

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PRESENTADAS EN
PARTOS DOMICILIARIOS ATENDIDOS POR PARTERAS
EN LA COMUNIDAD INDÍGENA DE MEGANTONI,
PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN - CUSCO 2017- 2019**



**PRESENTADO POR
LIA VEXABE NAPA LÉVANO**

ASESOR

VERÓNICA GIANNINA MORÁN RODRÍGUEZ

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA – PERÚ

2022



**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 cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

TRABAJO ACADÉMICO

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS PRESENTADAS EN PARTOS
DOMICILIARIOS ATENDIDOS POR PARTERAS EN LA COMUNIDAD
INDÍGENA DE MEGANTONI, PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN -
CUSCO 2017- 2019**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**PRESENTADO POR:
LIA VEXABE NAPA LÉVANO**

**ASESOR:
Dra. Obst. VERÓNICA GIANNINA MORÁN RODRÍGUEZ**

LIMA, PERÚ

2022

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS PRESENTADAS EN PARTOS
DOMICILIARIOS ATENDIDOS POR PARTERAS EN LA COMUNIDAD INDÍGENA
DE MEGANTONI, PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN - CUSCO 2017- 2019**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Dra. Obst. VERÓNICA GIANNINA MORÁN RODRÍGUEZ

Miembros del jurado:

Presidente: Dr. Iván Martín Vojvodic Hernández

Secretario: Mg. Rossana Beraniza Ruíz Vásquez

Vocal: Mg. María del Pilar Cotrina Cáceres

DEDICATORIA

A Dios por la paciencia concedida.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la paciencia concedida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	11
2.1. Diseño metodológico.....	11
2.2. Población y muestra.....	11
2.3. Criterios de selección.....	12
2.4. Técnicas de recolección de datos	12
2.5. Técnicas estadísticas para el proceso de la información	12
2.6. Aspectos éticos.....	13
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSIÓN.....	19
V. CONCLUSIONES	24
VI. RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
VII. ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Total de Partos presentados en la comunidad indígena de Megantoni, la Convención-Cusco, 2017 al 2019.....	14
Tabla 2. Total de Partos domiciliario atendidos por parteras en la comunidad indígena Megantoni, la Convención-Cusco, 2017 al 2019.....	15
Tabla 3. Distribución de Partos domiciliario atendidos por parteras, por etapa de Vida en la comunidad indígena Megantoni, la convención-Cusco, 2017 al 2019.....	16
Tabla 4. Distribución de Partos domiciliario atendidos por parteras, según grado de Instrucción en la comunidad indígena Megantoni, la Convención-Cusco, 2017 al 2019.....	17
Tabla 5. Complicaciones obstétricas presentadas en partos domiciliario atendidos por parteras en la comunidad indígena Megantoni, la Convención-Cusco, 2017 al 2019.....	18

RESUMEN

Objetivo: Identificar las complicaciones obstétricas presentadas en partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019. **Método:** El diseño fue un estudio de Descriptivo retrospectivo relacionado las complicaciones obstétricas y los partos domiciliarios atendidos por parteras. **Resultados** Se encontró que 55.9 % fueron partos domiciliarios, el 70.7 % fueron partos domiciliarios atendidos por parteras, el 52.1 % fueron jóvenes, el 73.4 % con grado de instrucción primaria que optaron por parto domicilio y las complicaciones obstétricas que presentaron son: Desgarro del canal del parto 56.3%, infección en el puerperio 14.6%, retención de placenta 8.3%, restos de placentarios 18.8% y hemorragia posparto 2%. **Conclusiones** El 51 % de los partos domiciliarios atendidos por parteras presentaron complicaciones obstétricas, siendo los más frecuente con 56.3 % desgarro del canal del parto, y 18.8 % retención restos placentarios y en menor porcentajes infección puerperal, hemorragia posparto, retención de placenta.

Palabras claves: parto domiciliario, parteras.

ABSTRACT

Objective: To identify the obstetric complications presented in home births attended by midwives in the indigenous community of Megantoni, province of the convention - Cusco, in the years 2017-2019. **Method:** The design was a retrospective descriptive study relating obstetric complications and home births attended by midwives. **Results:** It was found that 55.9% were home deliveries, 70.7% were home deliveries attended by midwives, 52.1% were young, 73.4% with a primary education degree who opted for home delivery and the obstetric complications they presented are: Tear of the canal delivery 56.3%, postpartum infection 14.6%, retained placenta 8.3%, placental remains 18.8%, and postpartum hemorrhage 2%. **Conclusions:** 51% of home deliveries attended by midwives presented obstetric complications, the most frequent being 56.3% tearing of the birth canal, and 18.8% retention of placental remains and in lower percentages puerperal infection, postpartum hemorrhage, retention of the placenta. **Keywords:** home birth, midwives.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad alrededor de 830 mujeres fallecen en el mundo por causas que pueden ser evitadas. En los países en pleno desarrollo llevan consigo un alto porcentaje de mortalidad materna, y de estos países el mayor porcentaje de muertes se encuentran en zonas rurales y en comunidades más alejadas y pobres¹.

En el mundo más de 2 millones de recién nacidos fallecieron y otros 2,6 millones nacieron muertos y aproximadamente unas 303 000 mil defunciones de mujeres durante el tiempo de embarazo, parto o post parto. En la práctica, en los países en desarrollo ocurren la mayoría de muertes, donde la atención materna oportuna antes, durante y después del parto puede evitar la muerte de mujeres embarazadas y de los recién nacidos².

En los sistemas de salud de los países se destaca el conocimiento de la prevención y el tratamiento oportuno de las complicaciones maternas que puede presentar las mujeres. Dado que todas tienen el derecho de tener acceso a una atención prenatal durante la gestación, parto y post parto. La salud materna y neonatal está estrechamente vinculada. Es de suma importancia que todos los partos que se produzcan sean atendidos por profesionales de la salud capacitados, dado que la atención y la respuesta oportuna y precoz ante una emergencia hace la diferencia entre la vida y la muerte para la mujer y el niño³.

El riesgo de mortalidad que una mujer puede presentar a lo largo de su vida está relacionado con la maternidad, es decir, que de 1 en 4900 embarazos puede ocurrir la muerte de una mujer en los países desarrollados a comparación de 1 en 180 en países en pleno desarrollo, sabiendo que las mujeres de los países en pleno desarrollo sobrepasan el número de gestaciones a diferencia de las mujeres de los países desarrollados, por lo tanto, las mujeres cargan una mayor probabilidad de presentar una muerte materna sea en el transcurso del embarazo, en el momento del parto o después del parto. En los países denominados como estados vulnerables el riesgo de muerte es aún mayor de 1 por 54 embarazos, lo que confirma las extremas desigualdades que existen en los sistemas de salud en el mundo^{2,3}.

En las zonas rurales, pobres y alejadas, las mujeres son las que tienen menor opción de recibir y/o acceder a una atención de salud oportuna, moderna y de calidad. Esto se da frecuentemente en algunas regiones que carecen de profesionales de la salud. Aunque la asistencia a la atención prenatal ha crecido en muchas partes del mundo durante los últimos años, a menudo solo una tercera parte de las mujeres del tercer mundo pueden acudir a una atención adecuada durante la etapa concepcional. Lo cual da a entender que millones de partos alrededor del mundo no son atendidos por personal de la salud. Existen varios factores que son obstáculos para que las mujeres no puedan recibir o buscar atención durante el embarazo y el parto, tales como: la pobreza/extrema pobreza, el desempleo, el bajo grado de instrucción, la falta de información, la distancia, la inexistencia de servicios adecuados, las prácticas culturales/costumbres ancestrales. Para garantizar que se mejore la atención en salud

materna primero hay que identificar y eliminar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud materna con calidad en todos los niveles de atención del sistema de salud^{2,3}.

En los países en desarrollo, la OMS refiere que alrededor del 40% de los partos ocurridos son atendidos en el domicilio de la gestante, con la inasistencia del personal de salud calificado. Por ello, promueve la "atención materna especializada a todos los partos" con el propósito de disminuir las altas cifras de 536.000 muertes maternas y de más de 3 millones de muertes de recién nacidos que se registran en el mundo. La población en general cada vez toma conciencia y se concientiza en la importancia de optar por una atención de parto óptimo por personal sanitario, y teniendo en cuenta que para el progreso de un país hay documentos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio^{4,5}.

Aproximadamente 50 millones de partos ocurridos en el domicilio de la gestante, no contaron con personal de la salud, lo que alcanza a un 37%. En los países desarrollados la cobertura en la atención de parto alcanza el 99%, a diferencia del 60% que obtuvieron en los países en desarrollo, siendo África Oriental que alcanzó el 34%⁴.

Nuestra realidad actual en el mundo es que la prestación de los servicios de salud es de baja calidad en especial en muchos países en vías de desarrollo, y esta realidad afecta a las zonas más alejadas habitadas por pueblos indígenas, donde los factores geográficos y hasta climáticos muchas veces dificultan que la población indígena accedan a una atención de salud oportuna y temprana debido a la distancia en la que se encuentran, siendo una zona amazónica, el medio de transporte es vía fluvial, donde no existe carretera, son unas de las causas. Incluso existiendo leyes que indican

que la prestación en salud es gratuita; en la práctica, realmente no se da, esto implica gastos para el traslado o movilización, la pérdida de días de trabajo, hospedaje por días o semanas, llevar consigo a hijos menores por no haber con quien dejarlos y que dependen del paciente, medicamentos restantes y alimentación, todo esto afecta a la economía de los pacientes y se convierte en una verdadera amenaza para poder acceder a una atención primaria, oportuna⁶.

En el territorio peruano la población indígena amazónica conforma uno de los varios grupos humanos étnicos más olvidados y vulnerados por el Estado. La salud de los pobladores indígenas se ve afectada por varios factores asociados, entre ellos, la extrema pobreza, la desnutrición, el bajo nivel educativo, los cambios en sus patrones de asentamiento poblacional, alteración de su hábitat, el desempleo, la falta de servicios de saneamiento básico, la falta de oportunidades en todos los aspectos y sus costumbres/creencias entre otros. Haciendo que estos factores presentes colabora en su situación de población vulnerable, por lo tanto, esto conlleva a cada año aumentar la mortalidad y morbilidad materna de los pueblos indígena amazónica, por la misma razón, y teniendo en cuenta lo desfavorable de su situación, la población indígena ha desarrollado durante muchos años atrás, sobre la base de su experiencia y la relación directa con la naturaleza, conocimientos, prácticas y costumbres para conservar su salud, donde su única alternativa siendo la medicina tradicional les ha permitido sobrevivir hasta tiempos actuales. Por otro lado, tanto su identidad como población indígena y su lengua originaria materna como sus variadas culturas y costumbres hacen que tengan un concepto de salud relativo y adquiera un significado particular, por ello, que es deber del Estado respetar, entender y valorar para de esta manera

adaptar su oferta de salud a las diversas características culturales y étnicas existentes en el Perú⁷.

Un gran número de mujeres mueren por presentar alguna complicación que se producen durante el tiempo de embarazo, el parto o post parto, así como otras afecciones están presentes desde antes del embarazo, y se complican en ese periodo, especialmente si no se llegan a tratar como parte de la atención de salud a la mujer. Las principales complicaciones que causan muertes maternas, son: las hemorragias (mayormente después del parto); las infecciones puerperales (generalmente post parto); hipertensión gestacional (preeclampsia -eclampsia). Las demás complicaciones están ligadas a otras enfermedades, una de ellas la infección por VIH y la presencia de TBC en el embarazo⁸.

Por lo tanto, el parto que es atendido en domicilio sin personal de salud, actualmente todavía es considerado como un problema de salud con mayor énfasis en las mujeres indígenas que no valoran por desconocimiento y por su idiosincrasia, la importancia de acudir y de realizar controles periódicas y oportunas durante el embarazo, además del riesgo que acarrea el binomio madre e hijo durante el trabajo de parto al ser atendido por parteras en su domicilio; siendo solo algunos de los factores que determinan el riesgo de muerte; el grupo étnico, la edad, la paridad, el bajo nivel educativo, la desnutrición, el abandono familiar, la idiosincrasia, el factor socioeconómico, la multiparidad, el parto en domicilio, complicaciones neonatales, las patologías que se desarrolla durante el embarazo y la distancia entre el domicilio de la gestante y el establecimiento de salud⁹.

De los 238 partos ocurridos en la comunidad indígena de Megantoni del año 2017 al 2019; 105 partos fueron atendidos en un establecimiento de salud y 133 partos fueron atendidos en domicilio; de estos, 39 fueron atendidos por personal de salud y 94 partos fueron atendidos por parteras¹⁰.

Por lo antes expuesto, y considerando la realidad de las complicaciones obstétricas asociadas a partos domiciliario atendidos por parteras en la comunidad indígenas de Megantoni, Provincia La Convención, Cusco en los años 2017 al 2019, se planteó el siguiente problema de investigación.

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas presentadas en los partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019?

Objetivo General:

Identificar las complicaciones obstétricas presentadas en partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019.

Se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Determinar el porcentaje de partos domiciliarios en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019
- Identificar el porcentaje de partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019

Es importante la realización de estos estudios ya que existen comunidades que actualmente subsisten en una situación de desventaja y vulnerabilidad en relación con la población mestiza y con otros grupos poblacionales más cercanos a la cultura imperante. Las evidentes desigualdades y las inequidades económicas, políticas y de salubridad se reflejan cruelmente en algunos aspectos como la situación real y deplorable que afectan a las demás condiciones de vida, de salud y bienestar.¹¹ Existen datos reales en el Perú que aproximadamente 72 grupos étnicos (65 en la región Amazónica, y 7 en la región andina), que habitan en el territorio y que están distribuidos en 14 grupos etnolingüísticas; que en su mayoría, estos grupos poblacional están conformados por comunidades campesinas (5 069 en la región andina) y comunidades indígenas (961 en la región Amazónica). Existen también en el Estado pueblos indígenas denominados en situación de "contacto inicial" o de "aislamiento voluntario". Desde luego, las poblaciones étnicas por su subsistir son siempre movibles y dispersas, y resulta en ocasiones tedioso saber quién es indígena y quién no lo es¹. Se calcula que alrededor del 40% del total de los habitantes corresponde a población indígena amazónica en el Perú¹².

El estado cuenta con objetivos para el desarrollo y estrategias que existen para reducir la pobreza, lo cual no son tomados en cuenta en la práctica, en la identidad, en la costumbre, en la cultura y en la cosmovisión de los pueblos indígenas amazónicos, su derecho a la auto denominación, a controlar y preservar sus recursos naturales y sus territorios, llegan a tener un concepto propio de la salud. Donde la presencia de pobreza extrema es desmedida en los grupos indígenas, en relación con los grupos no indígenas y va acompañada de varios factores desfavorables, como el

analfabetismo, la discriminación, la deserción escolar, la ausencia de tecnología, el desempleo, la falta de oportunidades, la falta de acceso a los programas sociales, las violaciones de derechos, la falta de identidad, los conflictos armados, el deterioro ambiental y el narcotráfico¹³.

Se debe seguir trabajando en las estrategias para llegar a disminuir las desigualdades en la calidad de los servicios de salud materno neonatal, de tal modo, que se logre cobertura en cada jurisdicción a las gestantes y recién nacidos¹⁴. Se exhorta a implementar y fortalecer en logística y recurso humano en el primer nivel de atención de salud¹⁵. Finalmente se requiere de manera inmediata que el estado priorice dentro de las políticas, la mejora de la calidad de salud materna y neonatal; y el equipo multidisciplinario de salud debe seguir sensibilizado y comprometido para lograr continuamente una mejora en los servicios de salud de la población en general^{1,16,17}.

Alrededor de 300 a más muertes maternas se llegaron a producir en el año 2016, lo que resulta un acontecimiento real muy importante, en los últimos 20 años, no se registraba un menor número de muertes maternas^{18,19}. Una de las estrategias más relevante e importante ha sido el incremento del parto institucional como medida para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna neonatal, donde en el proceso del embarazo, parto y post parto, es donde mayormente se presenta complicaciones que posteriormente puede terminar en muerte materna²⁰. Según datos previos del INEI en el mismo año la proporción de parto institucional a nivel nacional sería de 91,9%^{3,21}.

Para la presente investigación no se presentó ninguna limitación ni obstáculo, por lo tanto, los datos son veraces, recogidos los datos del mismo lugar de los hechos y con las personas involucradas.

Bula Romero et al., J. "Mortalidad Materna en la gestante Wayúu de Uribia", Colombia 2016. Estudio descriptivo, el objetivo conductas de la mortalidad materna. Los resultados fueron; El no acceso a los sistemas de salud, las tradicionales culturales, la edad de la gestante, son factores que ocasionan los casos de morbilidad y mortalidad materna y esto refleja la vulnerabilidad que acarrear los pueblos indígenas. Se concluyó que la causa principal de mortalidad materna fue la hemorragia post parto, donde el parto domiciliario realizadas por "algún familiar" fue un factor desencadenante para presentar complicaciones²².

Méndez-González R., "Comparación entre los sistemas de salud hospitalario y tradicional frente a la atención del parto", Mérida - México 2017, Estudio transversal. Conformada por 205 mujeres de parto vaginal. Sus resultados: los ambos sistemas presentaron cifras similares de complicaciones, predominando en el sistema las complicaciones neonatales y en el hospitalario, las maternas²³.

Ventura, "Prácticas del parto seguro de las comadronas capacitadas", Guatemala 2017; su estudio fue prospectivo de grupo, población 5418 mujeres de parto en domicilio atendido por parteras. Sus resultados: 83.4% se trasladaron antes del parto y 12.1% fueron trasladadas al hospital durante el parto o posparto. El 1.3% fueron referidos al hospital por hemorragia materna, (0.5%) por retención de placenta y (0.6%) por problemas respiratorios del recién nacido. Donde el 3.4% de los partos domiciliarios fueron referidos al hospital por presentar complicaciones. El traslado de mujeres primíparas fue triplicado (25.1%) en comparación de (6.3%) de mujeres multíparas²⁴.

Huanco. Et al “factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú”, Perú 2016; Estudio epidemiológico, analítico, utilizando información de la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud (ENDES) y del Sistema Informático Perinatal (SIP) de hospitales de Ministerio de Salud, Se incluyó a mujeres con gestación mayor a 28 semanas. Sus resultados fueron: Que uno de los factores de riesgo para la mortalidad perinatal fue el parto domiciliario (OR=1,8)²⁵.

Mendoza. Et al “Características y prevalencia de partos domiciliarios en un Distrito Rural de la sierra del Perú”, Perú 2018; estudio observacional de diseño de casos y controles, 46 casos de partos domiciliarios y 100 controles de partos institucional. Sus resultados: De 558 partos 49 (8,7%) fueron domiciliarios, donde la edad promedio fue de $25,3 \pm 6,4$ años; en el análisis multivariado encontró que: no tener ningún control prenatal [OR=12,2]; tener antecedente de parto domiciliario [OR=4,5]; vivir a una distancia > de 90 minutos [OR=3,2]; y tener una captación tardía de a gestante, son factores de riesgo para tener un parto domiciliario²⁶.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

Enfoque cuantitativo. Tipo de investigación descriptiva, retrospectivo, observacional y transversal. El diseño de la investigación es Descriptivo Transversal.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

Total de 133 partos atendidos en domicilio en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019.

2.2.2. Muestra

Por ser una muestra pequeña se trabajó con toda la población con los criterios de inclusión de partos a término, domiciliarios y atendidos por parteras, parto vaginal único y que hayan acudido por emergencia y hayan sido evaluadas durante el control de puerperio. Siendo la muestra de 94 partos domiciliario atendidos por parteras.

2.3. Criterios de selección

- Mujeres de parto vaginal único, espontáneo y atendido en domicilio por parteras ocurrido entre los años 2017 al 2019, que presentaron complicaciones obstétricas.

2.4. Técnicas de recolección de datos

Se obtuvo la relación de partos domiciliarios de los registros de partos que cuenta el establecimiento de salud del año 2017 al 2019, una vez obtenida la relación se procedió a buscar en sus domicilios, siendo un pueblo muy pequeño fue fácil ubicarlas, y con el permiso verbal de cada una de ellas se realizó una encuesta con preguntas cerradas a aquellas mujeres que cumplía con los criterios de inclusión mencionando si presentó alguna complicación obstétrica durante su atención de parto en domicilio atendido por partera, posterior a ello, para su verificación se corroboró de fuentes secundarias como historias clínicas la información brindada de cada una de las mujeres encuestadas, accediendo a dichas fuentes ya que la investigadora era responsable y trabajadora del establecimiento de salud en los años de investigación.

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Fueron procesados los datos en el sistema informático, contando con una base de datos lo cual fue ingresado los resultados creada por la computadora en el programa SPSS (Statistical package for social sciences) v25.0

Para el análisis descriptivo, para la variable cualitativa como; Infección puerperal, desgarro del canal del parto, retención de placenta, retención de restos placentarios, hemorragia uterina; se determinó y porcentajes.

Se analizó si las complicaciones obstetricas con los partos domiciliario atendidos por parteras tienen significado estadístico mediante cálculo de intervalo de confianza (IC) al 95 %.

La presentación de los resultados y el análisis de la información se realizó a través de tablas de contingencia, expresando los resultados en porcentajes. El método de análisis que se utilizó es el de asociación de criterios o también llamado Chi cuadrado, cuyo nivel de significancia se consideró un valor $P < 0.005$ significativo.

2.6. Aspectos éticos

Se buscó en la presente investigación el respeto a las personas que participaron, el bien para lograr el máximo beneficio de la población, y con ello ayudar a reducir todo tipo de daño físico y mental, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención en la población femenina, contando con el consentimiento y aprobación de cada encuestada y autoridades correspondientes.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Partos presentados en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017 al 2019.

Partos	Nº	%
Partos Institucionales	105	44.1
Partos Domiciliarios	133	55.9
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1, se observa que del total de partos presentados (238), el 55.9 % han sido domiciliarios a diferencia de 44.1 % de partos atendidos de forma institucional.

Tabla 2. Partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017 al 2019.

Partos domiciliarios	Nº	%
Partos domiciliarios atendidos por personal de salud	39	29.3
Partos domiciliarios atendidos por Partera	94	70.7
Total	238	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2, se observa que del total de partos domiciliario (94), el 70.7 % fue atendido por parteras, lo que se encontró con mayor porcentaje a diferencia de los partos domiciliarios atendidos por personal de salud que solo alcanzo el 29.3%.

Tabla 3. Distribución de Partos domiciliarios atendidos por parteras, según etapa de vida en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017 al 2019.

Etapa de vida	Nº	%
Adolescentes (12-17)	8	8.5
Joven (18-29)	49	52.1
Adulto (30-59)	37	39.4
Total	94	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3, se observa que la mayor proporción de partos domiciliario atendidos por parteras (94) se encuentran dentro de la etapa de vida Joven 52.1 % y en menor proporción se encuentra en la etapa de vida adolescente con 8.5 %.

Tabla 4. Distribución de Partos domiciliario atendidos por parteras según grado de instrucción en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017 al 2019.

Grado de instrucción	Nº	%
Primaria	69	73.4
Secundaria	13	13.8
Superior	3	3.2
Analfabeta	9	9.6
Total	94	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4, Se observa que la mayor proporción de partos domiciliario atendidos por parteras se encuentran con grado de instrucción nivel primaria (73.4 %).

Tabla 5. Complicaciones obstétricas presentadas en partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017 al 2019.

Complicaciones Obstétricas	Nº	%
Infección puerperal	7	14.6
Desgarro del canal del parto	27	56.3
Retención de placenta	4	8.3
Retención de restos placentarios	9	18.8
Hemorragia obstétrica	1	2
Total	48	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5, Se observa que el mayor porcentaje de complicaciones obstétricas que presentaron fue desgarro del canal del parto con 56.3 %, seguido de retención de restos placentarios con 18.8 %.

IV. DISCUSIÓN

En relación con el porcentaje de partos se encontró que el 55.9 % fue atendido en domicilio. Este resultado permite afirmar que los partos domiciliarios están en incremento^{10,21}; por tanto, el riesgo es mayor de presentar alguna complicación obstétrica o mortalidad materno – perinatal, provocando la demanda en atenciones en los servicios de emergencia y hospitalización, así mismo como saturar el sistema de referencia de los establecimientos de salud de la provincia de La Convención.

Mendoza G. Et al.²⁷ indica que los partos domiciliarios representan un 12.5 % del total de todos los partos y de estos el 39.3 fueron de familias en extrema pobreza, lo cual estos datos revelan una enorme desigualdad en las zonas rurales del Perú.

Con respecto al porcentaje de partos domiciliarios, se encontró el 70.7 % fue atendido por partera. Donde indica que el parto en domicilio fue el lugar elegido por las gestantes, aquella decisión podría tener origen por las experiencias vividas de sus familiares, donde el calor de hogar de las gestantes hace crecer la seguridad en ella que todo saldrá bien, además de la compañía que le brinda sus familiares más cercanos para el proceso de parto y post parto le generan un ambiente de protección y que es valorada por mujeres indígenas. Sin embargo, el riesgo es mayor si la mujer

embarazada elige por segunda vez un parto en domicilio, en comparación con las mujeres que eligieron por primera vez un parto institucional¹.

Al igual que lo encontrado por Bula Romero J.²² “Señalan que las prácticas tradicionales y la escasa asistencia a los servicios de salud son factores que mayormente aumenta la morbilidad materna en los pueblos indígenas”, este resultado permite afirmar que las prácticas tradicionales realizadas por parteras en la atención de parto en domicilio, como la ingesta de alguna hierba y/o brebaje al momento de presentar alguna complicación y no la ingesta de medicamentos aumenta el riesgo de morbilidad y hasta presentar mortalidad materna.

En relación con la etapa de vida mujer, encontramos que el 52.1 % corresponde a la etapa joven, etapa con mayor porcentaje en la atención de parto domiciliario atendido por partera. Se podría decir que en promedio las mujeres indígenas como parte de su cultura e idiosincrasia tienen muchos más embarazos, que empiezan desde la adolescencia extendiéndose en la juventud e incluso hasta la adultez, por lo que en toda la etapa de vida aumenta el riesgo de presentar alguna morbilidad o incluso la muerte siendo está relacionada con el embarazo¹².

En relación con el grado de instrucción, encontramos que predomina el 73.4 % de mujeres con nivel primaria con parto domiciliario atendido por partera. Cabe resaltar que la salud de los integrantes de los pueblos indígenas se ve afectada por varios factores, entre ellos la alteración de su hábitat, la pobreza extrema, la desnutrición, los embarazos a mitad de la adolescencia, el bajo nivel educativo, la población dispersa y excluida la falta de servicios de saneamiento básico, los cambios en asentamiento poblacional, entre otros. Donde las mujeres empiezan desde edad temprana a formar

familia por costumbre y/o cultura, por ello la demanda del número de hijos, lo cual le impide seguir asistiendo a estudiar y dedicarse al hogar y a los hijos. Por otro lado, su identidad y su lengua materna originaria como sus diferentes culturas y costumbres crean un concepto aparte de salud con un significado particular, que siendo una realidad cruel, es función y deber del Estado respetar y valorar su cultura e implementar su oferta a las características culturales que existen en el Perú⁷.

Mendoza G. Et al.²⁶ demuestra que el 56.5 % de 46 partos ocurridos en domicilio tenían grado de instrucción primaria.

En relación a la presencia de complicaciones obstétricas, el mayor porcentaje fue desgarro del canal del parto con 56.3 %, retención de restos placentarios con 18.8 %, Infección puerperal con 14.6 %, retención de placenta con 8.3 % y hemorragia obstétrica con 2 %. Hasta nuestra actualidad el parto atendido en domicilio se mantienen como un problema de salud, siendo la más vulnerada las mujeres indígenas que desconocen la importancia de realizarse controles continuamente, el riesgo que puede presentar la gestante y el bebé durante el trabajo de parto al ser atendido por parteras en el domicilio; siendo el grupo étnico, la edad de la gestante, factor socioeconómico, la multiparidad, el parto en domicilio, complicaciones neonatales, las patologías que se presenta durante el embarazo, el tiempo que se demora la gestante desde su domicilio hasta llegar a un establecimiento de salud, entre otros, habiendo un manajo de factores que pone en riesgo a la población indígena en general⁹. Donde muchas veces el factor geográfico y climático dificultan que los pueblos indígenas tengan acceso a los servicios de salud debido a la distancia, y por lo mismo de las zonas su único vía de comunicación es el transporte fluvial donde las familias no cuenta

con movilidad propia o en ocasiones están en mal estado, y con respecto al factor climático por su naturaleza suele tener temporadas de intensas lluvias siendo peligroso navegar en sus aguas por la incidencia de ahogamientos, entre otros, son algunas de las causas externas. Incluso existen leyes que mencionan que la prestación de salud a pueblos indígenas es gratuita; esto difiere con la práctica del día a día, donde implica grandes gastos al momento de traslado o movilización, alimentación en el traslado, hospedaje incluso por días, atención al acompañante, subsistencia de las personas que dependen del enfermo, medicamentos restantes y la pérdida de días laborales, todo esto representa una amenaza para la población en tener acceso a la atención primaria y a la economía de los pacientes⁶. Para seguir mejorando la calidad en la atención de los servicios de salud materna la tarea es primero conocer y luego erradicar de manera progresiva las barreras que impiden tener acceso a los servicios de salud materna de calidad en todos los niveles de atención del sistema de salud. Sabemos que la prestación de servicios de salud es de baja calidad en algunos países, pues esta situación tiende a empeorarse en las regiones habitadas por pueblos indígenas. Donde las mujeres indígenas tienen menor probabilidad de recibir una atención de salud oportuna y adecuada. Esto a su vez confirma que en muchas regiones del país son escasos los profesionales de la salud que trabajan¹.

El personal sanitario o personal de la salud, puede realizar la atención materna y neonatal del primer nivel en el domicilio de la mujer o en un centro hospitalario, siempre y cuando no se presente ninguna complicación letal durante el embarazo, el parto o el puerperio. En caso de que se presente alguna complicación y sienta que la paciente necesita otro tipo de tratamiento y respuesta, tiene la decisión en sus manos de

trasladar a la paciente a un hospital de mayor complejidad donde se le preste la atención requerida⁵. Por ello durante muchos años atrás los pueblos indígenas han desarrollado a base de su experiencia y la relación directa con la naturaleza, conocimientos y prácticas para conservar su salud, donde la medicina tradicional les ha permitido subsistir hasta tiempos actuales⁶.

Al respecto Ventura V.²⁴ observó que las mujeres que dieron parto en domicilio fueron referidas a un hospital durante el parto o el posparto por hemorragia materna, (0.5%) por retención de placenta y (0.6%)”, resultados de menor porcentajes ya que fueron atendidas por parteras entrenadas, aun así afirman que realizar un parto en domicilio puede conllevar a presentar complicaciones obstétricas que terminan siendo referidos a un establecimiento de salud.

Huanco D. Et al.²⁵ da a conocer que el parto domiciliario sigue siendo un factor de riesgo para la mortalidad materna y perinatal por sus características, comentario que coincide con el presente estudio, ya que estas acciones conllevan a elevar altos índices de morbilidad y hasta mortalidad materna presentes en la población indígena amazónica, que a su vez estos hechos aumentan su situación de vulnerabilidad frente al Estado.

V. CONCLUSIONES

- El 55.9 % de 238 partos fueron atendido en domicilio y el 70.7 % de 133 partos fueron en domicilio y atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019.
- El 52.1 % de mujeres con partos domiciliarios atendidos por parteras se encuentran dentro de la etapa de vida Joven y el 73.4 % cuenta con grado de instrucción primaria en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019.
- El 51.0% de partos domiciliario atendidos por parteras presentaron alguna complicación obstétrica como: retención de restos placentarios, desgarro del canal del parto, retención de placenta, retención de restos placentarios y hemorragia obstétrica.

VI. RECOMENDACIONES

A los profesionales obstetras:

- Garantizar vigilancia y seguimiento de la gestante próxima a su fecha probable de parto a través de visitas domiciliarias para de esta manera garantizar un parto institucional, así mismo concientizar a toda gestante en la atención prenatal y la importancia del parto institucional.
- Concientizar a la madre gestante de un parto institucional se debe realizar de manera multidisciplinaria, de esta manera se logrará disminuir las morbilidades y hasta la mortalidad de la madre como del feto.
- Trabajar en conjunto con las instituciones educativas en brindar sesiones educativas en temas de proyecto de vida, mejorar estilos de vida para prevenir embarazos en la población adolescente.
- Capacitar a las señoras parteras en el traslado oportuno de la gestante en trabajo de parto a un establecimiento de salud y/o ante una emergencia obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guevara Ríos, Enrique. Estado Actual de la Mortalidad Materna en el Perú. Revista del Perú Materno Perinatal [Internet]. Perú 2016. [Citado el 25 de octubre de 2019]. 5(2):27-28. Disponible de: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/155>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Nota descriptiva. [Internet]. Febrero 2018. [Citado el 05 de octubre de 2019]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. UNICEF, OMS, Banco Mundial. Niveles y tendencias en la mortalidad infantil, Informe 2015 [Internet]. Nueva York, Estados Unidos, UNICEF; 2015 [Citado el 25 de octubre de 2019]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones. [Internet]. Conexas, actualizaciones Ginebra; 2008 [Citado el 25 de setiembre de 2019]. Disponible de: <https://www.oecd->

ilibrary.org/sites/bcb4ab39-es/index.html?itemId=/content/component/bcb4ab39-es

5. Mortalidad Materna en el 2005. Estimaciones desarrolladas por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial [Internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 2007 [Citado el 25 de setiembre de 2019]. Disponible de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43849>
6. UNFPA. Informe Anual 2008 [Internet]. 2009 [Citado el 23 de setiembre de 2019]. Disponible de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/annual_report_2008_sp.pdf
7. Defensoría del Pueblo. La salud de las comunidades indígenas: un reto para el estado [Internet]. Lima: 2008 [Citado el 23 de setiembre de 2019]. Disponible de: [https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/021documentos/B09C92BC24B04BE305258154005BE738/\\$FILE/Informe_N_134.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/021documentos/B09C92BC24B04BE305258154005BE738/$FILE/Informe_N_134.pdf)
8. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet Global Health [Internet]. 2014 [Citado el 20 de setiembre de 2019]; 2(6):323-33 Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>
9. Yunga Albán M. Factores asociados en embarazadas y su incidencia de parto domiciliario en la parroquia de Mulalillo [Tesis pregrado en Internet]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016 [Citado el 10 de setiembre de

2019]. 114 p. Disponible de:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4018>

10. Libro de registros de partos C.S Megantoni. 2017-2019.

11. Tarqui M.; Barreda A. Elección y preferencia del parto domiciliario en Callao. Rev. Salud pública [Internet]. 2006 [Citado el 10 de setiembre de 2019]; 8 (3). Disponible de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300007&lng=en

12. Ministerio de Salud. La heterogeneidad etnolingüística del Perú: situación socioeconómica y de salud de la población indígena [Internet]. Lima, Perú: MINSA: 1999 [Citado el 10 de setiembre de 2019]. Disponible de:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352773-la-heterogeneidad-etnolingüistica-del-peru-situacion-socio-economica-y-de-salud-de-la-poblacion-indigena>

13. Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos (INDEPA). Mapa etnolingüística del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica[Internet]. 2010 [Citado el 05 de setiembre de 2019]. 27(2): 288-91 Disponible de:
https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Mapa_etnolingüistico_del_Peru.pdf

14. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas en las Américas. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2006. [Citado el 05 de setiembre de 2019]. Disponible de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
15. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2004 [Citado el 15 de setiembre de 2019]. Disponible de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
16. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe anual 2004 [Internet]. 2004 [Citado el 15 de setiembre de 2019]. Disponible de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Banco-Interamericano-de-Desarrollo-informe-anual-2004.pdf>
17. Salud en las Américas [Internet]. Resumen: panorama regional y perfiles de país. 2017 [Citado el 15 de setiembre de 2019]. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
18. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2005 [Citado el 29 de octubre de 2019]. Disponible de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
19. Ministerio de Salud. Carta de la Salud: escuchando la voz de la población [Internet]. Lima: MINSA/CARE Perú; 2006 [Citado el 29 de octubre de 2019]. Disponible de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1035_MINSA1429.pdf

20. Organización Mundial de la Salud. Cada madre y cada niño contarán [Internet]. Ginebra; 2005 [Citado el 29 de octubre de 2019]. Disponible de: https://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
21. Estadísticas e informática Hiss-Minsa - de la red de salud La Convención 2017-2019.
22. Bula R.; Galarza K. Mortalidad Materna en la gestante de Uribia. Revista UCU Facultad de ciencias de la salud [Internet]. 2016 [Citado el 01 de noviembre de 2019]; 6(1):46-53. Disponible de: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1369>
23. Méndez-González R. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Publica Mex [Internet]. 2002 [citado el 03 de noviembre del 2019]; 4(4):129-136. Disponible de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2002.v44n2/129-136>
24. Ventura Quiñonez V. Practicas del parto limpio y seguro de las comadronas capacitadas en el territorio del distrito de Chupol [Tesis de Grado en Internet]. Guatemala: Universidad Rafael Landivar; 2017 [Citado el 30 de octubre de 2019]. 51 p. Disponible en: <https://docplayer.es/114353662-Universidad-rafael-landivar-facultad-de-ciencias-de-la-salud-licenciatura-en-enfermeria.html>

25. Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Rev. Int Salud Materno Fetal [Internet]. 2016 [citado el 20 de octubre del 2019]. Disponible de: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20TARD%C3%8DA%202017.pdf>
26. Mendoza G, Montesinos R, Agramonte M, Aguirre L. Características y prevalencia de partos domiciliarios en un Distrito rural de la sierra del Perú. Rev Chil Obst y Ginec [Internet]. 2018 [citado el 25 de abril del 2022]; 83 (4). Disponible de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000400377&script=sci_arttext

VII. ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LISTA DE COTEJO

HCL: ... N°.....

Lugar de atención del parto: DOMICILIARIO ()

I.- Datos Generales:

1.- Edad: ...

2.- Grado de Instrucción:

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

3.- Estado Civil:

Casada () Conviviente () Soltera ()

4.- Edad Gestacional al momento de parto: (opcional)

37-40 sem () 41 a más ()

II.- Presencia de complicaciones obstétricas:

13.- ¿Presentó infección puerperal? SI () NO ()

14.- ¿Presentó desgarros del canal del parto? SI () NO ()

15.- ¿Presentó retención de placenta? SI () NO ()

16.- ¿Presentó retención de restos placentarios? SI () NO ()

17.- ¿Presentó hemorragia obstétrica? SI () NO ()

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala
Complicaciones Obstétricas	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	• Retención de placenta	SI/NO	Nominal
		• Retención de restos placentarios	SI/NO	Nominal
		• Desgarro canal del parto	SI/NO	Nominal
		• Infección puerperal	SI/NO	Nominal
		• Hemorragia obstétrica	SI/NO	Nominal
Partos domiciliario atendidos por parteras	Conocimiento y costumbre en la atención de parto	• Cuenta insumos necesarios para la atención	SI/NO	Nominal
		• Vigilancia y monitoreo del trabajo de parto	SI/NO	Nominal
		• Uso de medidas de bioseguridad	SI/NO	Nominal
		• Atención en lugar limpio	SI/NO	Nominal
		• Material a utilizar estéril	SI/NO	Nominal
		• Realización de alguna maniobra	SI/NO	Nominal
		• Uso de alguna medicación/hierbas	SI/NO	Nominal
		• Identificación oportuna de complicaciones	SI/NO	Nominal

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones obstétricas asociadas a partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Identificar que complicaciones obstétricas están asociadas a partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019.</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Existe complicaciones obstétricas asociadas a partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019</p>	<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Partos domiciliario atendidos por parteras</p>	<p>*Cuenta insumos necesarios para la atención</p> <p>* Vigilancia y monitoreo del trabajo de parto</p> <p>* Uso de medidas de bioseguridad</p> <p>* Atención en lugar limpio</p> <p>* Material a utilizar estéril</p> <p>* Realización de alguna maniobra</p> <p>* Uso de alguna medicación/herbas</p> <p>* Identificación oportuna de complicaciones</p>	<p>S/NO</p> <p>S/NO</p> <p>S/NO</p> <p>S/NO</p> <p>S/NO</p> <p>S/NO</p> <p>S/NO</p>	<p>Diseño metodológico:</p> <p>El diseño del presente estudio es de tipo Descriptivo retrospectivo, se utilizó el diseño de relación entre las complicaciones obstétricas y los partos domiciliarios atendidos por parteras.</p> <p>Población:</p> <p>De un total de 133 partos domiciliarios, se identificó a 94 partos domiciliario atendidos por parteras.</p> <p>Muestra:</p> <p>El tamaño de la muestra fue de 94 partos a término, domiciliarios y atendidos por parteras, parto vaginal único y que hayan acudido por emergencia y hayan sido evaluadas durante el control de puerperio.</p> <p>Técnicas de recolección de datos:</p> <p>Se solicitó el permiso correspondiente a las mujeres que participaron en el estudio, los datos se obtuvieron mediante encuestas con preguntas cerradas, se realizó entrevista personal de forma anónima y directa a toda mujer que cumplía con los criterios de inclusión, se revisaron sus historias clínicas a las que se les aplicó una lista de cotejos para complementar los datos requeridos para el presente estudio.</p> <p>Los datos fueron recolectados de fuentes primarias (historias clínicas maternas y perinatales) siendo obtenida por la propia investigadora.</p> <p>El instrumento validado por K de Richardson</p> <p>Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información:</p> <p>Para el procesamiento de los datos se utilizó el sistema informático, siendo estos resultados ingresados en una base de datos creada por la computadora en el programa SPSS (Statistical package for social sciences) v25.0</p>
<p>ESPECIFICOS:</p> <p>*¿Cuál es el porcentaje de partos domiciliarios en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019?</p> <p>*¿Cuál es el porcentaje de partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019?</p> <p>*¿Cuáles son las características de partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019?</p>	<p>ESPECIFICOS:</p> <p>*Determinar el porcentaje de partos domiciliarios en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019</p> <p>*Identificar el porcentaje de partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la Convención – Cusco, en los años 2017-2019</p> <p>*Conocer las características de partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019.</p>	<p>ESPECIFICO:</p> <p>Existirá relación significativa entre las complicaciones obstétricas y los partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de la convención – Cusco, en los años 2017-2019</p>	<p>DEPENDIENTE:</p> <p>complicaciones obstétrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de placenta • Retención de restos placentarios • Desgarro canal del parto • Infección puerperal • Hemorragia obstétrica 	<p>S/NO</p> <p>S/NO</p> <p>S/NO</p> <p>S/NO</p>	

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE APLICÓ EL INSTRUMENTO

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE APLICÓ EL INSTRUMENTO

Yo, señor Rufino Samuel Lopes, Vice presidente de la Comunidad Indígena de Megantoni, de la Provincia de La Convención, acepto la aplicación del instrumento de recolección de datos (cuestionario) en la comunidad mencionada, para fines del interesado.



Rufino Samuel Lopes

Vice presidente de la Comunidad Megantoni

Megantoni, Julio 2021