Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2024; 92 (1): 17-26.

https://doi.org/10.24245/gom.v92i1.9273

Características de la atención prenatal y su asociación con el lugar y tipo de parto de mujeres peruanas

Characteristics of prenatal care and its association with the place and type of delivery of peruvian women.

Diana Pamela Palacios Vivanco,[1] Victor Hugo Moquillaza Alcántara,[2] John Barja Ore[3]

Resumen

OBJETIVO: Establecer la asociación entre las características de la atención prenatal y el lugar y tipo de finalización del embarazo de mujeres peruanas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, analítico y transversal, de enfoque cuantitativo, efectuado a partir del análisis de una base secundaria de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2021 en la que participaron mujeres peruanas que cumplieron los criterios de selección. La asociación se evaluó mediante regresión de Poisson.

RESULTADOS: Se analizaron los datos de 17,371 mujeres peruanas. El 5.55% de los partos fueron domiciliarios y el 33.75% culminaron por cesárea. La probabilidad de parto domiciliario se incrementó ante la carencia de control prenatal ($p < 0.001$; razón de prevalencia ajustada (RPa): 5.23), haber recibido información de sus derechos ($p < 0.001$; RPa:1.27) y debido a la atención encargada a enfermeras ($p < 0.001$; RPa:5.06) o promotores de salud ($p < 0.001$; RPa:1.39). La finalización del embarazo mediante cesárea fue mayor cuando la primera atención prenatal se inició durante el primer trimestre ($p < 0.001$; RPa:1.22), con examen de sangre ($p = 0.004$; RPa:1.19), escucha de latidos fetales ($p = 0.001$; RPa:1.48), pruebas para sífilis ($p < 0.001$; RPa:1.09) y VIH ($p < 0.001$; RPa:1.45), prescripción de hierro ($p < 0.001$; RPa:1.18), información para su alimentación ($p < 0.001$; RPa:1.21), control por parte del médico ($p < 0.001$; RPa:1.37) o técnico en enfermería ($p < 0.001$; RPa:1.26).

CONCLUSIÓN: Se identificaron lascaracterísticas de la atención que determinaron el tipo y lugar de finalización del embarazo.

PALABRAS CLAVE: Atención prenatal; parto; mujeres; salud materna; parto domiciliario.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the association between the characteristics of prenatal care and the place and type of abortion in Peruvian women.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective, observational, analytical and cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out from the analysis of a secondary database of the Demographic and Family Health Survey (ENDES) of the year 2021, in which Peruvian women who met the selection criteria participated. The association was assessed using Poisson regression.

RESULTS: Data from 17,371 Peruvian women were analyzed. A total of 5.55% of deliveries were home births and 33.75% were caesarean sections. The odds of home delivery were increased by lack of prenatal care ($p < 0.001$; adjusted prevalence ratio (aPR): 5.23), having received information about their rights ($p < 0.001$; aPR: 1.27), and having received care from nurses ($p < 0.001$; aPR: 5.06) or community health workers

[1] Licenciada en Obstetricia, Escuela Profesional de Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
[2] Magíster en Informática Biomédica, Escuela de Medicina, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
[3] Magíster en Docencia e Investigación en Salud, Dirección de Investigación, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-6414-9985
https://orcid.org/0000-0002-0362-907X
https://orcid.org/0000-0002-9455-0876

Recibido: octubre 2023

Aceptado: noviembre 2023

Correspondencia
Diana Pamela Palacios Vivanco
diana.palacios1@unmsm.edu.pe

Este artículo debe citarse como: Palacios-Vivanco DP, Moquillaza-Alcántara VH, Barja-Ore J. Características de la atención prenatal y su asociación con el lugar y tipo de parto de mujeres peruanas. Ginecol Obstet Mex 2024; 92 (1): 17-26.

(p < 0.001; aPR: 1.39). Termination of pregnancy by cesarean section was higher when the first prenatal care visit was initiated during the first trimester (p < 0.001; RPA: 1.22), with blood testing (p = 0.004; RPA: 1.19), fetal heart rate monitoring (p = 0.001; RPA: 1. 48), testing for syphilis (p < 0.001; RPa:1.09) and HIV (p < 0.001; RPa:1.45), prescription of iron (p < 0.001; RPa:1.18), information on nutrition (p < 0.001; RPa:1.21), monitoring by physician (p < 0.001; RPa:1.37) or nurse.

CONCLUSION: Characteristics of care that determined the type and location of pregnancy termination were identified.

KEYWORDS: Prenatal care; Childbirth; Women, maternal health; Home birth.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna sigue siendo un problema sin resolver porque cada día fallecen en el mundo cerca de 830 mujeres debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En la Agenda 2030, el objetivo "Salud y Bienestar" de los Objetivos de Desarrollo Sostenible la meta es reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 casos por cada 100,000 nacidos vivos. En los reportes de Naciones Unidas se señala que el 75% de las muertes maternas se deben a las complicaciones obstétricas, susceptibles de prevención y tratamiento durante el embarazo.[1,2] En ese sentido, es decisivo el cumplimiento y la calidad con que se llevan a cabo las consultas prenatales porque son vigilancias oportunas que permiten detectar y prevenir futuras complicaciones que pueden derivar en la muerte de las madres.[3]

En los últimos años, América Latina y el Caribe registran una alta cobertura de atención prenatal, del 94.3% en Perú,[4] con una notable disminución de muertes maternas.[5] A pesar de ello, prevalecen los contrastes sociales que impiden el acceso a este programa de salud. Las embarazadas que viven en la zona rural de la sierra, la selva y zonas de pobreza tienen mayores complicaciones para acceder al servicio de atención prenatal.[6,7]

Es así como las características sociales no solo repercuten en la atención prenatal sino también en la forma en que finaliza el embarazo.[6] Una investigación puso de manifiesto que ser pobre, proceder de las zonas de la selva o de la sierra, no contar con atenciones prenatales o tener un inicio tardío, son factores determinantes que predisponen a que el embarazo finalice en los domicilios.[8] La tasa de cesárea tiende a incrementarse del 20 al 40% en las embarazadas sin educación prenatal, con nivel socioeconómico bajo, sobre todo por desinformación o ideas erróneas que se tienen del parto natural y espontáneo.[9]

Ante lo referido es posible que exista una triangulación de la asociación donde las características sociales de las embarazadas sean elementos confusores, y la elección del tipo de finalización del embarazo se origine por la calidad con la que se brindó la atención prenatal. La evidencia al respecto es escasa y no existen estudios pobla-

https://doi.org/10.24245/gom.v92i1.9273

cionales que aporten sustento con un tamaño de muestra considerable. Por consiguiente, el objetivo de la investigación fue: establecer la asociación entre las características de la atención prenatal y el lugar y tipo de parto de mujeres peruanas que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar durante el año 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, analítico, transversal y de enfoque cuantitativo efectuado a partir del análisis de una base secundaria de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2021 (http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/).

Se utilizaron los módulos 64 (características del hogar) y 69 (embarazo, parto y puerperio) en los que participaron mujeres de entre 15 a 49 años que hubieran tenido, al menos, un hijo nacido vivo en los últimos cinco años y haber pernoctado en su domicilio la última noche antes de la encuesta. La selección fue por muestreo probabilístico, bietápico, estratificado e independiente para cada departamento, según el tipo urbano o rural.

Variables de estudio: lugar donde finalizó el embarazo (domiciliario o institucional) y tipo (parto o cesárea). En ambos casos la primera categoría fue la de interés para el análisis.

Las características de la atención prenatal se evaluaron mediante su periodicidad (sin atenciones, menos de seis y seis o más atenciones), la primera de ellas en el trascurso del primer trimestre y en qué ~~cosistió~~ consistió: mediciones del peso y la presión arterial, exámenes de orina y sangre, auscultación de los latidos fetales, pruebas para sífilis y VIH, concentraciones de hierro y vacuna antitetánica. Además, características de las consejerías: información de la alimentación durante el embarazo, de los derechos de la embarazada, preparación de pezones para la lactancia, técnicas de lactancia materna, complicaciones del embarazo y a dónde acudir en caso de complicaciones. El personal que participó en la atención prenatal: médico, enfermera, obstetra, técnico en enfermería, promotor de salud o partera. Todas las respuestas corresponden a un autorreporte de la participante durante la ejecución del ENDES del 2021.

Los datos de interés se extrajeron de los módulos "1633" y "1629" del ENDES 2021 y se exportaron al programa STATA versión 17. La estimación de proporciones de las variables principales se llevó a cabo tomando en cuenta el muestreo complejo del estudio. La asociación cruda (bivariada) o ajustada (multivariada) entre variables se estableció mediante la prueba de regresión de Poisson, que consideró con variación significativa al valor de $p < 0.05$. También se reportó el sentido de la asociación mediante la razón de prevalencia ajustada (RPa), que se acompañó de su intervalo de confianza del 95%.

El reporte de la distribución de casos se efectuó mediante mapas generados en el programa QGIS (sistema de información geográfica Quantum GIS). La categorización se practicó utilizando el corte por quintiles.

El estudio corresponde a un análisis de base secundaria que es pública, por lo que no fue necesaria la aprobación de un comité de ética. Los datos de las participantes de la ENDES 2021 son anónimos. El estudio contó con la revisión y aprobación del comité de investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

RESULTADOS

Se contó con 17,371 participantes que en la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2021 completaron toda la información requerida para el estudio. En la **Figura 1 (Anexo 1)** se observa que la proporción

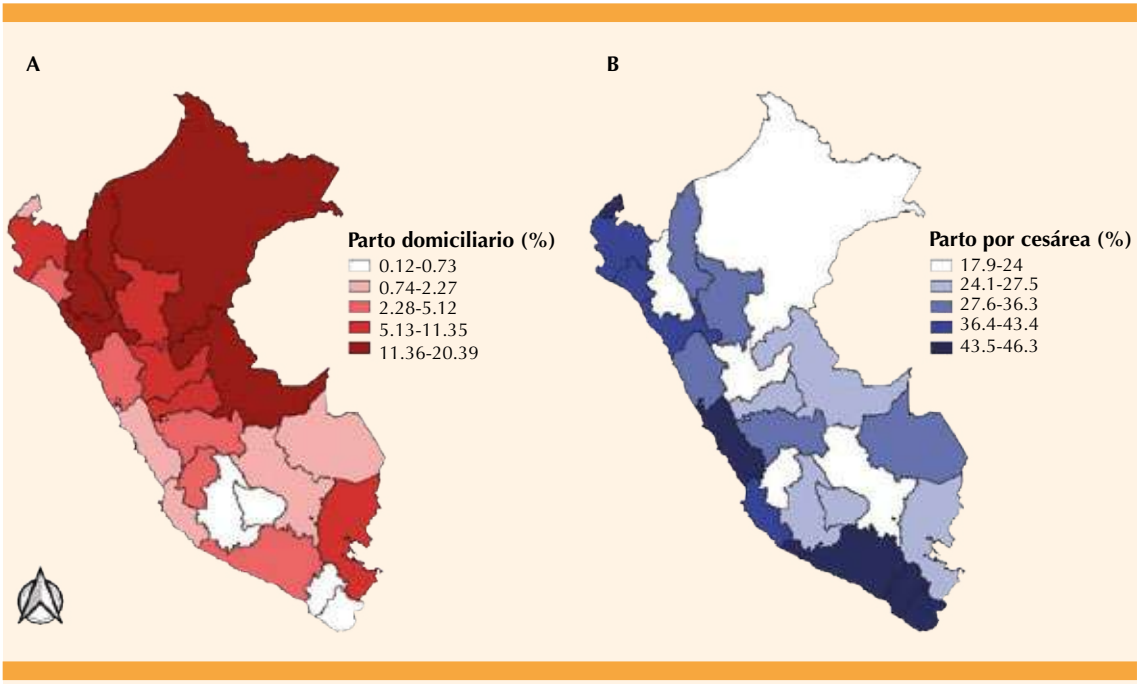


Figura 1. Proporción del parto domiciliario (A) y parto por cesárea (B) en el Perú, 2021.

de parto domiciliario fue más frecuente en el norte del Perú, sobre todo en las regiones de Loreto (20.39%) y Ucayali (17.05%). La mayor proporción de cesáreas se registró en la costa del país; fue mayor en Arequipa (46.29%) y Tumbes (46.0%). En general, en el Perú la proporción de parto domiciliario fue de 5.55% y de cesáreas de 33.75%.

En el **Cuadro 1** se muestra que la circunstancia de no tener controles prenatales incrementa la probabilidad de que el embarazo culmine en parto domiciliario ($p < 0.001$; razón de prevalencia ajustada [RPa]: 5.23) y reduce la de que el embarazo culmine en cesárea ($p < 0.001$; RPa:0.37), lo que también se reporta con controles prenatales inadecuados (menos de 6 sesiones) pero en menor proporción. Iniciar la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo reduce la probabilidad de parto domiciliario ($p < 0.001$; RPa:0.79) e incrementa la de cesárea ($p < 0.001$; RPa:1.22).

En el **Cuadro 2** se observan las actividades que durante la atención prenatal se asocian con parto domiciliario y cesárea. La medición del peso ($p < 0.001$; RPa:0.27), el examen de orina ($p < 0.001$; RPa:0.39), la auscultación de los latidos fetales ($p < 0.001$; RPa:0.60) y las pruebas para detectar sífilis ($p < 0.001$; RPa:0.69) y VIH ($p < 0.001$; RP:0.40) redujeron la probabilidad de parto domiciliario. El examen de sangre ($p = 0.004$; RPa:1.19), la auscultación de latidos fetales ($p = 0.001$; RPa:1.48), las prueba para detectar sífilis ($p < 0.001$; RPa:1.09) y VIH ($p < 0.001$; RPa:1.45) y el haber recibido hierro ($p < 0.001$; RPa:1.18) incrementaron la probabilidad de cesárea, mientras que la protección antitetánica redujo su probabilidad ($p < 0.001$; RPa:0.84).

https://doi.org/10.24245/gom.v92i1.9273

Cuadro 1. Periodicidad e inicio de la atención prenatal asociadas al lugar y tipo de parto en mujeres peruanas, 2021

	Lugar de parto (1=Parto domiciliario)			Tipo de parto (1=Parto por cesárea)		
	Análisis crudo	Análisis ajustado		Análisis crudo	Análisis ajustado	
	p †	p†	RPa [IC95%]	p †	p†	RPa [IC95%]
Periodicidad de la atención prenatal						
Sin controles prenatales	<0.001	<0.001	5.23 [4.66-5.92]	<0.001	<0.001	0.37 [0.28-0.51]
Inadecuado (<6)	<0.001	<0.001	1.99 [1.80-2.21]	<0.001	<0.001	0.91 [0.87-0.95]
Adecuado (≥6)		Ref.			Ref.	
Primera atención prenatal durante el primer trimestre						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	<0.001	0.79 [0.72-0.88]	<0.001	<0.001	1.22 [1.17-1.27]

Atención prenatal: Atención prenatal; RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: Categoría de referencia.
† Evaluado mediante Regresión de Poisson.

En el **Cuadro 3** se muestra cómo las consejerías pueden asociarse con el lugar y tipo de finalización del embarazo. El hecho de haber recibido información referente a la alimentación durante el embarazo ($p < 0.001$; RPa:0.32) y educación en técnicas de lactancia materna ($p = 0.004$: RPa:0.80) redujeron la probabilidad del parto domiciliario. De la misma manera, haber recibido información de los derechos de la embarazada incrementó su probabilidad ($p < 0.001$; RPa:1.27). El hecho de recibir información referente a los derechos de la embarazada ($p < 0.001$; RPa:0.90) y adiestrarse en las técnicas para la lactancia materna ($p < 0.001$; RPa:0.89) redujo la probabilidad de cesárea; así mismo, recibir información de la alimentación durante el embarazo ($p < 0.001$; RPa:1.21) incrementó su probabilidad.

La asociación entre el personal que participó en la atención prenatal con el lugar y tipo de parto puede observarse en el **Cuadro 4**; el referente profesional fue el obstetra. Cuando un médico ($p < 0.001$; RPa:0.27) o técnico en enfermería ($p < 0.001$; RPa:0.74) participó en la atención prenatal se redujo la probabilidad de parto domiciliario, y se incrementó cuando participaron un enfermero ($p < 0.001$; RPa:5.06) y el promotor de salud ($p < 0.001$; RPa:1.39). La participación del médico ($p < 0.001$; RPa:1.37) o técnico de enfermería ($p < 0.001$; RPa:1.26) incrementó la probabilidad de cesárea y la del enfermero ($p < 0.001$; RPa:0.74) la redujo.

DISCUSIÓN

El entorno para la finalización del embarazo es un aspecto relevante en la atención de la madre. El hecho de disponer de personal debidamente capacitado y contar con los equipos necesarios para brindar una atención completa son necesarios para favorecer la disminución del riesgo de complicaciones obstétricas y en el recién nacido.[10] Si bien cada vez se promueve más que el

Cuadro 2. Actividades realizadas durante la atención prenatal asociadas al lugar y tipo de parto en mujeres peruanas, 2021

	Lugar de parto (1=Parto domiciliario)			Tipo de parto (1=Parto por cesárea)		
	Análisis crudo	Análisis ajustado		Análisis crudo	Análisis ajustado	
	p †	p†	RPa [IC95%]	p †	p†	RPa [IC95%]
Medición de peso						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	<0.001	0.27 [0.24-0.31]	0.020	0.499	0.91 [0.72-1.17]
Medición de presión arterial						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	0.130	0.79 [0.59-1.06]	0.003	0.508	1.08 [0.85-1.38]
Examen de orina						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	<0.001	0.39 [0.34-0.46]	<0.001	0.622	1.02 [0.93-1.11]
Examen de sangre						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	0.536	1.05 [0.89-1.24]	<0.001	0.004	1.19 [1.05-1.34]
Auscultación de latidos fetales						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	<0.001	0.60 [0.48-0.75]	<0.001	0.001	1.48 [1.16-1.89]
Test para sífilis						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	<0.001	0.69 [0.61-0.79]	<0.001	<0.001	1.09 [1.04-1.14]
Test para VIH						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	<0.001	0.40 [0.35-0.46]	<0.001	<0.001	1.45 [1.36-1.55]
Recibió hierro						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	0.848	1.01 [0.86-1.18]	<0.001	<0.001	1.18 [1.11-1.26]
Protección antitetánica (≥1)						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	0.647	1.02 [0.93-1.11]	<0.001	<0.001	0.84 [0.82-0.86]

RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: Categoría de referencia; P.A.: Presión arterial.
† Evaluado mediante Regresión de Poisson

https://doi.org/10.24245/gom.v92i1.9273

Cuadro 3. Consejerías realizadas durante la atención prenatal asociadas al lugar y tipo de parto en mujeres peruanas, 2021

	Lugar de parto (1=Parto domiciliario)			Tipo de parto (1=Parto por cesárea)		
	Análisis crudo	Análisis ajustado		Análisis crudo	Análisis ajustado	
	p †	p†	RPa [IC95%]	p †	p†	RPa [IC95%]
Información sobre alimentación durante el embarazo						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	<0.001	0.32 [0.28-0.37]	0.067	<0.001	1.21 [1.13-1.29]
Información sobre derechos de la gestante						
No		Ref.			Ref.	
Si	0.001	<0.001	1.27 [1.14-1.42]	<0.001	<0.001	0.90 [0.87-0.92]
Educación sobre preparación de los pezones para la lactancia						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	0.687	1.03 [0.88-1.19]	<0.001	0.709	0.99 [0.94-0.13]
Educación sobre técnicas de lactancia materna						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	0.004	0.80 [0.68-0.93]	<0.001	<0.001	0.89 [0.85-0.94]
Información sobre complicaciones durante el embarazo						
No		Ref.			Ref.	
Si	<0.001	- *	1	0.017	- *	1
Información sobre dónde acudir en caso de complicaciones						
No		Ref.			Ref.	
Si	0.163	0.067	0.72 [0.50-1.02]	0.043	0.125	0.91 [0.82-1.02]

*Omitido por colinealidad con variable M44 (información sobre dónde acudir en caso de complicaciones).
RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: Categoría de referencia.
† Evaluado mediante Regresión de Poisson.

Cuadro 4. Personal que participó en la atención prenatal asociado al lugar y tipo de parto en mujeres peruanas, 2021

	Lugar de parto (1=Parto domiciliario)			Tipo de parto (1=Parto por cesárea)		
	Análisis crudo	Análisis ajustado		Análisis crudo	Análisis ajustado	
	p †	p†	RPa [IC95%]	p †	p†	RPa [IC95%]
Personal de salud encargado de realizar la atención						
Médico	<0.001	<0.001	0.27 [0.21-0.36]	<0.001	<0.001	1.37 [1.32-1.42]
Enfermera	<0.001	<0.001	5.06 [4.60-5.57]	<0.001	<0.001	0.74 [0.66-0.84]
Obstetra		Ref.			Ref.	
Técnico en enfermería	<0.001	<0.001	0.74 [0.66-0.83]	<0.001	<0.001	1.26 [1.22-1.30]
Promotor de salud	0.002	<0.001	1.39 [1.18-1.66]	<0.001	0.140	0.93 [0.85-1.02]
Partera	0.524	0.092	1.30 [0.95-1.78]	0.182	0.221	1.08 [0.95-1.24]

RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: Categoría de referencia
† Evaluado mediante Regresión de Poisson.

embarazo finalice en una institución, la atención domiciliaria sigue siendo una preocupación que requiere la identificación de las barreras sociales y sanitarias que dificultan el acceso libre y oportuno a los servicios de salud.[11]

En una revisión que analizó los datos de países de ingresos bajos y medios se estimó una prevalencia de parto domiciliario de 28%;[12] aquí se reporta que en Perú ese porcentaje fue considerablemente menor: 5.5%. Sin embargo, al contrastar esta información con estudios efectuados en África[13,14] se demuestra un mejor escenario para la salud de la madre puesto que el parto en casa alcanza, incluso, hasta al 29% de las embarazadas.

La atención prenatal es una estrategia importante en el marco de la salud materna y perinatal porque las actividades que se llevan a cabo durante la prestación de este servicio contribuyen a la detección y atención oportuna de las complicaciones obstétricas, así como a la orientación de la paciente para un mejor cuidado de su salud.[15] Al respecto, esta investigación demostró que es mayor cuando no se asiste a la atención prenatal o si se asiste en cantidad insuficiente (menos de 6). En este mismo sentido, estudios previos basados en encuestas nacionales demuestran que las pacientes con más controles prenatales tienen menos probabilidad de tener un parto en casa.[16,17] Si bien la repercusión es clara, debe destacarse la relevancia del contexto social y cultural en los cuidados de salud de las madres. En una investigación en un área rural de Ghana se encontró una baja tasa de partos institucionales, pese a la gran demanda y cobertura de la atención prenatal.[18] Al igual que en este estudio, los hallazgos de otra investigación demuestran que cuando el inicio de la atención prenatal es temprano la probabilidad de parto en casa disminuye.[19]

https://doi.org/10.24245/gom.v92i1.9273

La atención del proceso del parto es fundamental para asegurar la continuidad del estado de salud del embarazo, así como del recién nacido; por ello, la prestación de este servicio debe ser con un profesional debidamente capacitado y especializado.[20,21] En Perú, la atención del embarazo y parto sin complicaciones la llevan a cabo los obstetras, con un enfoque intercultural y de calidad. Ahora bien, si se considera este contexto, podría comprenderse que la probabilidad de parto domiciliario es mayor cuando el control prenatal está a cargo de enfermeras o promotores de salud, que son agentes comunitarios.[8]

En relación con la cesárea es evidente que las características relacionadas con la atención prenatal son determinantes: la probabilidad de cesárea es mayor en las mujeres que inician tardíamente su control; y menor entre quienes tienen menos controles. Estos datos se asemejan a los reportes de estudios previos efectuados en Uganda[22] y Brasil[23] en los que tener más consultas prenatales incrementó la probabilidad de la cesárea. Un hallazgo que se contrapone a los de este estudio es el informado por Gedefaw y colaboradores[24] que señala que la cesárea es más probable en las mujeres que iniciaron tempranamente su control prenatal.

El espacio que propicia la consulta prenatal es valioso para el asesoramiento no solo de la embarazada sino también de su familiar, los contenidos educativos proporcionados lo mismo que las otras acciones obstétricas necesarias para asegurar la adecuada evolución del embarazo. Un estudio desarrollado en Etiopía concluyó que la probabilidad de cesárea fue mayor en las mujeres con al menos un contenido o acción llevada a cabo en la consulta;[24] esto también se muestra en este estudio porque algunos contenidos, como la auscultación de latidos fetales, pruebas para detectar sífilis y VIH, la indicación de hierro y la orientación de alimentación, incrementaron la probabilidad de cesárea.

La atención prenatal ofrecida por un médico mostró mayor probabilidad de cesárea en comparación con la proporcionada por un obstetra. Si bien es complejo comprender esta asociación, podría explicarse debido a la conducta de los médicos para evitar riesgos en el periodo intraparto, sobre todo en pacientes con complicaciones o antecedentes. Además, también debe considerarse que las cesáreas innecesarias son cada vez más frecuentes, no solo en hospitales privados sino también públicos,[25] con lo que podría señalarse que el asesoramiento y la consejería en la consulta prenatal estén orientados a migrar la preferencia de parto hacia la cesárea.

El estudio tiene limitaciones derivadas del análisis secundario que impiden explorar a detalle las variables que expliquen el fenómeno del parto domiciliario y la cesárea, solo las disponibles en las bases de datos. A pesar de esto se procuró incluir la mayor cantidad de características vinculadas al tema. En virtud del carácter retrospectivo del estudio son posibles los sesgos en la recolección de datos o veracidad de las respuestas. Debido al diseño transversal no fue posible establecer una relación causal entre las variables.

CONCLUSIÓN

La proporción de parto domiciliario alcanzó el 5.55% y el de cesárea el 33.75%, este último porcentaje superior a lo que sugieren los organismos internacionales. El lugar y tipo de finalización del embarazo variaron en función de la periodicidad de la atención prenatal, trimestre en que se inició, evaluaciones practicadas, tipos de consejería y profesional que participó.

REFERENCIAS

1. Mortalidad materna. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
2. Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Desarrollo Sostenible. 2015. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

3. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who
4. Banco de datos regional para el seguimiento de los ODS en América Latina y el Caribe. https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es
5. Hernández A, Vargas R, Bendezu G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2019; 36: 178-87. https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/178-187/es/
6. Barros L, Velasco E. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Enferm investig 2022; 7 (1): 58. https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480
7. Najarro K. Asociación entre el control prenatal y complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020. Universidad Ricardo Palma, 2022. http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/5277
8. Huapaya J, Santos Y, Moquillaza V. Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud 2019. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (5). https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417
9. Milcent C, Zbiri S. Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery. Health Econ Rev 2018; 8: 7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845483/
10. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev 2017; 11(11): CD011558. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011558.pub2
11. Quattrocchi P. Policies and Practices on Out-of-Hospital Birth: a Review of Qualitative Studies in the Time of Coronavirus. Curr Sex Health Rep 2023; 15 (1): 36-48. https://doi.org/10.1007/s11930-022-00354-7
12. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Bendezu-Quispe G. Prevalence of home birth among 880,345 women in 67 low- and middle-income countries: A meta-analysis of Demographic and Health Surveys. SSM Popul Health 2021; 16: 100955. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100955
13. Regassa LD, Tola A, Weldesenbet AB, Tusa BS. Prevalence and associated factors of home delivery in Eastern Africa: Further analysis of data from the recent Demographic and Health Survey data. SAGE Open Med 2022; 10: 20503121221088083. https://doi.org/10.1177/20503121221088083
14. Alemu SS, Ketema TG, Tessema KF, Feyisa JW, Yimer AA, Kebede BN. Preference of homebirth and associated factors among pregnant women in Arba Minch health and demographic surveillance site, Southern Ethiopia. PLoS One 2022; 17 (10): e0276682. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276682
15. Michel A, Fontenot H. Adequate Prenatal Care: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health 2023; 68 (2): 233-247. https://doi.org/10.1111/jmwh.13459
16. Budu E. Predictors of home births among rural women in Ghana: analysis of data from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20 (1): 523. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03211-4
17. Appiah F, Owusu BA, Ackah JA, Ayerakwah PA, Bediako VB, Ameyaw EK. Individual and community-level factors associated with home birth: a mixed effects regression analysis of 2017-2018 Benin demographic and health survey. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21 (1): 547. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04014-x
18. Boah M, Mahama AB, Ayamga EA. They receive antenatal care in health facilities, yet do not deliver there: predictors of health facility delivery by women in rural Ghana. BMC Pregnancy Childbirth 2018; 18 (1): 125. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1749-6
19. Siyoum M, Astatkie A, Mekonnen S, Bekele G, Taye K, Tenaw Z, Yohannes Z, Kassaye Z. Home birth and its determinants among antenatal care-booked women in public hospitals in Wolayta Zone, southern Ethiopia. PLoS One 2018; 13 (9): e0203609. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203609
20. Combellick JL, Telfer ML, Ibrahim BB, Novick G, Morelli EM, James-Conterelli S, Kennedy HP. Midwifery care during labor and birth in the United States. Am J Obstet Gynecol 2023; 228 (5S): S983-S993. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.044
21. Liu Y, Li T, Guo N, Jiang H, Li Y, Xu C, Yao X. Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21 (1): 151. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03638-3
22. Dusabe J, Akuze J, Kisakye AN, Kwesiga B, Nsubuga P, Ekirapa E. A case-control study of factors associated with caesarean sections at health facilities in Kabarole District, Western Uganda, 2016. Pan Afr Med J 2018; 29: 179. https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.179.14870
23. Fabbro MRC, Wernet M, Baraldi NG, de Castro Bussadori JC, Salim NR, Souto BGA, Dos Reis Fermiano A. Antenatal care as a risk factor for caesarean section: a case study in Brazil. BMC Pregnancy Childbirth 2022; 22 (1): 731. https://doi.org/10.1186/s12884-022-05008-z
24. Gedefaw G, Waltengus F, Demis A. Does Timing of Antenatal Care Initiation and the Contents of Care Have Effect on Caesarean Delivery in Ethiopia? Findings from Demographic and Health Survey. J Environ Public Health 2021; 2021: 7756185. https://doi.org/10.1155/2021/7756185
25. Ali Y, Khan MW, Mumtaz U, Salman A, Muhammad N, Sabir M. Identification of factors influencing the rise of cesarean sections rates in Pakistan, using MCDM. Int J Health Care Qual Assur 2018; 31 (8): 1058-69. https://doi.org/10.1108/ijhcqa-04-2018-0087

https://doi.org/10.24245/gom.v92i1.9273