría deberse a que en el parto no institucionalizado se omitiría información sobre la importancia del control puerperal, sin realizar de forma óptima el seguimiento. Se sugiere la realización de estudios similares que permitan la comparación de esta asociación. Además, se sugiere la ejecución de mejoras en políticas públicas que aumenten la cobertura del parto institucionalizado, especialmente en zonas de pobreza. Asimismo, se recomienda considerar a la frecuencia de atención puerperal un indicador anual que permita garantizar las metas de salud materna.

Dentro de las variables confusoras planteadas en este estudio se consideraron la edad, grado de instrucción, nivel socioeconómico, región natural de residencia y área de residencia. Se plantearon dichas covariables debido a que estas se evidenciaron en diversas investigaciones. Por ejemplo, el estudio realizado en el centro poblado de Kerguer, departamento de Lambayeque, incluyó todas las variables mencionadas anteriormente (Custodio-Marroquín, 2016).

En los diversos reportes de la ENDES, la frecuencia de parto no institucionalizado ha disminuido en comparación a los años anteriores. En el reporte oficial de la ENDES 2020 la frecuencia fue del 5,7%, siendo de 2,4% en zonas urbanas y del 16.1% en zonas rurales (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020). En el reporte de la ENDES 2019 se puede evidenciar que la frecuencia de parto no institucionalizado fue de 7,6% (Instituto

Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019), mientras que en el reporte de la ENDES 2018 fue del 7.3% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018). Sin embargo, la recolección de información de la ENDES 2020 durante los meses de marzo a julio fue por vía telefónica. Por lo tanto, las llamadas podrían no haber sido efectivas ya que la población que no fue seleccionada puede no haber contado con un teléfono. Sería importante que en las futuras ENDES se mejore el instrumento de la encuesta de tal manera que los estimados sean más precisos.

Por otro lado, la frecuencia de atención puerperal en los diversos reportes de la ENDES ha disminuido. En el reporte oficial de la ENDES 2020 la frecuencia de atención puerperal es de 78,1% antes de las 4 horas (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020). En el reporte de la ENDES 2019 se observa que la frecuencia de atención puerperal antes de las 4 horas fue del 79,5% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019), por último, la frecuencia de atención puerperal antes de las 4 horas en el reporte de la ENDES 2018 fue de 79,8%. Esta disminución al ser mínima, menor al 2%, significaría que no se ha presentado alteración de la atención puerperal durante la pandemia.

Los resultados obtenidos en el presente estudio servirían como evidencia científica para la mejora de políticas públicas en salud materna con el fin de aumentar la cobertura de la atención del parto institucionalizado especialmente en zonas rurales. Por otro lado, el presente estudio constituye un aporte científico para la realización de investigaciones que aborden la asociación del parto no institucionalizado y la atención puerperal. Finalmente, la investigación expone una asociación relevante en la salud materna, la cual permitirá comparar las diferencias en la atención del parto institucionalizado en los diversos sistemas de salud en el Perú y en otros países.

El presente estudio tiene limitaciones. Al ser un estudio secundario, puede no haberse incluido covariables de interés como la distancia del centro de salud al domicilio, tradición,

poca continuidad del personal de salud en el centro, soporte social o familiar, etc. Dichas variables se encuentran presentes en otros estudios como por ejemplo en el estudio realizado por Tarqui-Barreda (2005), en dicho estudio se determinó que uno de los factores asociados al parto domiciliario fueron la poca continuidad del personal de salud en el centro. Por lo tanto, estos cofactores podrían haber influenciado en las variables dependiente e independiente originando una confusión residual, es decir no se lograría controlar todos los factores de confusión. La siguiente limitación es debido al diseño del estudio. El presente estudio se basa en un diseño transversal; es decir, todas las variables fueron medidas al mismo tiempo, por lo que no se puede determinar causalidad. La tercera limitación que está presente en el estudio es debido al instrumento. Este puede generar sesgo de memoria ya que la encuestada podría olvidar el evento motivo de la pregunta; sesgo de aceptación social debido a que podría dar una respuesta falsa para que no sea juzgada por el encuestador; y sesgo de medición debido a que las preguntas pueden no haber sido adecuadamente planteadas para las variables de estudio. A pesar de estas limitaciones, el estudio cuenta con un tamaño de muestra lo suficientemente grande para demostrar una diferencia estadística robusta. Otra fortaleza es que el diseño muestral del estudio primario es representativo; es decir, la información obtenida se podría extrapolar a toda la población peruana.

VI. CONCLUSIONES

6.1 Se concluye que aquellas mujeres que recibieron parto no institucionalizado evidenciaron 29% menos de frecuencia de control puerperal en comparación con aquellas mujeres que recibieron parto institucionalizado.

6.2 Las variables confusoras incluidas en el estudio (grado de instrucción, nivel socioeconómico, área de residencia, etc.) no ejercieron un efecto en la asociación.

6.3 La frecuencia de control puerperal fue del 98%, esta se distribuyó de forma diferente según la región natural de residencia.

VII. RECOMENDACIONES

7.1 Estudios futuros deben validar los resultados mostrados en este trabajo mejorando las limitaciones presentadas.

7.2 Se recomienda que se realice estudio primario para recolectar con mayor precisión la información obtenida en este trabajo.

7.3 Se recomienda que el diseño de estudio sea una cohorte prospectiva para medir la temporalidad.

7.4 Corroborar la información del control puerperal brindada por la encuestada en las historias clínicas de los respectivos centros de salud.

7.5 Para evitar el sesgo de aceptación social, mejorar el planteamiento de la pregunta en la encuesta, de tal manera que se obtenga la suficiente confianza del entrevistador para la pregunta con relación al control puerperal.

7.6 Corroborar la información de tal manera que se puedan contrastar dichos datos brindados por la encuestada para evitar el sesgo de autorreporte.

VIII. REFERENCIAS

- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., y Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Revista Médica Herediana*, 22(4), pp. 159-160.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2011000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Avila, C. (2019). Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia*, 26(80), pp. 1-24. <https://www.redalyc.org/journal/105/10559568003/html/>
- Bezares, B., Sanz, O., y Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32, pp. 169-175. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Carrera, S. (2018). Intervención educativa para mejorar los conocimientos del autocuidado en puérperas. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 3(3), pp. 161-166.
<https://doi.org/10.35626/casus.3.2018.91>
- Cursino, T. P., y Benincasa, M. (2020). [Planned home birth in Brazil: A systematic review]. *Ciencia & Saude Coletiva*, 25(4), pp. 1433-1444. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
- Custodio, J. A. (2016). Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 9(3), pp. 164-168.
<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2016.93.112>
- Delgado, R. R. (2016). Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, pp. 2000 – 2015. *Repositorio de Tesis - UNMSM*.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4686>
- Geremew, A. B., Boke, M. M., y Yismaw, A. E. (2020). The Effect of Antenatal Care Service Utilization on Postnatal Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-analysis Study. *Journal of Pregnancy*, 2020, 7363242. <https://doi.org/10.1155/2020/7363242>

- Gutiérrez, M., y Velásquez, E. (2017). Morbimortalidad materna: Publicaciones presentadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(3), pp. 413-427. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322017000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Huapaya, J. C. (2021). Complicaciones maternas asociadas al parto domiciliario en mujeres peruanas: Un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2019. *Repositorio de Tesis - UNMSM*. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16076>
- INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019—Nacional y Regional. (2019). https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
- INS-Perú. Prioridades de Investigación en Salud. (2019). <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>
- López, L., Vereau, D., y Távara, L. (1996). Factores que determinan el uso de anticonceptivos en madres adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 42(2), 48-52. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v42i1795>
- Malmir, M., Boroojerdi, N. A., Masoumi, S. Z., y Parsa, P. (2021). Factors affecting postpartum infection: A systematic review. *Infectious Disorders Drug Targets*. <https://doi.org/10.2174/1871526521666211129100519>
- Martín, R. (2016). *Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio*. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/676327>
- MINSA-Perú: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.(2013). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
- Montenegro, R. (2020). Complicaciones obstétricas durante puerperio mediano, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el hospital de Vitarte, año 2018. *Repositorio Institucional - URP*. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3379>

- Parekh, N., Jarlenski, M., y Kelley, D. (2018). Prenatal and Postpartum Care Disparities in a Large Medicaid Program. *Maternal and Child Health Journal*, 22(3), pp. 429-437.
<https://doi.org/10.1007/s10995-017-2410-0>
- Ramírez, H. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en gestantes peruanas: Un disparo en silencio. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14, 107-108. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1193>
- Tarqui M, C., y Barreda G, A. (2005). Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 22(2), 109-116. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v22n2/a05v22n2.pdf>
- Thiel de Bocanegra, H., Braughton, M., Bradsberry, M., Howell, M., Logan, J., y Schwarz, E. B. (2017). Racial and ethnic disparities in postpartum care and contraception in California's Medicaid program. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), pp. 47-48.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.040>
- Vargas, M. I. (2017). Factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en un hospital general, Perú—2016. *Repositorio de Tesis - UNMSM*.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6165>
- Weldegiorgis, S. K., y Feyisa, M. (2021). Why Women in Ethiopia Give Birth at Home? A Systematic Review of Literature. *International Journal of Women's Health*, 13, pp. 1065-1079.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S326293>
- Wouk, K., Morgan, I., Johnson, J., Tucker, C., Carlson, R., Berry, D. C., y Stuebe, A. M. (2021). A Systematic Review of Patient-, Provider-, and Health System-Level Predictors of Postpartum Health Care Use by People of Color and Low-Income and/or Uninsured Populations in the United States. *Journal of Women's Health (2002)*, 30(8), pp. 1127-1159.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8738>

Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S., y Mori, R. (2017). Schedules for home visits in the early postpartum period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD009326.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub3>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Existe asociación entre la atención del parto no institucionalizado o y la realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS : ¿Cuáles son las características sociodemográficas, lugar del parto, la atención del parto no institucionalizado o y la frecuencia de realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de realización del control puerperal según las características sociodemográficas y el lugar del parto?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la asociación entre la atención del parto no institucionalizado y la realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS: Identificar las características sociodemográficas, lugar del parto, la atención del parto no institucionalizado y la frecuencia de realización del control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia.</p> <p>Determinar la frecuencia de realización del control puerperal según las características sociodemográficas y el lugar del parto.</p>	<p>La atención del parto no institucionalizado está asociado a una menor frecuencia de control puerperal en mujeres residentes en Perú en el año 2020 dentro del contexto de la pandemia</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE : Realización de control puerperal.</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Atención del parto no institucionalizado.</p> <p>COVARIABLES Edad Nivel de riqueza Grado de instrucción Área de residencia Región natural</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION: Estudio retrospectivo, transversal y observacional de tipo analítico basado en la información de la ENDES 2020</p> <p>POBLACION: Mujeres en edad fértil que han tenido hijos encuestadas durante el año 2020</p> <p>MUESTRA: 17054 mujeres en edad fértil que han tenido hijos residentes en Perú encuestadas durante el año 2020</p> <p>INSTRUMENTOS: Encuesta de mujeres en edad fértil. Cuestionario del hogar</p> <p>ANALISIS DE DATOS: ANALISIS DESCRIPTIVO: Frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión. ANALISIS BIVARIADO: Prueba chi-cuadrado. Prueba U de Mann-Whitney. Estadísticamente significativo si P menor 0.05 ANALISIS MULTIVARIADO: Razones de prevalencia estimados con modelos lineales generalizados con distribución Poisson, enlace log y varianza robusta.</p>

Anexo B. Operacionalización de variables

- Variable dependiente

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO VARIABLE	DE	CATEGORIZACION O DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTA (EN ENCUESTA)
Realización de control puerperal	Cualitativa		0: Sí 1: No	Haber recibido un chequeo o revisión médica luego del parto	¿Después del parto tuvo algún chequeo o revisión médica?

- Variable independiente

VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO VARIABLE	DE	CATEGORIZACION O DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTA (EN ENCUESTA)
Atención del parto no institucionalizado	Cualitativa		11: Domicilio 12: Casa de la partera	Parto atendido fuera de un establecimiento de salud.	¿En qué lugar dio a luz?

- Covariables

COVARIABLES	TIPO VARIABLE	DE	CATEGORIZACION O DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTA (EN ENCUESTA)
Región natural	Cualitativa		1: Lima metropolitana 2: Resto de la costa 3: Sierra 4: Selva	Región que pertenece la persona encuestada.	Región natural
Área de residencia	Cualitativa		0: Urbano 1: Rural	Área geográfica de residencia donde se encuentra la vivienda entrevistada	Área de residencia
Edad	Cuantitativa		Edad en años	Número de años cumplidos que presenta la encuestada.	¿Cuántos años cumplidos tiene?
Grado de instrucción	Cualitativa		0: Inicial/Pre-escolar 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior no universitaria 4: Superior universitaria 5: Postgrado	Nivel educativo más alto aprobado por la encuestada	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?
Índice de riqueza	Cualitativa		1: El más pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Más rico	Permite conocer la riqueza con que cuenta el hogar	Índice de riqueza

