

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
MENSIÓN: Planificación y Gestión**



**“LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL Y SU  
INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD NEONATAL, DIRECCIÓN DE  
SALUD – CAJAMARCA, 2007- 2009”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD  
PÚBLICA,  
MENSIÓN: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN**

**AUTOR : Obst. Carmen Elizabeth Sánchez Alfaro.**

**ASESOR : Dr. José Elías Cabrejo Paredes.**

**TRUJILLO – PERÚ**

**N° DE REGISTRO:.....**

## DEDICATORIAS

### A DIOS, JESÚS NAZARENO CAUTIVO Y LA VIRGEN DE FÁTIMA

Por su infinita bondad y amor, al darme la oportunidad de vivir, al iluminarme, guiarme cada día y reglarme a mi familia maravillosa.

### A MIS QUERIDOS PADRES: EDITA Y LEONEL GERMÁN

Por darme la vida, por caminar conmigo aun cuando el desánimo se apodera de mí, gracias por sus sabios consejos, sus valores inculcados, por la motivación constante; que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor, por creer y confiar en mí, en cada momento.

### A MI AMADO ESPOSO: ROBERT GREGORIO.

Quién todos los días me otorga su amor, cariño, comprensión, estímulo y apoyo constante, evidencia de su gran amor; haciendo que mi existencia tenga la fuerza para seguir luchando en este mundo.

**A MIS HERMANOS**

**QUERIDOS:**

**BELLA AURORA, GERMÁN**

**LEONEL.**

**A MIS CUÑADOS:**

**WALTER, ROMÁN, YUDITH,**

**OLGA Y RUVILA.**

**A MIS CONCUÑADOS:**

**LUIS, NARCISA Y FREED.**

**MIS SOBRINOS:**

**ADRIAN, FÁTIMA,**

**LUCERO, KASSANDRA,**

**VIOLETA, ROBERT, NICOLE,**

**KEVIN Y ARIANA.**

Porque siempre fueron mi apoyo, tenacidad y la fuerza cuando quería desistir; por sus alegrías y sonrisas que siempre me brindaron incentivándome a luchar para cumplir mi anhelo.

**A MIS ABUELITOS:**

**MARÍA HUMBELINA Y**

**HORTENCIA Y EN EL CIELO**

**GERMÁN Y ALBERTO.**

Quienes siempre quisieron lo mejor para mí, y con sus consejos extraordinarios y mucho cariño me encaminaron para lograr los objetivos trazados en la vida.

**A MIS SUEGROS:**

**LUIS ANTONIO Y A LA**

**MEMORIA DE EMERITA**

**JESÚS.**

A quienes expreso mi más sincera gratitud por haberme brindado su amistad sincera, su experiencia y acertada orientación.

*AGRADECIMIENTO*

A MI ASESOR:

DR. JOSÉ ELÍAS CABREJO PAREDES.

A MI ESTADÍSTICO:

MG. JORGE RONALD NECIOSUP OBANDO

Con mucha admiración, por sus enseñanzas brindadas, pues son las personas quienes supieron orientarme con sus conocimientos y experiencia para poder resolver mi problema de investigación.

Muchas gracias, pues las palabras no son suficientes para expresar lo que el alma desea, rebasan un tomo, simplemente decir aquello que por su significado extenso y sin límites es, GRACIAS.

Carmen Elizabeth.

## ÍNDICE:

Resumen.....	vii
Summary.....	viii
I. Introducción.....	1
II. Material y método.....	8
III. Resultados.....	14
IV. Discusión.....	18
V. Conclusiones.....	23
VI. Recomendaciones.....	24
VII. Referencias Bibliográficas.....	25
VIII. Anexos.....	28

## RESUMEN

El presente estudio de investigación explicativo-retrospectivo, con diseño de casos y controles, desarrollado en la Dirección de Salud Cajamarca, durante los años 2007 – 2009; tuvo como **Objetivo:** Determinar si el lugar de atención de parto vaginal influye en la mortalidad neonatal. **Material y Método:** La muestra de estudio estuvo conformada por el 100% de partos vaginales registrados en las 7 Redes de Salud que conforman la Dirección de Salud Cajamarca. En la metodología de casos y controles, un factor es de riesgo sii: es significativo al test de independencia de criterios (chi cuadrado) con nivel de significancia del 5% y el límite inferior del intervalo de confianza 95% es mayor que la unidad. **Resultados:** La frecuencia de partos vaginales por lugar de atención del parto fue de 80% para partos institucionales y 20% para partos domiciliarios, la frecuencia de muertes neonatales por lugar de atención del parto fue de 58.3% para partos institucional y 41.7% para parto domiciliario, y el lugar de atención del parto vaginal y la mortalidad neonatal en test de independencia de criterios encontramos que  $\chi^2 = 226.45$   $p < 0.01$ , Odds ratio 2.92 e intervalo de confianza LI=2.52 y LS=3.39. **Conclusión:** el parto domiciliario constituye un riesgo en mortalidad neonatal, el riesgo de morir en la etapa neonatal de 3 a 1 en los casos de parto domiciliario, respecto al parto institucional.

**PALABRAS CLAVES:** Parto Vaginal, mortalidad neonatal, casos y controles.

## SUMMARY

This explanatory study and retrospective research with case-control design, developed in the Health Cajamarca, in the years 2007 - 2009, having as **objective:** To determine if the point of care influence of vaginal delivery on neonatal mortality.

**Methods:** The study sample consisted of 100% of vaginal births recorded in the 7 Health Networks that make up the Health Cajamarca. In the case control methodology, a risk factor is significant at the test of independence of criteria (chi square) with a significance level of 5% and the lower limit of 95% confidence interval is greater than unity. **Results:** The frequency of vaginal births by place of delivery care was 80% for institutional deliveries and 20% for home births, the frequency of neonatal deaths by place of delivery care was 58.3% for institutional delivery and 41.7% for birth domiciliary care and the place of vaginal delivery and neonatal mortality in test of independence of criteria found that  $\chi^2 = 226.45$   $p < 0.01$ , odds ratio 2.92 and confidence interval = 2.52 and LS LI = 3.39.

**Conclusion:** home delivery is a neonatal mortality risk, the risk of dying in the neonatal period of 3 to 1 in cases of home birth compared to hospital births.

**KEYWORDS:** Vaginal delivery, neonatal mortality, cases and controls.

## **I. INTRODUCCIÓN:**

La mortalidad neonatal es el indicador que se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de sobrevivida de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida, en un país o región. Es un indicador de amplio uso pues indica las condiciones de embarazo y parto de una población que a su vez está relacionada con su estado socioeconómico, con la oportunidad y calidad de atención de los servicios de salud. En los países en desarrollo el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva y contribuyen a la muerte de 1,5 millones de neonatos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos. Siendo enorme el costo social y económico que estas muertes traen a las familias, comunidades y a sus países (1).

En los países en vías de desarrollo, los indicadores de mortalidad, a los cuales se les está dando mayor seguimiento son las tasas de mortalidad infantil, neonatal y materna. Estas se relacionan con el bajo nivel económico y social en que se mantienen sumergidos los pueblos, lo que hace más difícil aumentar las coberturas de educación y salud; así, como la modificación de los factores condicionantes de la mortalidad que conduciría a mejorar la situación de salud de este grupo (2).

Dentro de las políticas actuales del Ministerio de Salud del Perú, se prioriza al grupo madre y niño como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud a éste grupo catalogado como vulnerable. Esto es posible a través del programa de atención integral a la mujer y niño; iniciativas que promueven y previenen la salud del binomio. El riesgo reproductivo como factor externo e interno en la mujer y niño,



se asocia a la aparición de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio; condicionando el desarrollo normal o la supervivencia del producto (6).

Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos. Es necesario también considerar que, para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad perinatal está ligada al embarazo y al parto, constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo (2,3).

La tasa de Mortalidad Neonatal, fue para la Región de América Latina y Caribe en el año 2000 de 15 por cada 1.000 nacidos vivos. El 76% de ella se producen antes de los 7 días de vida, es decir 11,5 por cada 1.000 nacidos vivos, y el resto 3,5 por cada 1.000 nacidos vivos suceden entre el 7mo y el 28avo día de vida. El total de muertes neonatales calculadas por año para la Región fue de casi 173. 000 de las cuales 132.000 suceden la primera semana, englobando muertes neonatales precoces o tempranas (4).

De los casi 11 millones de niños que nacen anualmente en la región de América Latina y Caribe, se calcula que 237.000 fallecen antes del primer año y unos 304.000 mueren antes de cumplir los cinco. La región en su conjunto exhibe notables progresos respecto de la salud en la niñez, reduciéndose significativamente la mortalidad infantil. En 2009 la tasa de mortalidad infantil fue la más baja del mundo en desarrollo, y su caída fue más rápida que en las demás regiones; disminuyendo del año 1999 de un 42.7% a un 20.6% para el año 2009 (21).

Cada año, fallecen cerca de 400.000 menores de cinco años en la región. 190.000 mueren en primeros 28 días y el 70% por causas prevenibles. La mortalidad neonatal es de 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa el 60 por ciento de la mortalidad infantil y 40% de las defunciones de menores de 5 años en América Latina y el Caribe (22)

En el Perú la mortalidad neonatal alcanzó para el año 2007 una tasa de 15 x 1000 nacidos vivos, evidenciándose mayor riesgo de muerte en la zona rural, con 21 x 1000 nacidos vivos, y en la zona urbana 11 x 1000 nacidos vivos y para el año 2009 se redujo a 13 x 1000 nacidos vivos, prevaleciendo siempre el área rural con 17 x 1000 nacidos vivos a diferencia del área urbana con 11 x 1000 nacidos vivos. Asociándose no sólo a causas físicas y geográficas, sino también están las culturales entre las que se encuentran: falta de educación, deficiente conocimiento en: nutrición, planificación familiar y salud sexual y reproductiva (5).

Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales, incluidas dentro de ellas las neonatales precoces; las cuales están vinculadas, de un lado, a factores de salud materna y de otro, a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido, teniendo como resultado casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal respectivamente. Las principales causas de muerte neonatal en el 2006 fueron la asfixia en un 23%, Síndrome de Distress Respiratorio con un 10%, infecciones el 14% y malformaciones congénitas en un 9% (6).

Kenneth Johnson, Betty-Anne Daviss (7) en su investigación: Hallazgos en Partos Domiciliarios Planificados Atendidos por Certified Professional Midwives (Parteras Profesionales y Certificadas), el cual fue un estudio prospectivo de grupo de 5418 mujeres que tendrían un parto atendido por parteras con certificación que querían tener un parto domiciliario al inicio del trabajo de parto, donde sus principales

hallazgos fueron en mortalidad intraparto y neonatal, entre otros; teniendo un resultado de que la mortalidad intraparto y neonatal entre mujeres consideradas de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto, excluyendo las muertes relacionadas a defectos congénitos fatales, fue de 1.7 muertes por 1000 nacimientos domiciliarios planificados de bajo riesgo.

La mortalidad neonatal según departamentos tiene un comportamiento con tendencia a disminuir año tras año, encontrándose el departamento de Cajamarca en el quinto lugar para año 2009 con una tasa de 13 x 1000 nacidos vivos, el año 2007 17 x 1000 nacidos vivos y el año 2000 contaba con una tasa de 25 x 1000 nacidos vivos (5).

En la jurisdicción de la Red de Salud San Pablo se tiene una tasa de mortalidad neonatal para el año 2008 de 22 x 1000 nacidos vivos, y para el año 2009 incremento a 25 x 1000 nacidos vivos, superando los datos nacionales y regionales, de ellos el 100% procedentes de la zona rural y de parto domiciliario atendidos por partera o familiar (8).

El primer trabajo de la serie sobre supervivencia neonatal destaca que el número de muertes en las cuatro primeras semanas de vida sigue aumentando. Tres cuartas partes de estos fallecimientos tienen lugar durante los primeros siete días y, sobre todo, en las horas posteriores al alumbramiento (9).

Un recién nacido de un país menos avanzado tiene 14 veces más probabilidades de morir que uno nacido en un país industrializado. Los hijos cuyas madres mueren durante el embarazo o el parto tienen muchas más probabilidades de morir en sus primeros años de vida. Por cada muerte neonatal 10 niños sobreviven con secuelas, especialmente neurológicas. El 50% de las muertes neonatales en el área rural se produce en el domicilio. El riesgo de muerte neonatal es 11 veces mayor en el quintil

más pobre que en el quintil más rico. Número de defunciones estimadas: Infantiles: 12,600y Neonatales: 7,800 (10).

El lugar de la atención del parto se ha relacionado a factores intrínsecos de la población como la edad, el grado de instrucción, paridad y creencias culturales. La asistencia a Establecimientos de salud para ser atendidas durante el parto también dependen de la calidad de los servicios de salud, la accesibilidad y de su disponibilidad (14,15).

A nivel mundial sólo el 53% de los partos son atendidos por profesionales de la salud o personal de salud calificado, cifra que en un 75% es aportado por América Latina y el Caribe (16).

En promedio, si bien varía ampliamente por país, 79% de los partos en América Latina y el Caribe tienen lugar en establecimientos de salud. El 87% de los partos son atendidos por personal calificado. En zonas rurales, en cambio, el acceso a los suministros, equipo en funcionamiento y servicios de derivación, es limitado (22).

Según la Encuesta Demográfica en el Perú, sólo el 56% de los partos ocurridos en los últimos 5 años fueron atendidos por profesionales de la salud, habiendo mejorado apenas un 5.7% respecto al año 1991. La diferencia es abismal por áreas; mientras que en el área urbana la atención profesional alcanza más del 80% del total de partos, en el ara rural sólo cubre la 5ta parte, es decir el 21%. (17).

El conocimiento de la mortalidad neonatal es un hecho de gran importancia, porque nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, nos permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los últimos meses de vida intrauterina y los primeros 28 días de vida extrauterina. Durante este período, el producto de la concepción está sometido a una serie de

riesgos que dependen fundamentalmente del ambiente materno en el cual crece y se desarrolla, y del ambiente exterior que puede ser tan favorable o no como el ambiente materno. Las afecciones perinatales que no logran producir la muerte, ocasionan con frecuencia secuelas neurológicas y motoras, que llegan a constituir una pesada carga para la familia y la sociedad (6).

Hace más de cuatro años, los 192 estados miembros de la ONU se comprometieron a cumplir los "Objetivos de desarrollo de la ONU" para el año 2015. Entre ellos se incluye la intención de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años y la de disminuir los fallecimientos maternos en un 75% (9).

## **JUSTIFICACIÓN**

La realidad mundial, nacional, regional y provincial me ha conllevado a la necesidad de realizar el presente estudio, a nivel de la Dirección de Salud - Cajamarca, considerando que la mortalidad neonatal se ha mantenido con pocos cambios en las últimas décadas y ocupa el segundo lugar como causa de muerte infantil, seguida de las perinatales, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública, y que se puede prevenir con intervenciones simples y eficaces que no llegan a los que más lo necesitan, es por eso que se necesita tener investigaciones concretas que nos puedan hacer ver las realidades de cada región, provincia, distrito y poder demostrar y traducir los imperativos políticos en esfuerzos programáticos, de convertir las declaraciones de intención en acciones, y de generar la voluntad para afrontar el problema, que permitan proponer una serie de acciones que podrían priorizarse para poder reducir la mortalidad neonatal, aplicando el enfoque de riesgo del parto vaginal y finalmente determinar su valor predictivo me propongo a responder a la siguiente interrogante.

**¿Influye el lugar de atención del parto vaginal en la mortalidad neonatal, Dirección de Salud - Cajamarca, 2007 - 2009?**

Planteándome la siguiente hipótesis:

**El lugar de atención de parto vaginal influye en la mortalidad neonatal, incrementándose en el parto domiciliario, Dirección de Salud - Cajamarca, 2007 – 2009.**

Donde se plantearon los siguientes objetivos:

**Objetivo General:**

- Determinar si el lugar de atención de parto influye en la mortalidad neonatal.

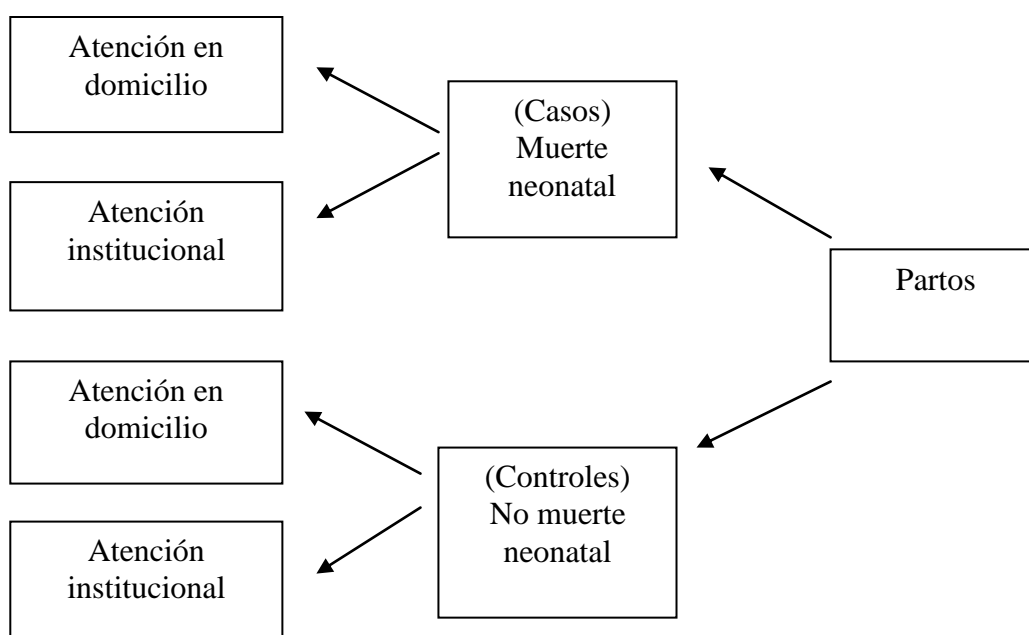
**Objetivos Específicos:**

- Determinar la frecuencia de partos vaginales por lugar de atención.
- Determinar la frecuencia de muertes neonatales por lugar de atención de partos vaginales.
- Determinar la influencia que existe entre el lugar de atención del parto vaginal, tanto institucional como domiciliario y la mortalidad neonatal.

## II. MATERIAL Y MÉTODO:

### 2.1 Diseño de la investigación:

La presente investigación se ajusta a la propuesta de Breilh y Granda (31), adecuándose a un tipo de estudio explicativo – retrospectivo, con diseño de casos y controles, desarrollándose en la Dirección de Salud – Cajamarca, durante los años 2007 al 2009.



## **2.2. Universo, población y muestra de estudio**

### **2.2.1. Universo:**

El universo del presente estudio estuvo constituido por el total de partos registrados en la Dirección de Salud – Cajamarca, durante los años 2007 al 2009.

La Dirección Regional de Salud Cajamarca tiene a su cargo 4 Direcciones de Salud:

- Dirección de Salud Cajamarca:
- Dirección de Salud Chota.
- Dirección de Salud Cutervo.
- Dirección de Salud Jaén.

### **2.2.2 Población de estudio:**

La población del presente estudio estuvo constituida por 39 578 partos registrados en la Dirección de Salud – Cajamarca, durante los años 2007 al 2009.

La Dirección de Salud Cajamarca comprende 7 Redes de Salud, entre ellas están:

- Red I Contumazá,



- Red II Cajamarca,
- Red III Celendín,
- Red IV San Marcos,
- Red V Cajabamba,
- Red VII San Miguel y
- Red VII San Pablo

Administrado estas 7 Redes a 620 Establecimientos de Salud, donde se realizó el presente trabajo de investigación (Anexo 5).

### **2.3. Muestra de estudio:**

La investigación cubrió el 100% de partos vaginales ocurridas en la Dirección de Salud – Cajamarca, durante los años 2007 al 2009 en estudio censal. Donde los fallecimientos neonatales conformaron el grupo de casos y su complemento, el grupo de controles.

#### **Criterios de inclusión:**

- Recién nacidos vivos que murieron antes de los 28 días de vida.
- Recién nacidos de parto domiciliarios e institucionales.
- Cualquier género.
- Niños nacidos en la jurisdicción de la Dirección de Salud - Cajamarca.

- Recién Nacidos con peso mayor o igual a 2000 gramos.

**Criterios de exclusión:**

- Nacimientos muertos.
- Recién nacidos vivos que murieron después de los 28 días de vida.
- Recién nacidos por cesárea.
- Recién nacidos con peso mayor a 4000 gramos.
- Recién nacidos con presentación podálica.

**Criterios de eliminación / reemplazo:**

- Recién nacidos vivos con malformaciones congénitas.

- **Variables y escala de medición:**

- **Variables dependientes:** Muerte neonatal
- **Variables independientes:** Lugar de atención de Parto vaginal  
(domiciliario-institucional)

Variable	Tipo	Escala de medición
----------	------	--------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte neonatal</li> </ul>	Cualitativa	Nominal dicotómica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar de atención de Parto vaginal</li> </ul>	Cualitativa	Nominal dicotómica

- **Recolección de la información:**

La información fue recolectada en el registro de datos que está consignado en el anexo 01, de las historias clínicas de los neonatos de los establecimientos de salud de la Dirección de Salud - Cajamarca, con el auxilio del software del Sub Sistema de Mortalidad Materna y Perinatal, y constatada a través de la ficha de notificación inmediata y de la ficha de investigación epidemiológica de mortalidad perinatal, de la oficina de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud – Cajamarca.

- **Definiciones conceptuales – operacionales:**

- **Parto vaginal:** Expulsión de producto de la concepción por el canal vaginal, es decir en forma fisiológica (23, 24).
- **Mortalidad Neonatal:** La Organización Mundial de Salud define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento, es decir, niño que después de la expulsión completa de la

madre, independientemente de la edad gestacional, respire o dé alguna señal de vida, hasta los 28 días de vida. Comprende la mortalidad neonatal precoz hasta los 7 días de vida y la tardía de 7 a 28 días (2, 18).

- **Parto Domiciliario:** Se define como la atención de parto vaginal atendido en el domicilio por profesional de salud, partera o familiar (33).
- **Parto Institucional:** Se define como la atención parto, ya sea normal o cesárea, atendido en un establecimiento de salud por un profesional de la salud (32).

- **Análisis estadístico:**

Para analizar la información se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias de una y doble entrada, reportando frecuencias absolutas y relativas.

En la metodología de casos y controles, un factor es de riesgo sii:

- Es significativo al test de independencia de criterios (chi cuadrado) con nivel de significancia del 5%
- El límite inferior del intervalo de confianza 95% es mayor que la unidad.

### **III. RESULTADOS:**

**CUADRO N° 01**

**FRECUENCIA DE PARTOS VAGINALES POR LUGAR DE ATENCIÓN  
DISA CAJARMARCA, PERIODO 2007-2009**

<b>LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO</b>	<b>N° DE PARTOS</b>	<b>FRECUENCIA (%)</b>
<b>INSTITUCIONAL</b>	<b>31 635</b>	<b>80.0</b>
<b>DOMICILIARIO</b>	<b>7 943</b>	<b>20.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39 578</b>	<b>100.0</b>

**CUADRO N° 02**

**FRECUENCIA DE MUERTES NEONATALES POR LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL  
DISA CAJARMARCA, PERIODO 2007-2009**

<b>LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO</b>	<b>N° MUERTES NEONATALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>INSTITUCIONAL</b>	<b>445</b>	<b>58.3</b>
<b>DOMICILIARIO</b>	<b>318</b>	<b>41.7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>763</b>	<b>100</b>

**CUADRO Nº 03**

**LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL Y MORTALIDAD NEONATAL  
DISA CAJARMARCA, PERIODO 2007-2009**

LUGAR ATENCION DEL PARTO VAGINAL	MORTALIDAD NEONATAL	
	PRESENTE	AUSENTE
INSTITUCIONAL	445	31190
DOMICILIARIO	318	7625
<b>TOTAL</b>	<b>763</b>	<b>38815</b>

Test de Independencia de criterios .....  $\chi^2 = 226.45$   $P < 0.01$

Odds ratio ..... **2.92**

Intervalo confidencial del 95% ..... LI = 2.52 LS= 3.39



#### IV. DISCUSIÓN:

Tomando como referencia los hallazgos del presente trabajo de investigación, se demostró que la atención de parto en domicilio influye como un factor de riesgo en la mortalidad neonatal ( $p < 0.01$ ), con un  $OR = 2.92$ , es decir que el riesgo de morir en la etapa neonatal es casi 3 a 1 en los casos de parto domiciliario, respecto al parto institucional (cuadro N° 03).

Teniendo una tasa de mortalidad neonatal la Dirección Regional de Salud Cajamarca para el año 2007 de 13 x 1000 nacidos vivos, donde la provincia de Celendín fue quien aportó con una de las mayores tasas, de 18.43 x 1000 nacidos vivos; para el año 2008 alcanzaron una tasa de 26.84 x 1000 nacidos vivos, siendo la más afectada por presentar una tasa muy elevada la provincia de San Pablo de 64.10 x 1000 nacidos vivos; y para el año 2009 obtuvieron una tasa de 17.62 x 1000 nacidos vivos, siendo la provincia de Contumazá quién reportó una tasa baja de 8.77 x 1000 nacidos vivos con respecto a las demás provincias que conforman la Dirección de Salud Cajamarca (anexo 02) observamos que la tasa de mortalidad neonatal tiene un comportamiento inestable, existiendo provincias donde el riesgo de morir en esta etapa es mucho mayor que en otras y si a estas le sumamos el parto domiciliario intensifica aún más el riesgo.

Además la mortalidad neonatal respecto a los 3 años alcanzó una tasa de 40.03 x 1000 nacidos vivos para productos de partos domiciliarios y 14.07 x 1000 nacidos vivos para parto institucional, existiendo una brecha de 25.6 x 1000 nacidos vivos (anexo 04).

Esto es similar a lo indican los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos por el Maine Medical Center (25). Se trata de un metaanálisis de diferentes estudios realizados en países desarrollados, en Europa y EE UU. En total, se incluyen más de 350.000 partos de bajo riesgo planificados para realizarse en casa, comparados con otros más de 200.000 nacimientos en hospitales. El estudio indica que en un 0,2% de los partos domésticos fallece el bebé. Es decir, que de cada 1.000 recién nacidos mueren dos. La cifra disminuye a la mitad entre los nacidos en hospitales: un 0,09%, lo que significa menos de un fallecido por cada millar de partos.

Contrastan con otros estudios, como la revisión realizada por el centro Cochrane en 2000 (28). Ese estudio indicaba que "no hay evidencia alguna a favor del nacimiento planificado en el hospital en mujeres embarazadas de bajo riesgo, por lo tanto no hay pruebas para desaconsejar" el parto en casa. Al revés, la revisión de ese prestigioso centro observa que otros estudios de observación "indican que quizás haya algunas ventajas". "Es posible que el proceso mejore si la madre se siente en un ambiente tranquilo, seguro y conocido".

Otro estudio con 5.418 mujeres de bajo riesgo, realizado por del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Canadá y publicado en el 2005 en la revista científica British Medical Journal, señaló que no hay diferencias significativas en los índices de mortalidad perinatal respecto al parto hospitalario (29).

La frecuencia de partos vaginales, según lugar de atención del parto, se evidencia que el 80.0% son partos institucionales y 20.0% son partos domiciliarios en la Dirección de Salud Cajamarca (cuadro 02).

Siendo la provincia de Contumazá quién atendió mas partos institucionales en los años 2007 y 2008, reportando un 93.6% y 88.9% respectivamente, y para el año 2009 fue la provincia de San Marcos quien alcanzó el mayor porcentaje de un 86.3% (anexo 03).

Reflejando que los partos vaginales mayormente se están atendiendo en los Servicios de Salud, permitiendo a los recién nacidos tener mejor condiciones de atención, con personal calificado y con materiales e insumos disponibles para la atención inmediata abordando de manera eficiente alguna complicación; también va a permitir tener la medición del apgar, ya que los resultados de este test permiten tener la valoración de su potencial del recién nacido a futuro, constituyendo la salud del niño una de las mayores preocupaciones del personal de salud y de los padres. Aunque no es cuestión de obsesionarse, tampoco es aconsejable dejar al azar algo tan valioso como la salud de un recién nacido.

Afortunadamente, la medicina cuenta hoy en día con conocimientos y experiencia suficientes como para poder incidir activamente en el control y mejorar la salud. Sólo sí se detecta precozmente las complicaciones, de manera que sea posible actuar de inmediato para intentar solucionarlas. Éste es el ámbito de la prevención, en el que debe de participar el personal de salud como los propios padres.

El resultado es similar a los reportados por Carolina Tarqui, Alejandro Barreda en su estudio Factores Asociados con la Elección del Parto Domiciliario en una Zona de Atención Primaria. Callao, Perú, quienes encontraron que la frecuencia de parto institucional es 91% y de parto domiciliario el 11% (12)

Siendo nuestro resultado diferente a lo encontrado por Zaida Ferrari (19) en su estudio de tendencias de Morbimortalidad en Recién Nacidos prematuros según parto vaginal y abdominal en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2003 – 2007, donde encontró que la frecuencia del parto vaginal fue de 53%.

Asimismo reportó una frecuencia de partos institucionales de un 43.18%, Ledwin Mendoza en su estudio de calidad de atención del control prenatal y atención del parto institucional en usuarias del Centro de Salud de Santa Lucia de Moche. 2008 (20)

La frecuencia de muertes neonatales para la Dirección de Salud Cajamarca por lugar de atención del parto fue de un 58.3% para partos institucionales y 41.7% para parto domiciliario (cuadro 3), alcanzando la mayor tasa de mortalidad neonatal en parto domiciliario en el año 2008, representado por un 59.54 x 1000 nacidos vivos, siendo la provincia de San Pablo quien aportó con un 253.97 x 1000 nacidos vivos de mortalidad neonatal de nacimientos procedentes de parto domiciliario y la provincia de Celendín aparece con una de las mayores tasas durante los años de muertes neonatales producto de parto institucional reflejando una tasa de 28.05 x 1000 nacidos vivos (anexo 02).

Lo cual muestra que existen muertes neonatales que se están produciendo en los Establecimientos de Salud, teniendo relación directa con la débil de organización de los servicios de salud para abordar las complicaciones de los neonatos. Como se sabe la mortalidad neonatal es uno de los temas más sensibles e importantes en el campo de la salud, pues no sólo evalúa la calidad de la prestación de los servicios de

salud de las poblaciones, sino que afecta directamente la conservación misma de la especie humana. Aunque durante todo el transcurso del primer año de vida de un niño existen distintos factores que lo ponen en riesgo de enfermar y morir, sin duda alguna el primer mes es el que representa los mayores peligros.

González de Dios J, Buñuel Álvarez JC. (26) en su estudio realizado en el Departamento de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante – España, afirma que el parto planeado en domicilio se asocia con menos intervenciones y morbilidad en la madre, pero con un aumento tres veces mayor de la mortalidad en el recién nacido.

Asimismo Martínez Escoriza JC.(26) en su revisión “El Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?” llegando a la conclusión es que existe un aumento de mortalidad neonatal - triple - en los nacimientos en domicilio frente a los nacimientos en el hospital.

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas ha permitido atender a una parte de la población que años atrás no tenía probabilidades de sobrevivir. Esto en primera instancia suena bien, pues de alguna forma responde a un instinto de conservación de la vida, pero tiene sus bemoles, pues se conjugan elementos éticos, económicos, sociales y afectivos, en los que ningún programa de educación forma de manera integral a los profesionales de salud, y es en ese escenario que deben tomarse decisiones sobre la vida. La disminución en la mortalidad de aquellos neonatos que hace poco estaban condenados a morir, se está reflejando en el aumento de la morbilidad de patologías que afectan el normal desarrollo cognitivo del niño.

## V. CONCLUSIONES:

1. La frecuencia de partos vaginales por lugar de atención del parto fue de 80% para partos institucionales y 20% para partos domiciliarios.
2. La frecuencia de muertes neonatales por lugar de atención del parto fue de 58.3% para partos institucional y 41.7% para parto domiciliario.
3. El lugar de atención del parto vaginal domiciliario constituye un riesgo en mortalidad neonatal, el riesgo de morir en la etapa neonatal de 3 a 1 en los casos de parto domiciliario, respecto al parto institucional.

## **VI. RECOMENDACIONES:**

1. De los parámetros utilizados para medir el grado de desarrollo de un país, uno de los más importantes es la mortalidad neonatal, ya que ésta depende, tanto de la disponibilidad de recursos sanitarios como del nivel socioeconómico de la población y se debe de dar la importancia debida. Es por eso que se deben ampliar las investigaciones en mortalidad neonatal, en todos los ámbitos y niveles de atención del Sector Salud y tener estadísticas específicas que nos permitan tomar mejores decisiones.
2. Debe enfatizarse en la principal forma de prevención de la mortalidad neonatal que es la atención prenatal, para garantizar el parto institucional, esto no es ninguna novedad, pero éste debe ser de buena calidad, es decir, oportuno, completo, sin barreras de acceso y de cobertura total.
3. Los profesionales de la salud deben ser preparados para responder a las necesidades de nuestros neonatos, que puedan llegar hasta las zonas más deprimidas, donde se debe abordar el trabajo con enfoque intercultural, multidisciplinario e intersectorial.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. World Health Organization. Essential new born care: Report of a technical working group. Geneva: WHO; 1996.
2. Arkansas Center For Health Statistics. Live births fetal, neonatal, perinatal, post neonatal and infant death by selected birth characteristics. Arkansas. United Státed. 1995.
3. Trelles J, Mortalidad Perinatal y Riesgo Obstétrico. Hospital Cayetano Heredia. [Tesis para Maestría en Salud Pública]. Lima. 1986.
4. Medicina Práctica Materna, feto, Neonatal. Argentina: Centro Colaborador de la OMS en Salud Materno-Infantil. 2005. [fecha de acceso 22 de enero del 2010]. URL disponible en:  
[http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menuprincipal/02\\_Informacion%20de%20LA%20y%20Caribe/Indice/02-mortalidad-neonatal.htm](http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menuprincipal/02_Informacion%20de%20LA%20y%20Caribe/Indice/02-mortalidad-neonatal.htm)
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2000-2009. Perú; 2009.
6. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional- Reducción de la mortalidad materna y perinatal. Lima– Mayo 2009; 32.
7. Kenneth C Johnson, Betty-Anne Daviss. Estudio largo y prospectivo de Hallazgos en Partos Domiciliarios Planificados Atendidos por Certified Professional Midwives (Parteras Profesionales y Certificadas): en Norte América; 2005.
8. Análisis de situación de Salud – Red de Salud VII San Pablo, oficina de epidemiología, 2008: 32.
9. Salud . com . Un consultorio en tus manos. [fecha de acceso 17 de enero del 2010]. URL disponible en:  
[http://www.salud.com/secciones/salud\\_infantil.asp?contenido=27757](http://www.salud.com/secciones/salud_infantil.asp?contenido=27757)
10. Unicef. Estado mundial de la Infancia [diapositiva] Lima; 2009. 24 diapositivas, [fecha de acceso el 12 de diciembre del 2009]. URL disponible en:  
[http://www.unicef.org/peru/spanish/Presentacion\\_EMI\\_2009\\_final.pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/Presentacion_EMI_2009_final.pdf)
11. Análisis de la situación de Salud [ASIS REGIONAL] Dirección Regional de Salud – Cajamarca, Oficina de Epidemiología. 2006: 37,38.



12. Carolina Tarqui M, Alejandro Barreda G. Estudio de casos y controles de Factores Asociados con la Elección del Parto Domiciliario en una Zona de Atención Primaria: Callao, Perú; 2005.
13. Salud de calidad para todos y con todos. Perú: Publicadas por Alfonso E Nino Guerrero; 2010. [fecha de acceso el 09/02/2011]. URL disponible en: <http://alfonsonino.blogspot.com/2010/07/parto-domiciliario-y-parto.html>
14. Mc. Dermortt, J. Perinatal mortality in rural Malawi, *Bold World Health/Organ*; 1997:165-171.
15. Musto A. Descepciones sobre calidad de atención. Realidades y desafíos: Reflexiones de mujeres que trabajan en Salud Reproductiva. Santiago de Chile ICIMER 1997: 116-120.
16. Barda C. Factores Condicionantes del parto domiciliario en Bogotá. DC. *Rev. Salud Pública* 2001; 3(2). 154-170.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informatica. Encuesta Demográfica Nacional. Lima – Perú. 1998.
18. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de Salud. Atención inmediata del recién nacido. Montevideo. 1990; 11:3.
19. Ferrari Camus, Zaida Nile, Tendencias de morbimortalidad en nacidos pretermino según parto vaginal y abdominal en el Hospital Regional de Trujillo. [Tesis para título de Médico Cirujano]. Trujillo 2003 – 2007.
20. Mendoza Rodriguez, Ledwin Martín, Calidad de atención del control prenatal y atención del parto institucional, en usuarias del Centro de Salud Santa Lucia de Moche [Tesis para Maestría en Salud Pública]. Trujillo 2008.
21. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Naciones Unidas. Hoja informativa. Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; 2010. [fecha de acceso 01-11-2011]. URL disponible en: [http://www.eclac.org/MDG/noticias/paginas/3/39983/ODM4\\_HOJA\\_MORTALIDAD\\_INFANTIL.pdf](http://www.eclac.org/MDG/noticias/paginas/3/39983/ODM4_HOJA_MORTALIDAD_INFANTIL.pdf)
22. Mortalidad Materna y Neonatal en América Latina y el Caribe y estrategias de reducción. Ministerio de Salud de Chile; 2009. [fecha de acceso 01/11/2011]. URL disponible en: [http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf)
23. Dirección General de Salud de las Personas. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud. Perú; 2004
24. Pérez Sánchez, A – Donoso Siña, E. Obstetricia. Santiago de Chile. Mediterráneo; 1999.

25. Boletín de American journal of obstetrics and gynecology. Maine Medical Center. Muertes neonatales en alumbramiento domiciliario. EE.UU. 2010; 23:15.
26. Martínez Escoriza JC. El Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?. Evidencia Pediátrica. 2010; 6:46.
27. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC. El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. España. Evidencia Pediatría. 2010; 6:59.
28. Revisión por el Centro Cochrane. Nacimientos en hospital y domicilio. Biblioteca de Cochrane Plus. España. 2000 [fecha de acceso 12/08/2009] URL disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=241490&DocumentID=CD007701>.
29. Revista científica British Medical Journal. Centro de Prevención y Control de Enfermedades. Canadá. 2005; 12:18.
30. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención Matenoinfantil. Organización Panamericana de la Salud. Washington E.U.A. 1986.
31. Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª ed. Washington DC:OPS; 1994.
32. Informe Técnico. Indicadores de seguimiento de la calidad de la salud materna: Metodología y Resultados. Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Calidad del Gasto Público- SSEGP. Lima, Julio; 2006.
33. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. Lima; 2006.

## **VIII. ANEXOS.**

Anexo N°: 01

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

N° de orden	Apellidos y nombres	Residencia Habitual (distrito)	Fecha de nacimiento	Fecha de defunción	Tiempo de vida	Lugar de ocurrencia del parto (*)

(\*) Lugar de Ocurrencia:

- Hospital
- Centro de Salud
- Puesto de Salud
- Domicilio

FUENTE: Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología.

**Anexo N°: 02**

TASAS DE MORTALIDAD PRECOZ E INMEDIATA, PRECOZ Y NEONATAL SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y PROVINCIA. RED DE SALUD CAJAMARCA, 2007-2009

( X 1000 Nacimientos vivos)

RED DE SALUD 2007	MORTALIDAD PROC DE NAC INSTITUCIONALES			MORTALIDAD PROC DE NAC DOMICILIARIOS			MORTALIDAD EN GLOBAL		
	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL
CAJAMARCA	3.56	8.71	9.30	7.23	13.65	24.10	4.29	9.69	12.23
CONTUMAZÁ	0.00	3.70	3.70	27.03	81.08	108.11	1.73	8.67	10.40
SAN MARCOS	5.96	7.15	7.15	12.20	18.29	30.49	6.98	8.97	10.97
SAN MIGUEL	9.69	12.92	12.92	0.00	0.00	0.00	8.00	10.67	10.67
SAN PABLO	6.33	6.33	12.66	0.00	0.00	19.61	5.45	5.45	13.62
CAJABAMBA	2.78	4.17	6.26	12.90	23.66	32.26	5.25	8.93	12.61
CELENDÍN	5.87	8.47	9.78	4.77	28.64	50.12	5.63	12.80	18.43
<b>TOTAL</b>	<b>4.26</b>	<b>7.84</b>	<b>8.80</b>	<b>7.96</b>	<b>18.31</b>	<b>30.25</b>	<b>4.98</b>	<b>9.88</b>	<b>13.00</b>

RED DE SALUD 2008	MORTALIDAD PROC DE NAC INSTITUCIONALES			MORTALIDAD PROC DE NAC DOMICILIARIOS			MORTALIDAD EN GLOBAL		
	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL
CAJAMARCA	9.08	18.15	21.42	26.40	30.47	33.85	12.74	20.76	24.05
CONTUMAZÁ	4.72	4.72	7.08	56.60	75.47	75.47	10.48	12.58	14.68
SAN MARCOS	7.81	8.93	8.93	36.20	67.87	95.02	13.43	20.59	25.96
SAN MIGUEL	4.82	12.05	12.05	85.11	106.38	120.57	25.18	35.97	39.57
SAN PABLO	16.06	16.06	16.06	174.60	190.48	253.97	48.08	51.28	64.10
CAJABAMBA	6.02	7.82	8.42	37.69	52.76	57.79	12.14	16.50	17.96
CELENDÍN	16.21	23.69	28.05	46.46	66.37	79.65	22.86	33.07	39.40
<b>TOTAL</b>	<b>9.39</b>	<b>15.80</b>	<b>18.31</b>	<b>38.86</b>	<b>50.62</b>	<b>59.54</b>	<b>15.48</b>	<b>23.00</b>	<b>26.84</b>

RED DE SALUD 2009	MORTALIDAD PROC DE NAC INSTITUCIONALES			MORTALIDAD PROC DE NAC DOMICILIARIOS			MORTALIDAD EN GLOBAL		
	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL	PRECOZ E INM	PRECOZ	NEONATAL
CAJAMARCA	2.89	13.74	15.73	10.02	18.50	23.90	4.25	14.64	17.28
CONTUMAZÁ	2.65	5.31	7.96	0.00	12.66	12.66	2.19	6.58	8.77
SAN MARCOS	10.27	19.41	25.11	14.39	35.97	50.36	10.84	21.67	28.57
SAN MIGUEL	4.23	8.46	8.46	0.00	19.74	26.32	3.20	11.20	12.80
SAN PABLO	11.67	15.56	15.56	15.87	31.75	31.75	12.50	18.75	18.75
CAJABAMBA	5.77	10.09	13.70	8.00	18.00	30.00	6.36	12.19	18.02
CELENDÍN	3.06	9.78	11.00	20.20	27.78	37.88	6.40	13.29	16.24
TOTAL	4.18	12.62	14.90	10.66	20.94	28.56	5.47	14.28	17.62

Anexo N°: 03

FRECUENCIA DE PARTOS VAGINALES POR LUGAR DE ATENCIÓN

REDES DE SALUD	2007					2008					2009					TOTAL			FRECUENCIA	
	N°			FRECUENCIA		N°			FRECUENCIA		N°			FRECUENCIA						
	INSTITUCIONES	DOMICILARIOS	TOTAL	INSTITUCIONALES	DOMICILIARIOS	INSTITUCIONES	DOMICILARIOS	TOTAL	INSTITUCIONALES	DOMICILIARIOS	INSTITUCIONES	DOMICILARIOS	TOTAL	INSTITUCIONALES	DOMICILIARIOS	INSTITUCIONALES	DOMICILARIOS	TOTAL	INSTITUCIONALES	DOMICILIARIOS
CAJAMARCA	5052	1245	6297	80.2	19.8	5509	1477	6986	78.9	21.1	5532	1297	6829	81.0	19.0	16093	4019	20112	80.0	20.0
CONTUMAZÁ	540	37	577	93.6	6.4	424	53	477	88.9	11.1	377	79	456	82.7	17.3	1341	169	1510	88.8	11.2
SAN MARCOS	839	164	1003	83.6	16.4	896	221	1117	80.2	19.8	876	139	1015	86.3	13.7	2611	524	3135	83.3	16.7
SAN MIGUEL	619	131	750	82.5	17.5	415	141	556	74.6	25.4	473	152	625	75.7	24.3	1507	424	1931	78.0	22.0
SAN PABLO	316	51	367	86.1	13.9	249	63	312	79.8	20.2	257	63	320	80.3	19.7	822	177	999	82.3	17.7
CAJABAMBA	1438	465	1903	75.6	24.4	1662	398	2060	80.7	19.3	1387	500	1887	73.5	26.5	4487	1363	5850	76.7	23.3
CELENDÍN	1534	419	1953	78.5	21.5	1604	452	2056	78.0	22.0	1636	396	2032	80.5	19.5	4774	1267	6041	79.0	21.0
DISA CAJAMARCA	10338	2512	12850	80.5	19.5	10759	2805	13564	79.3	20.7	10538	2626	13164	80.1	19.9	66192	7943	74135	89.3	10.7

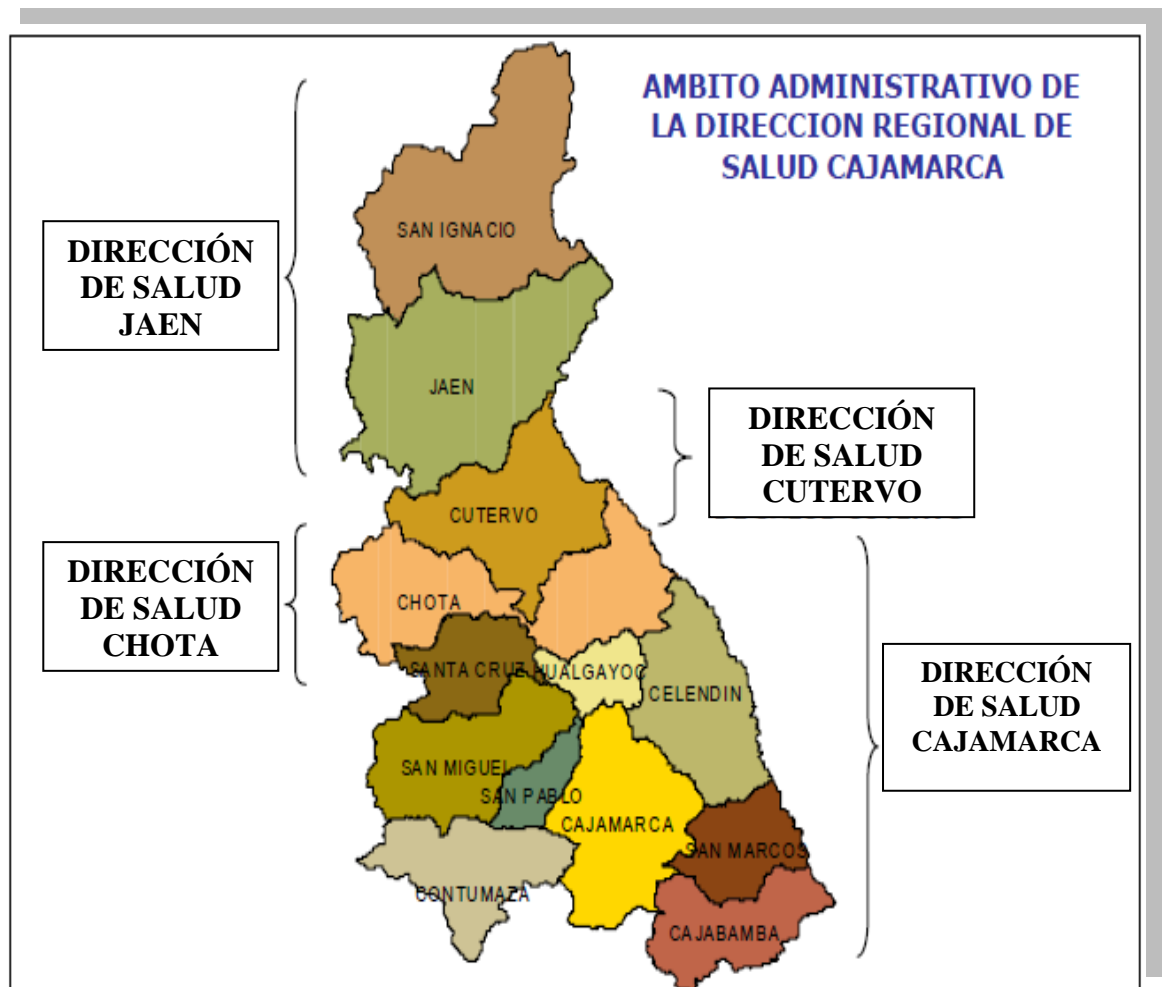
**Anexo N°: 04**

**TASAS DE DEFUNCIÓN NEONATAL, SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN DE PARTO VAGINAL. DISA  
CAJAMARCA 2007-2009**

LUGAR DE PARTO VAGINAL	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES NEONATALES	TASA SE DEFUNCIÓN NEONATAL x 1000 NV
DOMICILIARIO	7943	318	40.03
INSTITUCIONAL	31635	445	14.07
TOTAL	39578	763	19.28



ÁMBITO ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCION REGIONAL –  
CAJAMARCA.



FUENTE: ASIS - DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA 2009.