

Artículo de Investigación

Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la Sierra del Perú, 2015-2016.

Giuston Mendoza-Chuctaya^{1, a}; Reneé Montesinos-Segura^{1, b}; Mario Agramonte-Vilca^{1, a}; Lillyan Aguirre-Tenorio^{1, a}.

¹ Escuela de Medicina, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú.

^a Médico Cirujano.

^b Estudiante de Medicina

RESUMEN

Introducción y objetivos: En el Perú, un país en vías de desarrollo, las cifras de partos domiciliarios en zonas rurales incrementan las tasas de mortalidad materna y neonatal, por tal razón el objetivo del trabajo fue: Determinar la prevalencia y características de los partos domiciliarios en la provincia de Ocongate, zona rural del departamento de Cusco en la sierra del Perú, 2015-2016.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de diseño de casos y controles, donde se incluyó 46 casos, de mujeres con parto domiciliario y 100 controles con partos institucionales registrados en los años 2015 y 2016, se exploraron resultados descriptivos de características sociodemográficas y Gineco-Obstétricas. Realizando análisis bivariado con la prueba estadística del chi cuadrado, calculando los Odds Ratio e intervalos de confianza al 95% (IC95%) con Regresión Logística Múltiple.

Resultados: De 558 partos registrados 49 (8,7%) fueron partos domiciliarios, donde la edad promedio fue de $25,3 \pm 6,4$ años; en el análisis multivariado encontró que: no tener ningún control prenatal [OR=12,2; IC95% 4,6-64,9]; tener antecedente de parto domiciliario [OR=4,5; IC95% 1,01-20,5]; vivir a una distancia > de 90 minutos [OR=3,2; IC95% 1,08-10,2]; y tener una captación tardía de la gestante, ser factores de riesgo para tener un parto domiciliario.

Conclusiones: En la mayoría de mujeres que tuvieron partos domiciliarios influyó negativamente la captación tardía de la gestante, un mayor tiempo de viaje al centro de salud, antecedente de parto domiciliario, y no tener ningún control prenatal, siendo necesario diseñar estrategias para disminuir los partos domiciliarios en zonas rurales del Perú.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad Materna, Salud Rural, Accesibilidad a los Servicios de Salud.

ABSTRACT

Introduction and objectives: In Perú, Maternal and neonatal mortality rates are increased by the non-institutional births in rural areas. This is why the study's objective was to determine the prevalence and characteristics of non-institutional births in the province of Ocongate, a rural area located in Cusco, in the highland of Peru, 2015-2016

Methods and materials: An observational case-control study was conducted, which included 46 cases of non-institutional births and 100 controls of institutional births between 2015 and 2016. Gynecological, Obstetric and sociodemographic characteristics are described and analyzed by a bivariate analysis, which was performed with chi square statistical test calculating the Odds Ratio and 95% confidence intervals (95% CI) with Multiple Logistic Regression.

Results: Forty-nine (8.7%) of the total registered deliveries were non-institutional births. The average age was 25.3 ± 6.4 years. In the multivariate analysis, it was found that: not having any prenatal control [OR = 12.2; 95% CI 4.6-64.9]; having a history of home birth [OR = 4.5; 95% CI 1.01-20.5]; living at a distance of > 90 minutes [OR = 3.2; 95% CI 1.08-10.2]; and having a late uptake of a pregnant woman, are all risk factors for having a non-institutional birth.

Conclusions: The majority of women who had non-institutional births was negatively affected by the late pregnancy uptake, a longer travel time to the nearest health center, a previous non-institutional birth and no prenatal control. It is necessary to design strategies to reduce non-institutional births in rural areas of Perú.

KEYWORDS: Maternal death, Rural Health, Accessibility to Health Services.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las complicaciones obstétricas y muertes maternas ocurren alrededor del período de parto, por lo cual, el incremento de la asistencia especializada y la reducción de partos domiciliarios, han sido consideradas por la Organización Mundial de la Salud como medidas importantes para disminuir la mortalidad materna^{1,2}.

El Perú, el año 2000, firmó su compromiso con los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); el quinto ODM fue mejorar la salud materna para el año 2015, a través de la reducción de la mortalidad en tres cuartas partes. La mortalidad materna se redujo en un 72,9% entre los años 1990-2015, pasando de 265 a 68 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, pero a pesar de esta significativa reducción no se logró la tasa esperada que era de 66,3 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos y tampoco se logró brindar atención institucional del parto, teniendo un déficit de hasta 2,3% en zonas urbanas y del 25,0% en zonas rurales³.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar publicada el año 2012, muestra que en el Perú los partos domiciliarios constituyeron el 12,5% del total de partos, donde el 39,3% de estos fueron en familias pobres, siendo 7,2 veces más en el ámbito rural que el urbano, y mayormente en la sierra del Perú⁴. El 16% de los recién nacidos fallecidos en el Perú, eran procedentes de partos domiciliarios ocurridos en su mayoría en zonas rurales pobres de la sierra del país⁵. Estos datos revelan que, en cuanto a la atención del parto hay enormes diferencias con detrimento de los habitantes pobres de zonas rurales, por lo cual se realizó un estudio para evaluar la prevalencia y características de partos domiciliarios e institucionales en la provincia de Ocongate, zona rural del departamento de Cusco en la Sierra del Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de diseño casos y controles, donde la población en estudio contó con 46 casos, definidos como mujeres cuyo último parto fue domiciliario, y 100 controles seleccionados aleatoriamente, definidos como mujeres en la misma área geográfica de los casos, que tuvieron parto institucional; todos estos de un total de 558 partos registrados a través de las inscripciones de los recién nacidos en el centro de salud de la provincia de Ocongate, zona rural del departamento de Cusco en la Sierra del Perú en los años 2015-2016, **figura 1**.

Se incluyó el 100% de historias clínicas de mujeres cuyo último parto fue domiciliario, verificándose 49 en las fechas de estudio, de las cuales tres fueron excluidas por no contar con un adecuado registro de información en las historias clínicas, quedando finalmente 46; los registros de partos domiciliarios fueron obtenidos del centro de salud en el que se realizó el estudio, identificados a través de las inscripciones de los recién nacidos de partos domiciliarios, pues esta información es la misma que se maneja en el registro civil, ya que un requisito para poder inscribir a un niño y ser beneficiario de los programas de ayuda del gobierno peruano es el CNV (certificado de nacido vivo) que es expedido por el centro de salud.

Se consideraron variables sociodemográficas como: edad, estado civil (soltera, casada y conviviente), grado de instrucción académica (primaria, secundaria, analfabeta), y variables Gineco-Obstétricas como: cantidad de controles de la gestante (en controles incompletos, completos y ningún control), considerando como punto de corte 6 controles tal como lo sugiere la norma técnica del Ministerio de Salud del Perú⁶; trimestre en el que la gestante tuvo su primer control prenatal; número de gestación, primigesta (primera gestación), multigesta

(2 a 5 gestaciones), gran multigesta (6 a más gestaciones); y tiempo de viaje a centro de salud. Para la realización del estudio se obtuvo el permiso del centro de salud de la provincia de Ocongate, la recolección de datos fue realizada por los investigadores donde se preservó el anonimato y confidencialidad de cada una de las participantes.

Los datos obtenidos fueron incluidos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel (para Windows 2013); tras un proceso de filtrado y control de calidad de datos, la información se exportó al programa SPSS versión 22. Posteriormente se procesó los resultados descriptivos con medidas de tendencia central y de dispersión, se utilizó frecuencias absolutas, relativas, y para el cruce de variables la prueba estadística de chi cuadrado (se consideró valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos), también se calculó los Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) tras el análisis multivariado mediante Regresión Logística Múltiple con los factores del análisis bivariado con $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el periodo de recolección de datos hubo un total de 558 partos, de los cuales 49 fueron partos domiciliarios registrados en el centro de salud correspondiendo a un 8,7% del total; siendo la edad promedio de la población en estudio de $25,3 \pm 6,4$ años.

Con respecto a las características sociodemográficas: 28 (60,8%) de las madres con partos domiciliarios, y 57 (57%) de los partos institucionales tenían entre 20 y 29 años de edad; 26 (56,5%) del grupo de casos y 50 (50%) de los controles tenían grado de instrucción primaria, como se observa en la **Tabla I**.

En cuanto a las características Gineco-Obstétricas: 22 (58,6%) de los casos tenían controles prenatales incompletos y 85 (85%) de los partos institucionales tenían controles completos; 35 (76,1%) de los casos tuvieron su primer control en el segundo y tercer trimestre de gestación y 84 (84%) de los partos institucionales tuvieron su primer control en el primer trimestre; 14 (23,9%) de los casos y 3 (3%) de los controles tuvieron un antecedente de parto domiciliario anterior; y 19 (41,3%) de las madres con parto domiciliario vivían a más de 90 minutos del centro de salud, datos que se encuentran detallados en la **Tabla II**.

En el análisis multivariado se encontró: que los participantes con ningún control prenatal a

comparación del grupo con controles completos [OR=12,2; IC95% 4,6-64,9]; los que tenían su primer control prenatal en el segundo y tercer trimestre a comparación de las que tenían su primer control en el primer trimestre [OR=12,0; IC95% 3,3-43,8] y [OR=29,7; IC95% 3,4-258,2] respectivamente; las mujeres con antecedente de parto domiciliario [OR=4,5; IC95% 1,01-20,5]; y vivir a una distancia > a 90 minutos [OR=3,2; IC95% 1,08-10,2], ser factores de riesgo para tener parto domiciliario, datos que se encuentran en la **Tabla III**.

DISCUSIÓN

En la población estudiada la prevalencia de partos domiciliarios se encuentra por debajo de la prevalencia nacional y muy por debajo de otros países en vías de desarrollo como Etiopía, que expone una prevalencia de 79,4% en el sur⁷, 25,3% en una zona urbana del noroeste⁸, y en Kaya parte Occidental África el 12% fueron partos domiciliarios⁹.

Se estimó que casi la mitad de las madres con partos domiciliarios tenían controles prenatales incompletos, y las que tuvieron un parto institucional en su mayoría tenían los controles completos, hecho que se afirma con el análisis multivariado, donde el no tener ningún control prenatal fue identificado como un factor de riesgo para tener un parto domiciliario, estos resultados son comparables con estudios que demuestran que un mal control prenatal tiene relación con el riesgo de tener un parto domiciliario^{8,9}, además de estar relacionado con una mayor probabilidad de mortalidad materno-perinatal¹⁰.

En nuestro estudio las mujeres con parto institucional casi todas tuvieron su primer control en el primer trimestre del embarazo, además, tener el primer control en el segundo y tercer trimestre demostró ser un factor de riesgo para tener un parto domiciliario. A pesar que cada vez las mujeres toman conciencia de tener un adecuado control prenatal, aún se puede ver esta situación en las zonas rurales del Perú, donde existe resistencia por parte de la población a acudir al centro de salud, este hecho podría deberse a que la mayoría de las mujeres con parto domiciliario en nuestro estudio tenían educación básica incompleta o eran analfabetas -a pesar que dicha variable no fue significativa en nuestro estudio-, característica que se encontró en otros estudios donde demuestran la influencia del bajo nivel educativo en la decisión de tener controles prenatales¹¹, y posteriormente optar por un parto domiciliario^{12,13}, ya que las madres más educadas

velan por la salud de sus hijos y de ellas mismas, además de exigir servicios de salud de mayor calidad, ya que tienen en cuenta las complicaciones durante el embarazo y el parto.

Casi la mitad de las mujeres que tuvieron partos domiciliarios vivían a más de 90 minutos del centro de salud y más de la mitad con partos institucionales vivían a menos de 30 minutos; siendo el mayor tiempo de viaje al centro de salud un factor de riesgo para tener un parto domiciliario, además, el hecho de ser una zona rural donde hay una difícil accesibilidad geográfica y el principal medio de transporte es la motocicleta, estos podrían ser un obstáculo para la atención oportuna¹⁴, pudiendo ser determinante para los partos domiciliarios como se describe en otros estudios en zonas rurales¹⁵⁻¹⁷. También se reportaron partos domiciliarios en mujeres que vivían a menos de 90 minutos del centro de salud, esto podría sugerir que la población no confía en los servicios de salud, ya que, algunos estudios describen posibles causas como las experiencias negativas previas y el maltrato por parte del personal de salud^{17,18}, existiendo también barreras culturales en relación con el parto y la atención institucional^{16,17,19}, pues algunas mujeres en zonas rurales sostienen que el parto normal puede darse en casa mientras que deben ir a un centro de salud sólo si hay complicaciones^{15,17}.

El antecedente de tener un parto domiciliario incrementa cuatro veces más el riesgo de tener un nuevo parto domiciliario, como también lo demuestran otros estudios²⁰, además de ser considerado como un factor de riesgo que incrementa la mortalidad perinatal²¹. Los partos domiciliarios reportados fueron atendidos en su mayoría por familiares, explicado quizá por la predisposición de la familia más cercana y la confianza de la gestante hacia un familiar^{17,22}, se ha reportado también que las mujeres que deciden tener partos domiciliarios confían más en una partera que en el personal de salud¹⁷ y que no dudan de su capacidad y experiencia atendiendo partos¹⁶.

En el Perú, un país en vías de desarrollo, las cifras de partos domiciliarios son determinantes para las altas tasas de mortalidad materna y neonatal, siendo de mayor prevalencia en las poblaciones rurales, las mismas que presentan las condiciones anteriormente descritas. En países desarrollados se toma en cuenta la preferencia de la gestante a la hora del parto, estando los partos domiciliarios en aumento en gestantes que no tengan riesgo obstétrico y cumplan las circunstancias adecuadas^{23,24}.

Este trabajo está sujeto al sesgo de información, puesto que no se consideraron los datos de morbi-

mortalidad materna y perinatal, ya que, cuando hay alguna complicación del niño o la madre que haya tenido o no parto domiciliario, el centro de salud está en la obligación de referir al paciente a una institución de mayor complejidad donde se pueda intervenir de una mejor manera, siendo este un problema para el adecuado seguimiento de las pacientes. Por lo que se recomienda un trabajo articulado entre las instituciones rectoras de salud, los agentes comunitarios, los familiares y las gestantes para poder potenciar, informar y realizar intervenciones multidisciplinarias promoviendo la captación oportuna, seguimiento con controles prenatales completos de la gestante y énfasis a las mujeres con antecedentes de partos domiciliarios. A la vez, alentar a la realización de mayores investigaciones e intervenciones para concientizar sobre las consecuencias de un parto domiciliario en zonas rurales.

CONCLUSIONES

Los partos domiciliarios siguen siendo un problema en el Perú, principalmente en zonas rurales donde hay un difícil acceso geográfico y la población aún vive en situaciones de pobreza, siendo: la captación tardía de la gestante, un mayor tiempo de viaje al centro de salud, antecedente de parto domiciliario, y no tener ningún control prenatal, factores de riesgo para tener un parto domiciliario en zonas rurales.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación agradece al centro salud de Ocongate, a la obstetra Yony Gamarra Salas quien participó activamente en la recolección de datos, y a Jorge Enrique Ruiz Esquivel por la traducción de resumen.

REFERENCIAS

1. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths : When ? Where ? Why ? *Lancet*. 2005;9-18.
2. OMS. Reduction of Maternal Mortality [Internet]. Vol. 200. 1999. p. 1101-4. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42191/1/9241561955_eng.pdf.

3. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores: Objetivos del desarrollo del Milenio. Encuesta demográfica y de salud familiar-Perú. 2015;395–409.
4. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Lima: INEI; 2012. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
5. Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(3):423–30.
6. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA. 2011; Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
7. Ayele G. Prevalence and Associated Factors of Home Delivery in Arbaminch Zuria District, Southern Ethiopia: Community Based Cross Sectional Study. *Sci J Public Heal*. 2015;3(1):6.
8. Kasaye HK, Endale ZM, Gudayu TW, Desta MS. Home delivery among antenatal care booked women in their last pregnancy and associated factors: Community-based cross sectional study in Debremarkos town, North West Ethiopia, January 2016. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–12.
9. Kouanda S, Bado A, Meda IB, Yameogo GS, Coulibaly A, Haddad S. Home births in the context of free health care: The case of Kaya health district in Burkina Faso. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;135(November):S39–44.
10. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *305 Rev Fac Med*. 2017;65(2):305–10.
11. Ikeako LC, Onah HE, Iloabachie GC. Influence of formal maternal education on the use of maternity services in Enugu, Nigeria. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2006;26(1):30–4.
12. Chimankar DA, Sahoo H. Factors influencing the utilization of maternal health care services in Uttarakhand. *Stud Ethno-Medicine*. 2011;5(3):209–16.
13. Dahal RK. Factors Influencing the Choice of Place of Delivery among Women in Eastern Rural Nepal. *Int J Matern Child Heal [Internet]*. 2013;1(2):30. Available from: <http://www.sciknow.org/article/detail/id/563>
14. Keya KT, Rob U, Rahman M, Bajracharya A, Bellows B. Distance, transportation cost, and mode of transport in the utilization of facility-based maternity services: evidence from rural Bangladesh. *Int Q Community Health Educ*. 2014;35(1):37–51.
15. Anastasi E, Borchert M, Campbell OMR, Sondorp E, Kaducu F, Hill O, et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):287.
16. Khatri RB, Dangi TP, Gautam R, Shrestha N, Homer CSE. Barriers to utilization of childbirth services of a rural birthing center in Nepal: A qualitative study. *PLoS One*. 2017;1–20.
17. Sialubanje C, Massar K, Hamer DH, Ruiter RA, Lassi Z, Haider B, et al. Reasons for home delivery and use of traditional birth attendants in rural Zambia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):216.
18. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;140(2):184–90.
19. Ahmed S, Creanga AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *PLoS One*. 2010;5(6).
20. Tarqui C, Barreda A. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de

- atención primaria. callao, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2005;22(2):109–16.
21. Ticona M, Huanco. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Ginecol Obstet (Perú). 2003;49(4):227-36.
22. Shah R, Rehfuss EA, Maskey MK, Fischer R, Bhandari PB, Delius M. Factors affecting institutional delivery in rural Chitwan district of Nepal: a community-based cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:27.
23. Sperlich M, Gabriel C, Seng J. Where Do You Feel Safest? Demographic Factors and Place of Birth. J Midwifery Womens Health. 2016;1–5.
24. Walker JJ. Planned home birth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2017;43:76–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>

Figura 1. Localización geográfica de Ocongate, una zona rural de la sierra del Perú.

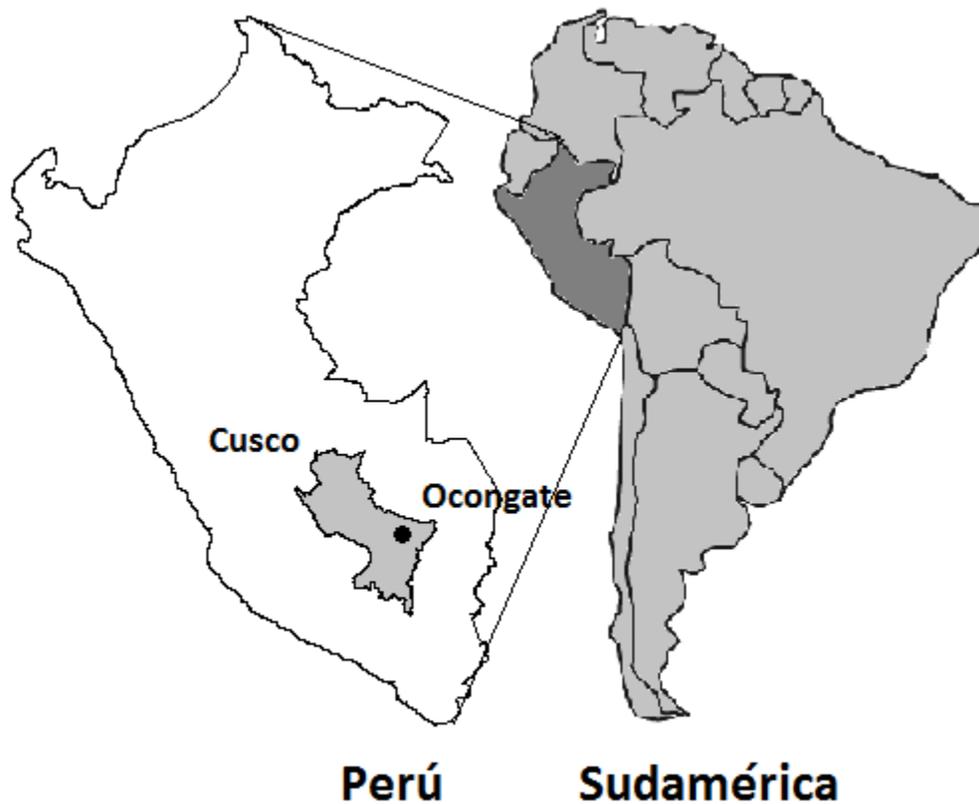


Tabla I. Características sociodemográficas de la población en estudio.

Variable	Control, n=46 (31,5%)	Casos, n=100 (68,5%)	Total, n=146 (100%)	Valor p
Edad*	25,3 ± 6,2	25,4 ± 6,6	25,3 ± 6,4	
Edad en terciles				
< 20 años	8 (17,3)	20 (20,0)	28 (19,2)	0,898
20 a 29 años	28 (60,8)	57 (57,0)	85 (58,2)	
> 30 años	10 (21,7)	23 (23,0)	33 (22,6)	
Estado Civil				
Soltera	8 (17,3)	5 (5,0)	13 (8,9)	0,043
Casada	15 (32,6)	43 (43,0)	58 (39,7)	
Conviviente	23 (50,0)	52 (52,0)	75 (51,4)	
Grado de instrucción				
Primaria	26 (56,5)	50 (50,0)	76 (52,1)	0,539
Secundaria	11 (23,9)	33 (33,0)	44 (30,1)	
Analfabeta	9 (19,5)	17 (17,0)	26 (17,8)	

* Media ± Desviación estándar. Los valores p fueron obtenidos con la prueba del chi cuadrado.

Tabla II. Características Gineco-Obstétricas de la población en estudio.

Variable	Control, n=46 (31,5%)	Casos, n=100 (68,5%)	Total, n=146 (100%)	Valor p
Controles de la Gestante				
Controles Incompletos (de 1 a 5 controles)	22 (47,8)	15 (15,0)	37 (25,5)	<0,001
Controles Completos (6 a más controles)	19 (41,3)	85 (85,0)	104 (71,2)	
Ningún Control	5 (10,8)	0 (0,0)	5 (3,4)	
Primer control prenatal de la Gestante				
Primer Trimestre	11 (23,9)	84 (84,0)	95 (65,1)	<0,001
Segundo Trimestre	22 (47,8)	14 (14,0)	36 (24,6)	
Tercer Trimestre	13 (28,2)	2 (2,0)	15 (10,3)	
Antecedente de parto domiciliario				
Si	14 (23,9)	3 (3,0)	17 (11,6)	<0,001
No	32 (69,5)	97 (97,0)	129 (88,4)	
Numero de Gestaciones				
Primigesta	9 (19,5)	34 (34,0)	43 (29,5)	0,147
Multigesta	32 (69,5)	53 (53,0)	85 (58,2)	
Gran Multigesta	5 (10,8)	13 (13,0)	18 (12,3)	
Tiempo de viaje al Centro de Salud				
<30 minutos	11 (23,9)	55 (55,0)	66 (45,2)	<0,001
31 a 90 minutos	16 (34,7)	29 (29,0)	45 (30,8)	
> de 90 minutos	19 (41,3)	16 (16,0)	35 (24,0)	
Atención del Parto				
Familiares	27 (58,6)	0 (0,0)	27 (18,5)	<0,001
Partera	12 (26,0)	0 (0,0)	12 (8,2)	
Sola	4 (8,6)	0 (0,0)	4 (2,8)	
Obstetra	3 (6,5)	100 (100,0)	103 (70,5)	

* Los valores p fueron obtenidos con la prueba del chi cuadrado.

Tabla III. Análisis multivariado, mediante Regresión Logística Múltiple.

Variable	OR	IC (95%)	Valor p
Controles de la Gestante (Grupo de referencia: Controles Completos, 6 a más controles)			
Controles Incompletos (de 1 a 5 controles)	0,5	0,1-2,2	0,400
Ningún Control	12,2	4,6-64,9	<0,001
Primer control prenatal de la Gestante (Grupo de referencia: Primer Trimestre)			
Segundo Trimestre	12,0	3,3-43,8	<0,001
Tercer Trimestre	29,7	3,4-258,2	0,002
Antecedente de parto domiciliario (Grupo de referencia: No)			
Si	4,5	1,01-20,5	0,048
Tiempo de viaje al Centro de Salud (Grupo de referencia: <30 minutos)			
31 a 90 minutos	2,6	0,8-7,8	0,081
> de 90 minutos	3,2	1,08-10,2	0,045