

Control del puerperio en mujeres peruanas de zona urbana y rural: análisis secundario de una encuesta nacional

 Alexandra Liñan-Bermudez,¹  Pamela Leon Pastuso,¹  Jhonny Jesus Chafloque Chavesta,¹
 John Barja-Ore.²

RESUMEN

Objetivo: Comparar las características del control del puerperio en mujeres peruanas de zonas urbanas y rurales.

Métodos: Estudio transversal, realizado a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2020, se analizó 9017 registros de mujeres en edad reproductiva. Se estimaron recuentos ponderados y no ponderados; y se utilizó la prueba chi cuadrado a un 95 % de nivel de confianza.

Resultados: El 97,1 % de las mujeres tuvo control del puerperio. En las zonas urbanas y rurales la prevalencia de este servicio fue de 98,7 % y 91,1 %, respectivamente. El 78,9 % de las mujeres de zonas urbanas tuvo su primer control dentro de las 4 horas posteriores al parto, 45,2 % fue atendida por un médico y 58,2 % tuvo la atención en establecimientos de salud del Ministerio de Salud. En las zonas rurales, el 35,1 % recibió la atención por parte de un profesional obstetra, 12,3 % tuvo el control entre las 4 y 23 primeras horas del parto, y 8,2 % tuvo esta atención en su domicilio o en la casa de la partera.

Conclusiones: En las zonas rurales, comparado a las urbanas, el control de puerperio es menos prevalente. La prestación de este servicio en el menor tiempo posible, por profesionales de salud y en establecimientos de salud, es significativamente mayor en las zonas urbanas.

Palabras clave: Periodo posparto, Atención posnatal, Personal de salud, Área urbana, Área rural.

Control of the puerperium in urban and rural Peruvian women: secondary analysis of a national survey

SUMMARY

Objective: To compare the characteristics of postpartum control from Peruvian women in urban and rural areas.

Methods: A cross-sectional study, carried out from the 2020 Demographic and Family Health Survey, analyzed 9017 records of women of reproductive age. Weighted and unweighted counts were estimated; and the chi square test was used at a 95% confidence level.

Results: 97.1% of the women had postpartum control. In urban and rural areas, the prevalence of this service was 98.7% and 91.1%, respectively. 78.9% of women in urban areas had their first check-up within 4 hours after giving birth, 45.2% were seen by a doctor, and 58.2% received care in health facilities of the Ministry of Health. In rural areas, 35.1% received care from a professional Obstetrician, 12.3% had control between the first 4 and 23 hours of delivery, and 8.2% received this care at home or in the house of the midwife.

Conclusions: In rural areas, compared to urban areas, postpartum control is less prevalent. The provision of this service in the shortest possible time, by health professionals and in health facilities, is significantly higher in urban areas.

Keywords: Postpartum period, Postnatal care, Health personnel, Urban area, Rural area.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es el periodo que comprende la etapa final del parto hasta la aparición de la primera menstruación, lo cual dura generalmente seis semanas

y en la que ocurren cambios anatómicos y fisiológicos maternos que permiten el retorno a un estado similar previo al embarazo (1, 2). No obstante, es posible la aparición de complicaciones perjudiciales no solo para la madre sino también al recién nacido. Por ello, el seguimiento oportuno y continuo en esta etapa es un aspecto fundamental para la vigilancia de la salud materna (3, 4).

Las necesidades durante este periodo exigen que en

¹Obstetra, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. ²Magister en Docencia e Investigación en Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú. Correo de correspondencia: john.barja@upn.pe

Forma de citar este artículo: Liñan-Bermúdez A, León Pastuso P, Chafloque Chavesta J, Barja-Ore J. Control del puerperio en mujeres peruanas de zona urbana y rural: análisis secundario de una encuesta nacional. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(2): 206-212. https://doi.org/10.51288/00820210

el control puerperal se realicen actividades como la exploración física y psicológica de la mujer, indicación de suplementos vitamínicos, consejería para fortalecer la práctica de la lactancia materna y seguimiento de planificación familiar (5, 6), las cuales estén orientadas a promover un adecuado estado de salud materno y neonatal; así como, a detectar y manejar determinados signos y síntomas de alarma de posibles complicaciones (7, 8).

Aunque se reconoce la importancia de este servicio, su desarrollo puede estar condicionado a las desigualdades y desventajas de cada área de residencia. De hecho, las zonas rurales, en comparación a las urbanas, evidencian un acceso y aceptación insuficiente de los servicios de salud, escasa disponibilidad de recursos humanos calificados y materiales para su prestación; así como aspectos vinculados a la cultura y sociedad (9). Es así que la atención posnatal puede relacionarse a las creencias, mitos y costumbres existentes, y a la alfabetización comunitaria de este servicio (10).

En el Perú, las principales causas de fallecimiento materno ocurren durante el periodo posnatal (11, 12), es así que, en 2019, 6 de cada 10 muertes maternas, aproximadamente, se produjeron durante el posparto (13). Para este mismo año, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informó que alrededor del 80 % de mujeres tuvieron un control posnatal dentro de las cuatro primeras horas en su último parto; y que, en la zona urbana (80 %) y rural (78 %), la proporción de mujeres con este primer control fue similar (14).

Los cuidados de la salud materna a través de los años se han centrado principalmente en el embarazo y parto (15); sin embargo, es preciso recordar que, el puerperio también representa una oportunidad preventiva y promocional para el bienestar de la madre, su hijo y familia, que debe aprovecharse en todos los establecimientos de salud para asegurar la cobertura

y continuidad de la atención obstétrica, sobre todo en zonas de mayor vulnerabilidad social y económica.

El control del puerperio es una etapa importante que favorece la salud materna y perinatal, pero puede verse afectado por diferentes causas, sobre todo a nivel sociodemográfico. Por ello, este estudio se realizó con el objetivo de comparar las características del control del puerperio en mujeres de zonas urbanas y rurales.

MÉTODOS

Estudio analítico y transversal, realizado mediante un análisis secundario de las bases de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2020, la cual se realizó mediante un muestreo aleatorio equilibrado, independiente y con estratos, por departamentos y por área de residencia.

Se incluyeron a las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto en los últimos cinco años previos a la encuesta; a las que estuvieron embarazadas al momento de la encuesta y las que presentaron datos incompletos se excluyeron de la investigación. De acuerdo con estos criterios se analizaron los registros de 9017 mujeres.

Se seleccionaron los módulos 1631 (“Datos Básicos de MEF”) y 1633 (“Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia”), a partir de las cuales se utilizaron las bases de datos “RECH011” y “REC41”, respectivamente. Esta información es de libre acceso y se encuentra disponible en la página web institucional del INEI (<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>)

Las variables de estudio fueron el lugar de residencia (“V025”), categorizada como urbana o rural; y el control del puerperio, definida como la atención en salud que se realiza después del parto, que comprendió

*CONTROL DEL PUERPERIO EN MUJERES PERUANAS DE ZONA URBANA Y RURAL:
ANÁLISIS SECUNDARIO DE UNA ENCUESTA NACIONAL*

la prestación de este servicio (“M66”), categorizada en sí o no; el momento del primer control (“M67”), recategorizada en no recibió atención, menos de 4 horas, 4 a 23 horas, 2 días y 3 a 41 días; la persona que realizó la atención (“M68”), recategorizada en no recibió atención, médico, obstetra, enfermera, otro trabajador de la salud y comadrona/partera; y, el lugar de la atención (“M69”), recategorizada en no recibió atención, su domicilio y/o casa de partera, Ministerio de Salud (MINSA), Seguridad social, Fuerzas Armadas (FFAA), particular y otros.

El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 26. En primer lugar, las bases de datos seleccionadas se integraron mediante el campo “CASEID”. Se utilizó el módulo de muestras complejas con el cual se preparó el análisis considerando la estratificación (“V022”), conglomerados (“V001”) y ponderación (“V005”). Para las variables categóricas se estimaron los recuentos no ponderados y ponderados; además, se aplicó la prueba chi cuadrado a un 95 % de nivel de confianza.

En relación con las consideraciones éticas del estudio, las bases de datos eran de acceso libre y no contenían información personal, por tal motivo no fue necesaria la aprobación de un comité de ética en investigación. No obstante, cabe precisar que la información no fue manipulada. No hubo conflicto de interés por parte de los investigadores.

RESULTADOS

De los 9017 registros, 6458 (71,6 %) correspondieron al área urbana y 2559 (28,4 %) al área rural. La tabla 1 muestra que 97,1 % de las mujeres asistió al control del puerperio. Este servicio se presentó en mayor proporción en las mujeres de zonas urbanas (98,7 %), en comparación a las de zona rural (91,1 %), con diferencias significativas en ambos grupos ($p < 0,001$)

La tabla 2 muestra que la mayoría de las mujeres tuvo el primer control del puerperio a menos de cuatro horas de producido el parto (78,1 %), este tiempo de atención fue más frecuente en las de zonas urbanas (78,9 % vs. 75,2 %). En tanto, la proporción de las mujeres atendidas después de los 2 días fue significativamente mayor en la zona rural (3,0 % vs 1,4 %).

En la tabla 3 se aprecia que los médicos eran los profesionales que mayormente prestaban este servicio (41,3 %); y, que lo realizaban con mayor frecuencia en la zona urbana (45,2 %). En la zona rural, la obstetra era la que realizaba esta atención con mayor frecuencia (35,1 %). Además, comparado con la zona urbana, la atención del puerperio realizada por las parteras fue mayor (0,4 %).

En la tabla 4 se observa que los establecimientos del Ministerio de Salud eran los más usados por las

Tabla 1. Control del puerperio en mujeres de zona urbana y rural

Control del puerperio	Lugar de residencia				Ambos grupos		p
	Urbana		Rural		n	%	
	n	%	n	%			
No	84	1,3	206	8,9	290	2,9	< 0,001
Sí	6374	98,7	2353	91,1	8727	97,1	

Tabla 2. Tiempo de atención del primer control del puerperio en mujeres de zona urbana y rural

Tiempo de atención del primer control del puerperio	Lugar de residencia				Ambos grupos		p
	Urbana		Rural		n	%	
	n	%	n	%			
No recibió atención	84	1,3	206	8,9	290	2,9	
Menos de 4 horas	5211	78,9	1957	75,2	7168	78,1	
4 a 23 horas	1091	18,5	329	12,9	1420	17,3	< 0,001
2 días	47	1	33	1,4	80	1,1	
3 a 41 días	25	0,4	34	1,6	59	0,6	

Tabla 3. Persona que realizó el primer control del puerperio en mujeres de zona urbana y rural

Persona que realizó el primer control del puerperio	Lugar de residencia				Ambos grupos		p
	Urbana		Rural		n	%	
	n	%	n	%			
No recibió atención	84	1,3	206	8,9	290	2,9	
Médico	2649	45,2	702	27,3	3351	41,3	
Obstetra	2038	24,5	969	35,1	3007	26,8	
Enfermera	1538	26,9	584	24,2	2122	26,3	< 0,001
Otro trabajador de la salud	142	2,0	78	3,4	220	2,3	
Comadrona/Partera	7	0,1	20	1,1	27	0,4	

Tabla 4. Lugar del primer control del puerperio en mujeres de zona urbana y rural

Lugar del primer control del puerperio	Lugar de residencia				Ambos grupos		p
	Urbana		Rural		n	%	
	n	%	n	%			
No recibió atención	84	1,3	206	8,9	290	2,9	
Su domicilio y/o casa de partera	30	0,6	168	8,2	198	2,2	
Ministerio de Salud	4141	58,2	1993	73,6	6134	61,6	
Seguro Social	1429	22,4	99	4,5	1528	18,5	< 0,001
Fuerzas Armadas	13	0,3	0	0	13	0,3	
Particular	650	15,2	82	4,4	732	12,9	
Otro	111	2,0	11	0,4	122	1,7	

mujeres (61,6 %), con mayor proporción en aquellas de zona rural (73,6 %). En la zona urbana, la atención en servicios privados fue mayor (15,2 %), caso contrario

a la atención brindada en la casa de la mujer o de la partera, que fue mayor en la zona rural (2,2 %).

DISCUSIÓN

El control del puerperio representa no solo una necesidad de salud pública, sino también una oportunidad para mejorar el bienestar de la madre, de su hijo y familia; sobre todo en escenarios en los que existen factores o condiciones sociales y culturales que dificultan el acceso a una atención oportuna y de calidad.

El presente estudio evidencia un menor porcentaje de mujeres con control del puerperio en las zonas rurales. Esto está de acuerdo con lo reportado en distintas investigaciones, pese a la tendencia similar, la prevalencia de uso de este servicio varía, tal es caso de Tanzania (16) con 7,18 %, Marruecos (17) con 23,5 % y Uganda (18) con 46 %. Esto podría expresarse de esta manera debido a que en estas zonas son más evidentes las deficiencias del sistema de salud para prestar servicios de calidad (11).

Como señalan Gebrehiwot y cols. (19), las mujeres con mayor conocimiento del servicio presentan más probabilidad de acudir a su control posnatal y especialmente hacerlo precozmente. Al respecto, esta investigación demuestra que 78,1 % de mujeres tuvo un control en las primeras 4 horas posteriores al parto y 1,1 % en el segundo día. Contrariamente, un estudio realizado en Tanzania (16) reporta hallazgos mayores respecto a la atención dentro de los 2 días (14,6 %). En concordancia con este estudio, Dey y cols. (18) evidencian que el control posnatal en las primeras 4 horas de producido el parto se realizó en el 80 % de las mujeres. Además, un estudio realizado en Etiopía muestra semejanza ya que esta atención a los 2 días del evento obstétrico era mayor en la zona rural (11 %) que en la urbana (5,5 %) (20).

La atención de esta etapa por un profesional debidamente capacitado y especializado es fundamental para mejorar la salud materna. De acuerdo con lo

estimado por Dey y cols. (18), el 90 % de los controles posparto era realizado por un médico. En la presente investigación se determinó que este profesional era aquel que mayormente realizaba esta atención, aunque con mayor frecuencia en la zona urbana (45,2 %) que en la rural (27,7 %). Según Mekonnen y cols. (21), en las zonas rurales existe un menor porcentaje de atención por un profesional sanitario (58 %), en concordancia, este estudio estimó que la atención por un médico, obstetra o enfermero también fue menor en estas zonas (86,6 %).

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar una cobertura adecuada de la atención de sus usuarios y ser de fácil acceso para ellos, sobre todo en periodos vulnerables como el embarazo o puerperio. El estudio muestra que la primera atención puerperal se realizó mayormente en establecimientos públicos de salud. Una aproximación a esta información se reporta en el estudio de Cheng y cols. (22), en el que 93 % de mujeres tuvo su control puerperal en hospitales públicos. Las mujeres de zonas rurales, por lo general, se encuentran expuestas a creencias y/o prácticas tradicionales propias de su cultura, que influyen, en distinta medida, sobre el cuidado de su salud. Como refiere Ndugga y cols. (23), la probabilidad de asistir al control posnatal es menor cuando el parto ha sido domiciliario. Esto podría representar una explicación a que las mujeres del área rural no asistan a esta atención o lo realicen en su propio hogar o el de la partera.

El estudio contempla un sesgo de memoria de las participantes en la ENDES, dado que los ítems analizados estuvieron relacionados al último parto y es posible que la información dada no sea del todo exacta. Pese a esta limitación, la investigación resulta un aporte relevante en el campo de la salud materna, dado que las estimaciones pueden ser generalizadas a la población nacional peruana, debido al diseño muestral complejo de esta encuesta nacional.

En conclusión, el control de puerperio fue menos prevalente en las zonas rurales. Además, la prestación de este servicio en el menor tiempo posible, por profesionales de salud y en establecimientos de salud, era significativamente mayor en las zonas urbanas.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos 11ª Edición. México DF: Editorial McGraw Hill; 2014.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. Williams Obstetricia. 24ª Edición. Buenos Aires: Editorial McGraw Hill; 2015.
3. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. Am Fam Physician [Internet]. 2019 [consultado 9 de diciembre de 2021]; 100(8): 485-491. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2019/1015/p485.html>
4. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Rubio-Alvarez A, Gómez-Salgado J. Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(2):253. doi: 10.3390/ijerph16020253.
5. Burneo G, Contento B, González VR. Atención de enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala, Ecuador. Enferm Inv [Internet]. 2018 [consultado 13 de diciembre de 2021]; 3(1):21-25. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/410>
6. Ministerio de Salud de Perú [Internet]. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna Lima: MINSA; 2020 [consultado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
7. Schrey-Petersen S, Tauscher A, Dathan-Stumpf A, Stepan H. Diseases and complications of the puerperium. Dtsch Arztebl Int. 2021; 118:436-446. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0168.
8. VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS; Maternal Morbidity Working Group. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. BMC Psychiatry. 2017; 17(1):272. doi: 10.1186/s12888-017-1427-7.
9. Langlois ÉV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2015; 93(4):259-270G. doi: 10.2471/BLT.14.140996.
10. Probandari A, Arcita A, Kothijah K, Pamungkasari EP. Barriers to utilization of postnatal care at village level in Klaten district, central Java Province, Indonesia. BMC Health Serv Res. 2017; 17(1):541. doi: 10.1186/s12913-017-2490-y.
11. Martín R. Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2015. [consultado octubre 2021]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1
12. Montenegro E, Arango-Ochante PM. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte. 2018. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2020; 9(4): 16-22. doi: <https://doi.org/10.33421/inmp.2020215>
13. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. Boletín epidemiológico del Perú-volumen 29 - SE 37-2020. 2020 [consultado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2136793/Bolet%C3%ADn.pdf>.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2020. [consultado 16 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/.
15. Molina A, Morillas R, Iglesias Moya J. Vivencias en el puerperio. ¿Cómo experimentan las madres la etapa tras el parto? Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2017 [consultado 2 de enero de 2022]: (27). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/042.pdf>
16. Langa N, Bhatta T. The rural-urban divide in Tanzania: Residential context and socioeconomic inequalities in maternal health care utilization. PLoS One. 2020; 15(11):e0241746. doi: 10.1371/journal.pone.0241746.
17. Elkhoufiri N, Baali A, Amor H. Postnatal Care: Levels and determinants in Morocco. Iran J Public Health

*CONTROL DEL PUERPERIO EN MUJERES PERUANAS DE ZONA URBANA Y RURAL:
ANÁLISIS SECUNDARIO DE UNA ENCUESTA NACIONAL*

- [Internet]. 2017 [consultado 3 de enero de 2022; 46(2): 242-248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402784/>
18. Dey T, Ononge S, Weeks A, Benova L. Immediate postnatal care following childbirth in Ugandan health facilities: an analysis of Demographic and Health Surveys between 2001 and 2016. *BMJ Glob Health*. 2021; 6(4):e004230. doi: 10.1136/bmjgh-2020-004230.
 19. Gebrehiwot G, Medhanyie AA, Gidey G, Abrha K. Postnatal care utilization among urban women in northern Ethiopia: cross-sectional survey. *BMC Womens Health*. 2018; 18(1):78. doi: 10.1186/s12905-018-0557-5.
 20. Wassie GT, Belete MB, Tesfu AA, Bantie SA, Ayenew AA, Endeshaw BA, *et al*. Association between antenatal care utilization pattern and timely initiation of postnatal care checkup: Analysis of 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *PLoS One*. 2021; 16(10):e0258468. doi: 10.1371/journal.pone.0258468.
 21. Mekonnen T, Dune T, Perz J, Ogbo FA. Postnatal Care Service Utilisation in Ethiopia: Reflecting on 20 Years of Demographic and Health Survey Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 18(1):193. doi: 10.3390/ijerph18010193.
 22. Chen L, Qiong W, van Velthoven MH, Yanfeng Z, Shuyi Z, Ye L, *et al*. Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14:31. doi: 10.1186/1471-2393-14-31.
 23. Ndugga P, Namiyonga NK, Sebuwufu D. Determinants of early postnatal care attendance: analysis of the 2016 Uganda demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1):163. doi: 10.1186/s12884-020-02866-3.

Recibido: 10 de enero de 2022
Aprobado: 25 de marzo de 2022