



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital nivel II de la sierra del Perú

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

Médico Cirujano

**AUTORA:**

Mendoza Claudio, Ashley Rashell (orcid.org/0000-0001-5869-0719)

**ASESOR:**

Mg. Rueda Torres, Lenin Vladimir (orcid.org/0000-0001-5685-6658)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Apoyo a la reducción de brechas y carencias en la educación en todos sus niveles

**TRUJILLO – PERÚ**

**2024**



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, RUEDA TORRES LENIN VLADIMIR, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital nivel II de la sierra del Perú", cuyo autor es MENDOZA CLAUDIO ASHLEY RASHELL, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 29 de Octubre del 2024

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
RUEDA TORRES LENIN VLADIMIR <b>DNI:</b> 46764415 <b>ORCID:</b> 0000-0001-5685-6658	Firmado electrónicamente por: LRUEDAT el 29-10- 2024 13:50:38



## UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

#### Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, MENDOZA CLAUDIO ASHLEY RASHELL estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital nivel II de la sierra del Perú", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ASHLEY RASHELL MENDOZA CLAUDIO <b>DNI:</b> 70174289 <b>ORCID:</b> 0000-0001-5869-0719	Firmado electrónicamente por: AMENDOZACL99 el 29-10-2024 10:23:38

## DEDICATORIA

Dedico y agradezco a Dios, fuente inagotable de sabiduría, por guiarme y brindarme la fortaleza necesaria para culminar mi carrera universitaria.

A mis padres, **Liz Claudio Rodríguez y Andrés Mendoza Blanco**, les debo mi éxito y triunfo; su apoyo incondicional y sus enseñanzas han sido mi pilar y mi inspiración a lo largo de este arduo viaje académico, asimismo su fe en mí ha sido el motor que me permitió completar este camino, los amo con todo mi corazón.

A mi querido hermanito, mi mayor motivación, adoración y alegría en mi vida, **André Gesú Alejandro Mendoza Claudio**, quien ha sido parte fundamental de cada logro y desafío que he enfrentado para ser su orgullo y ejemplo por seguir, todo por él y para él.

Agradezco a mis abuelos, **Martha Rodríguez Fernández y José Mendoza Baylón**, por su amor y respaldo en todas las etapas de mi vida.

A mis **tíos, primos, paternos y maternos**, quienes han compartido mi trayectoria con entusiasmo y han contribuido de manera significativa a la consecución de esta meta anhelada.

A mis ángeles en el cielo, **Alejandro Claudio Huerta y Donatila Blanco Mina**, dedico esta tesis como muestra de mi agradecimiento por todo el amor, la guía y el aliento que me brindaron desde lo más alto, aunque no estén aquí para leer estas palabras, quiero que sientan mi gratitud eterna en cada línea de este trabajo.

A mis **amistades incondicionales en Huarmey** quienes, a pesar de la distancia física, su aliento constante siempre estuvo presente y sus mensajes alentadores fueron un faro luminoso que iluminó mi camino, ustedes fueron mi red de contención y su amistad me ayudó a mantener el ánimo en los momentos más duros. Cada uno de ustedes contribuyó a que este proceso fuera más llevadero y significativo.

Infinitamente agradecida, dedico este triunfo a todos aquellos que han sido parte de mi trayectoria y han dejado una huella imborrable en mi corazón.

## AGRADECIMIENTO

### ***A mi familia:***

En primer lugar, les agradezco a mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos.

### ***A mi tutor:***

Le agradezco muy profundamente a usted por su dedicación, paciencia y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia anhelada. Muchas Gracias por su guía y todos sus consejos.

### ***A todos mis docentes:***

Son muchos los docentes que han sido parte de mi camino universitario, y a todos ellos les quiero agradecer por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí. Sin ustedes los conceptos serían solo palabras, y las palabras ya sabemos quién se las lleva, el viento.

### ***A mis compañeros:***

Agradecerles a todos mis compañeros los cuales muchos de ellos se han convertido en mis amigos, cómplices y hermanos. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas.

### ***Gracias a la casa de estudios:***

Por último, agradecer a la universidad “César Vallejo” que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título. Agradezco a cada directivo por su trabajo y por su gestión, sin lo cual no estarían las bases ni las condiciones para aprender conocimientos.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR.....	ii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
I.INTRODUCCIÓN .....	1
II.METODOLOGÍA.....	9
III.RESULTADOS .....	11
IV.DISCUSIÓN.....	19
V.CONCLUSIONES .....	23
VI.RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Características sociodemográficas de los registros participantes del estudio.....</i>	11
<b>Tabla 2.</b> <i>Descripción de características sociodemográficas y obstétricas por desenlace de paridad en participante del estudio.....</i>	15
<b>Tabla 3.</b> <i>Análisis de asociación (regresión logística) entre variables sociodemográficas y obstétricas con el desenlace de gran multiparidad en participante del estudio.....</i>	18

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 DAG:</b> <i>Análisis de relación de variables para la asociación con la paridad (multiparidad y gran multiparidad)</i> .....	10
<b>Figura 2</b> <i>Gráficos de boxplot de distribución de la edad de primera relación y primer embarazo con la paridad</i> .....	15
<b>Figura 3:</b> <i>Matriz de correlacione entre variables numéricas de los registros de participantes de estudio</i> .....	17



## RESUMEN

La multiparidad y gran multiparidad se asocian con diversos eventos adversos maternos y perinatales, sin embargo, los estudios en entornos rurales y de menor nivel de atención son limitados. Este estudio busca llenar este vacío al examinar los factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital de nivel II en la sierra del Perú. Este estudio se enmarca en el objetivo de desarrollo sostenible 3, Salud y Bienestar.

Se realizó un estudio de corte transversal mediante la recolección de información de historias clínicas de gestantes atendidas en un hospital rural durante el año 2023. Para la recolección de la información, se empleó una ficha de datos diseñada específicamente para este fin.

Se analizaron 87 historias clínicas de gestantes atendidas en el departamento de obstetricia, 70 multíparas y 17 gran multíparas. La edad promedio de las mujeres fue de 37 años RIQ 31 - 40 años. El análisis de regresión logística multivariado reveló que la edad (OR: 1.20, IC 95%: 1.05 - 1.43) y la religión (OR: 5.75, IC 95%: 1.24 - 29.1) fueron las variables significativamente asociadas con la gran multiparidad. Principalmente esta última, las mujeres que indicaron pertenecer a una religión distinta a la católica presentaron un riesgo alto de gran multiparidad

En conclusión, los resultados destacan la importancia de considerar factores sociodemográficos, como la edad y la religión, en la atención prenatal en contextos rurales. Estos hallazgos tienen implicaciones significativas para el diseño de intervenciones de salud pública dirigidas a reducir los riesgos asociados con la multiparidad en estas poblaciones.

**Palabras clave:** Multiparidad, Gran Multiparidad, Factores Asociados, Zonas Rurales.

## ABSTRACT

Multiparity and grand multiparity are associated with various maternal and perinatal adverse events, however, studies in rural and lower-level care settings are limited. This study seeks to fill this gap by examining the factors associated with multiparity and grand multiparity in pregnant women treated in a level II hospital in the mountains of Peru. This study is part of Sustainable Development Goal 3, Health and Well-being.

A cross-sectional study was conducted by collecting information from the medical records of pregnant women treated in a rural hospital during the year 2023. To collect the information, a data sheet designed specifically for this purpose was used.

87 medical records of pregnant women treated in the obstetrics department were analyzed, 70 multiparous women and 17 grand multiparous women. The average age of the women was 37 years IQR 31 - 40 years. Multivariate logistic regression analysis revealed that age (OR: 1.20, 95% CI: 1.05 - 1.43) and religion (OR: 5.75, 95% CI: 1.24 - 29.1) were the variables significantly associated with grand multiparity. Mainly the latter, women who indicated belonging to a religion other than Catholic presented a high risk of grand multiparity.

In conclusion, the results highlight the importance of considering sociodemographic factors, such as age and religion, in prenatal care in rural contexts. These findings have significant implications for the design of public health interventions aimed at reducing the risks associated with multiparity in these populations.

**Keywords:** Multiparity, High Multiparity, Associated Factors, Rural Areas.

## I. INTRODUCCIÓN

La multiparidad y gran multiparidad son condiciones de riesgo para la salud materna y problemas de importancia en salud pública, principalmente en países de medianos y bajos ingresos. De acuerdo a la Federación de Obstetricia y Ginecología, una múltipara es aquella que ha gestado de tres a cinco embarazos y la gran múltipara, de cinco a nueve, en ambos casos con un mínimo de 20 semanas de gestación (1).

Esta condición es un indicador relevante, que se asocia a diversas complicaciones obstétricas en el embarazo y eventos adversos en el recién nacido (2). La gran multiparidad se asocia con un mayor riesgo de hemorragia posparto y mayor incidencia de resultados maternos adversos (3). Aunque cada vez se presenta menos multiparidad en países desarrollados, aún se mantienen altas prevalencias de hasta 19 % en países en desarrollo y zonas de bajos recursos (4).

La fecundidad es una variable demográfica importantes que permiten evaluar las tendencias del crecimiento de la población (5), sin embargo, la multiparidad y gran multiparidad constituyen un grave problema a nivel global debido a que son particularmente prevalentes en mujeres vulnerables, siendo un determinante de riesgo que influye en la salud materno-fetal (6).

En el caso del Perú, la natalidad ha venido descendiendo en los últimos años, sin embargo, su nivel es aún elevado, en algunos departamentos donde la tasa de fecundidad se encuentra por encima del promedio nacional (7). Entre diversas situaciones se vincula a limitaciones socioculturales, niveles de pobreza, acceso a servicios de salud que no se atienden satisfactoriamente, entre otros (8).

En las Encuestas Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los últimos cinco años, la fecundidad disminuyó en 24 %, con caídas importantes entre las mujeres de edades más tempranas principalmente en áreas urbanas (9). Sin embargo, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) estimada para el área rural es más alta que la del área urbana (10). Los factores asociados al embarazo no planeado se asociaron con mujeres entre 20 a 24 años, sin educación o con educación primaria, solteras y un bajo nivel económico.

Diversos estudios indican que las relaciones sexuales se dan cada vez a temprana edad, cuando aún no se cuenta con la madurez emocional para efectuar una adecuada prevención y con un insuficiente conocimiento de salud sexual y reproductiva, aumentando el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos (11).

Se afirman que la edad de inicio de la vida sexual es el principal determinante de la fecundidad adolescente, mencionando que, en todos los países analizados, casi la mitad de las mujeres han iniciado su vida sexual a los 19 años, mientras que los hombres, a los 17 años (12). También se hallan importantes diferencias en el nivel de instrucción sobre todo entre las mujeres de nivel primario y secundario. Los niveles educativos más bajos conciben hijos precozmente y la muestra diferencias regionales significativas.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2001), tiene como uno de sus objetivos de desarrollo sostenible el mejoramiento de la salud materna y reducción de la tasa de mortalidad al 2030. En el Perú es considerado como principal prioridad nacional de investigación en salud y a su vez quinto objetivo de nuestro país (13).

Anteriormente se ha observado que las disparidades económicas y el acceso desigual a la atención médica son determinantes críticos de la salud reproductiva en el Perú (14). Sin embargo, a pesar de estos avances en el conocimiento, persisten vacíos significativos en la comprensión de cómo estos factores se manifiestan específicamente en la sierra peruana (15). La literatura existente ha documentado ampliamente los determinantes de la multiparidad en contextos urbanos y en países desarrollados, pero hay una escasez de datos sobre las poblaciones rurales de los Andes peruanos, donde las dinámicas culturales y económicas pueden diferir sustancialmente (16).

Ante este hecho es importante estudiar y evidenciar características sociodemográficas, sanitarias y epidemiológicas que se presentan en mujeres multíparas y gran multíparas para identificar factores asociados a dicha condición, así como su situación de salud reproductiva.

En ese sentido, considerando que las pacientes embarazadas de zonas rurales y sierra presentan mayor probabilidad de esta situación se desarrolló el presente estudio de investigación analítico, planteando como problema de investigación: ***¿Cuáles son los factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en pacientes atendidas en un hospital nivel II de la sierra del Perú?***

En función al problema de investigación mencionado se plantea como *Objetivo General*: Identificar los factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en pacientes atendidas en el en un hospital nivel II de la sierra del Perú y como *Objetivos específicos*: Identificar los factores sociodemográficos asociados a la multiparidad y gran multiparidad; Identificar los factores ginecoobstétricos asociados a la multiparidad y gran multiparidad y Analizar la prevalencia de la multiparidad y gran multiparidad en pacientes atendidas en el hospital nivel II de la sierra del Perú.

Como una posible respuesta al problema de investigación se plantea la siguiente hipótesis: *¿Los factores sociodemográficos y ginecoobstétricos están asociados a la multiparidad y gran multiparidad en pacientes atendidas en el en un hospital nivel II de la sierra del Perú?*

El estudio se justifica a razón de la experiencia durante el estudio de internado en donde se atienden numerosas madres multíparas de diversos niveles socioeconómicos. A nivel teórico la multiparidad A nivel metodológico adquiere importancia en vista de desarrollarse en base a doctrina metodológica y estadística descrita por reconocidos autores, lo que permitirá ser empleado para futuras investigaciones relacionadas con el tema. A nivel práctico se justifica porque en base a los resultados se podrá proponer medidas orientadas a promover la sensibilización

de las pacientes, así como las campañas de control de natalidad y de este modo lograr el quinto objetivo de desarrollo del milenio.

La multiparidad está definida como una situación de la mujer que presenta de 3 a 5 partos con gestación de más de 20 semanas. Teniendo en cuenta que el número de embarazos nacidos vivos determinan la paridad, sin considerar aquellos que han terminado en abortos en cada gestación. Por otro lado, la gran multiparidad exagera dicha condición con más de 5 partos, según la definición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (7)

La decisión de tener un hijo representa el derecho de la mujer a reproducirse libremente, sabiendo que es el momento adecuado de acuerdo a su condición física, mental y potencial económico. Según la Organización Mundial de la Salud, si las parejas no quieren tener hijos, generalmente acuerdan el método de planificación familiar más conveniente en función de sus capacidades y circunstancias. (8)

Por otro lado, los programas de planificación familiar son la base fundamental en la salud reproductiva, la cual presenta efectos positivos en la sociedad y la salud. Aplicando los métodos de planificación familiar se consigue minimizar los índices de pobreza, mortalidad materna infantil y disminución de morbilidades desarrolladas durante el embarazo (8).

Además, de los beneficios mencionados, también se logra optimizar la calidad de vida, fortalecer las oportunidades de empleo y educación, así como la inclusión en la sociedad, aportando así al logro de diversas Metas del Milenio (9).

En el tiempo se han fortalecido los programas en salud reproductiva y sexual en el mundo mediante la difusión y promoción de métodos de planificación familiar. Sin embargo, todavía existe un alto porcentaje de mujeres que no aplican ninguno, principalmente en países de medianos y bajos ingresos, según lo mencionado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) . Entre los factores que influyen sobre estos eventos se pueden mencionar: la falta de información, las creencias religiosas, la influencia de la familia en la decisión de planificar y el factor económico de acuerdo a lo que publica la UNFA (10).

En los grupos sociales tradicionales, particularmente en el campo, los padres consideran a sus hijos como potencial fuerza de trabajo los que consideran como patrimonio duradero, los que contribuyen económicamente con la familia. Ello puede explicar la alta frecuencia de familias numerosas en la sierra a diferencia de la urbe. Además, en estos grupos sociales, generalmente la mujer no tiene elección ni posibilidades de decidir el tamaño de la familia debido a la desigualdad de género, costumbres, entre otros (11).

Por otro lado, la evidencia muestra una relación inversa entre la educación y la fecundidad. La educación está relacionada con pautas de comportamiento, mejor estatus económico y conocimientos sobre método anticonceptivos lo cual promueve postergar la edad de primera gestación (12).

Además, debemos de tomar en cuenta que el nivel educativo de la mujer es la variable individual de mayor fuerza sobre la fecundidad de la misma, lo que le da mayores y mejores oportunidades de empleo además de que las mujeres con más nivel educativo tienen ideas más desarrolladas referentes a la familia y la maternidad. Así mismo, la educación se basa diferencialmente de acuerdo con la zona de residencia y por el nivel socioeconómico (13).

Hay tres caminos por los que la educación influye en la fecundidad: la educación disminuye la demanda de hijos, tiene consecuencias combinadas respecto a la oferta de hijos, e influye en el costo de la anticoncepción particularmente femenina (14). La relación de estos factores a nivel nacional e internacional no está totalmente determinada, sin embargo, en diversos estudios se ha asociado que a mayor educación, generalmente hay menor índice de fecundidad (15)

En cuanto a las religiones, representan creencias y prácticas específicas que pueden repercutir sobre los programas de salud reproductiva. Esta oposición a los programas de salud reproductiva se explica en razón que algunas religiones consideran este concepto limita la vida sexual satisfactoria tanto a mujeres como para hombres impidiendo tener la capacidad de decidir cuantos y cuando tener hijos. Consideran que los programas de salud reproductiva limitan los derechos de las personas a

recibir información y a elegir libremente los métodos seguros y eficaces para regular la fecundidad, por lo que no deberían imponer métodos, sino concientizar a las parejas para que tomen decisiones y evitando de esta manera mitos que son los que impiden algunas veces el uso de anticonceptivos (14).

Respecto al área de residencia, se encuentran diferencias en la tasa de multiparidad entre las mujeres habitantes de zonas urbanas y las suburbanas, particularmente en el grupo etario de 15-24 años. También se muestran diferencias entre el tipo de método anticonceptivo utilizado según la zona y la edad. Las usuarias con ligadura de trompas no usaron mayormente otro método anticonceptivo. La alta fecundidad se encontró en los estratos educativos y en todos los grupos etarios, lo que se observa un fenómeno inverso en las mujeres que superan la educación primaria (15,16).

Un panorama censal de la alta paridad en mujeres no solteras realizó una evaluación histórica desde 1895 a 1970. Se evidenció factores fuertemente asociados en cuenta como nivel de instrucción, origen, área de residencia, condición de actividad, realizando análisis de entrecruzamiento entre estas diversas variables.

Dentro de los hallazgos se destaca que no hubo diferencia entre los niveles de fecundidad según origen materno nativo u origen migratorio. En concordancia con Lopez (15). encontró que ya en el año 1895 había una diferencia de fecundidad entre las áreas urbanas y rurales. También halló notables diferencias según el nivel de instrucción sobre todo entre las mujeres de nivel primario y secundario, aunque este último hubiera sido incompleto. Los niveles educativos más bajos tienen sus hijos más precozmente. Posteriormente se analizó la paridez según las regiones del país y luego según regiones y edad, por regiones y nivel de instrucción y por regiones y actividad. Las diferencias regionales resultaron significativas.

Un estudio reciente indica que las relaciones sexuales se dan cada vez a más temprana edad, cuando aún no se tiene la madurez emocional para efectuar una adecuada prevención y con un insuficiente conocimiento de salud sexual y reproductiva, aumentando el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual,



embarazos no deseados, así como abortos (17)

El presente estudio se basa en los siguientes antecedentes relacionados al tema:

*López Priscila. (2020) (18)* realizó un estudio en 154 mujeres multíparas en Guatemala concluyendo que dicha condición está influenciada por diversos factores, entre los principales: el estado civil (más de la mitad estaban casadas), inicio de relaciones sexuales, la etnia, vivienda en ciudad y educación básica primaria. La media del número de gestaciones fue de 6, el 80% se dedicaban a amas de casa y el 30% no utilizaban método alguno de planificación familiar por temor. El ingreso económico promedio fue menor a 292 Quetzales o US \$ 37.20.

*Teisafe T., Okunlola M. y Dessie Y. (2022) (3)* realizaron un estudio prospectivo para investigar la gran multiparidad en los hospitales públicos en Sidama, Etiopía, concluyendo que la gran multiparidad se asoció con un mayor riesgo de hemorragia posparto y las mujeres embarazadas con gran multiparidad presentan mayor incidencia de resultados maternos adversos.

*Barrantes T. (2022) (19)* realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico en una muestra de 4,464 gestantes, concluyendo que las variables sociodemográficas edad materna de 15 a 19 años, el bajo nivel educativo, el estado civil constituye factores de riesgo para la multiparidad.

*Huanay B. (2021) (20)* realizó una investigación observacional analítica de asociación estudiando una muestra de 167 pacientes embarazadas, concluyendo que la edad, la presión arterial alta, las cesáreas y el haber tenido más de un parto son factores asociados a las complicaciones postparto.

*Vetanzo G C. (2019) (21)* realizó un estudio para determinar los factores asociados al embarazo no planeado mediante una investigación de análisis de bases secundarias de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES). Aplicando análisis bivariado con prueba chi cuadrado y regresión logística, obtuvo que las mujeres con embarazo no planeado se asociaron con mujeres entre 20 a 24 años, sin educación o con educación primaria, solteras y un bajo nivel económico.

*McDevitt TM. (1996) (22)* afirman que la edad de inicio de la vida sexual es el principal determinante de la fecundidad adolescente, mencionando que, en todos los países analizados, casi la mitad de las mujeres han iniciado su vida sexual a los 19 años, mientras que los hombres lo han realizado a los 17 años.

## II. METODOLOGÍA

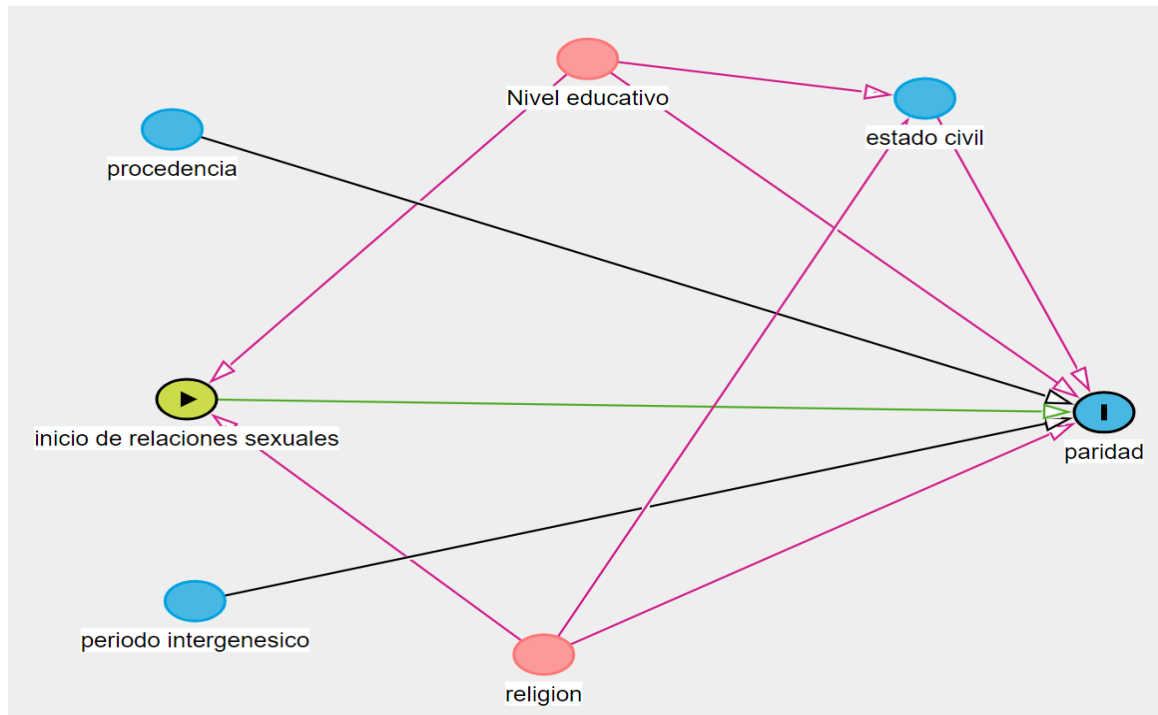
Se realizó un estudio cuantitativo, observacional de corte transversal mediante la recolección de información de historias clínicas de gestantes atendidas en un hospital rural durante el año 2023. Los criterios de inclusión para los casos fueron historias de mujeres gestantes con más de dos gestaciones (ente 3 a 5 para multiparidad y mayor a 5 considerado gran multiparidad).

Se excluyeron registro de pacientes cuya primera atención hospitalaria o gestación se haya presentado a más de 40 años, cuyo registro de historia muestre sospecha o indicios de violación o alguna condición genética asociada a problemas de abortos u embarazos (aneuploidías, trisomías, mola)

El tamaño de la muestra se calculó considerando un poder de 80 %, error alfa de 5%, ocho variables independientes en el modelo controlado (según DAG) para detectar variación estimada de 0.1 en el R<sup>2</sup>. El muestreo fue no probabilístico. Para la recolección de la información, se empleó una ficha de datos estandarizada diseñada específicamente para este fin (anexo 1), asegurando la sistematicidad y exhaustividad del proceso para capturar información epidemiológica y clínica relevante

Se incluyeron variables como la edad, ocupación, religión, estado civil, procedencia urbana o rural y diversos antecedentes obstétricos; número de embarazo, edad de inicio sexual entre otros (anexo 2). Los datos fueron extraídos por la investigadora para asegurar la consistencia. Se construyó un diagrama acíclico dirigido para establecer el modelo causal de la relación de variables (fig.1)

El análisis estadístico principal se desarrolló con un modelo logístico (binomial) con la variable paridad (multi y gran paridad) y variables regresora según DAG.



**Figura 1 DAG: Análisis de relación de variables para la asociación con la paridad (multiparidad y gran multiparidad)**

## Variables

Las variables incluidas en el análisis fueron:

Variable dependiente: paridad (multiparidad y gran multiparidad)

Variables independientes: Edad, edad de inicio de relaciones sexuales, procedencia, estado civil, nivel educativo, religión, edad de menarquia

Las definiciones operacionales y características de las variables se muestran en el anexo1.

### III. RESULTADOS

Se colectaron 87 historias clínicas de gestantes atendidas en el departamento de obstetricia de un hospital de nivel II de la sierra del Perú. La edad promedio de las mujeres fue de 37 (RIQ: 31 – 40) años. En la tabla 1 se describen las características socio demográficas de los registros participantes. Se observa que la mayor cantidad de pacientes se encuentran en la edad entre 40 y 45 años y la mayor cantidad de pacientes (67%) reporta estado de convivientes. En cuanto al nivel educativo el 52% indica nivel secundario y 85% profesan la religión católica.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los registros participantes del estudio**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N = 87<sup>1</sup></b>
<b>Edad</b>	37.0 (31.0 - 40.0)
<b>Educación</b>	
<b>Primaria</b>	30 (34%)
<b>Secundaria</b>	45 (52%)
<b>Sin instrucción</b>	3 (3.4%)
<b>Superior</b>	9 (10%)
<b>Ocupación</b>	
<b>Agricultora</b>	1 (1.1%)
<b>Ama de casa</b>	82 (94%)
<b>Comerciante</b>	3 (3.4%)
<b>Docente</b>	1 (1.1%)
<b>Estado civil</b>	
<b>Casada</b>	24 (28%)

<b>Conviviente</b>	58 (67%)
<b>Soltera</b>	5 (5.7%)
<b>Religión</b>	
<b>Católica</b>	72 (85%)
<b>Cristiana</b>	1 (1.2%)
<b>Evangélica</b>	7 (8.2%)
<b>Ninguna</b>	5 (5.9%)
<sup>1</sup> Mediana (Q1, Q3); n (%)	

En la tabla 2 se describen las características socio demográficas y obstétricas por desenlace de paridad de las participantes del estudio. Se observa que la mayor cantidad de pacientes múltiparas se encuentran en la edad entre 30 y 40 años y la mayor cantidad de pacientes gran múltiparas se encuentran en la edad entre 38 y 41 años. En cuanto a educación, la mayor cantidad de múltiparas (54%) tienen educación secundaria, mientras que casi la mitad (47%) de las gran múltiparas cuentan con educación primaria.

Referente a la ocupación, la mayoría de múltiparas (93%) son amas de casa, mientras que la totalidad de las gran múltiparas (100%) son de la misma ocupación. Por otro lado, una gran cantidad de múltiparas (71%) son convivientes, mientras que algo más de la mitad de las gran múltiparas (53%) son casadas.

En cuanto a la edad del primer embarazo, se observa que el promedio de las múltiparas lo presentan a los 18 años (entre los 17 y 19 años), mientras que las gran múltiparas han sido embarazadas en promedio a los 17 años (entre los 16 y 18 años). La edad de la primera relación sexual en las múltiparas se realizó en promedio a los 17 años, mientras que en las gran múltiparas se realizó en promedio a los 16 años. Al analizar la religión que profesan se observó que la mayoría de múltiparas (88%) así como gran múltiparas (69%) profesan la religión católica.

**Tabla 2 Descripción de características sociodemográficas y obstétricas por desenlace de paridad en participante del estudio**

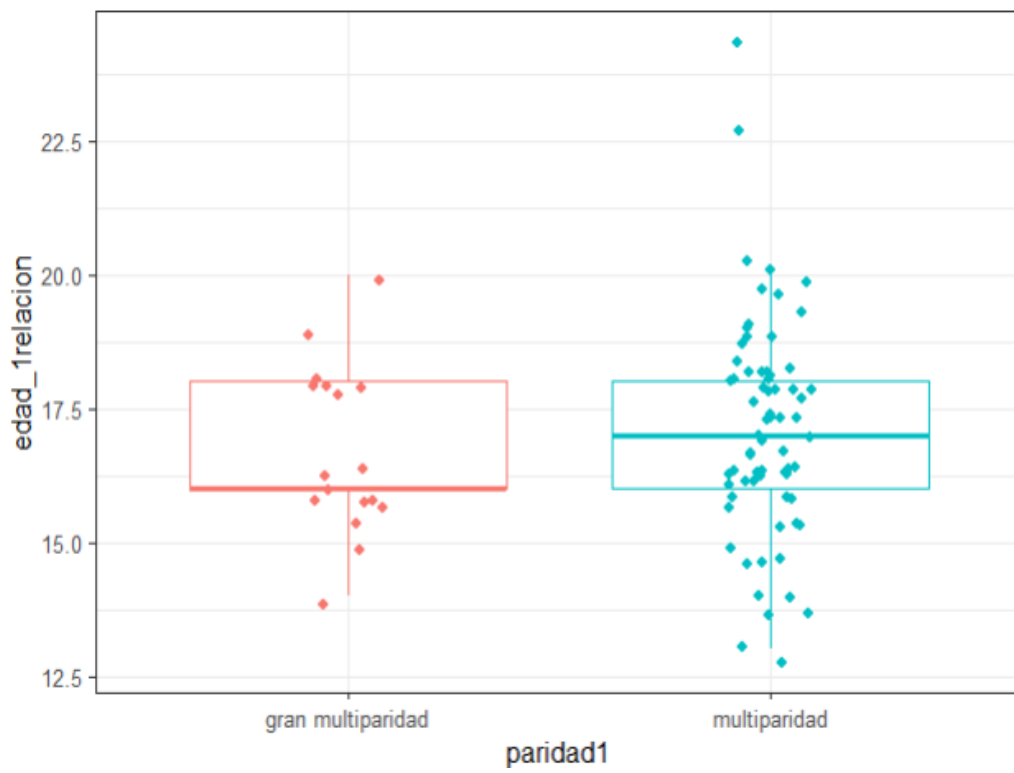
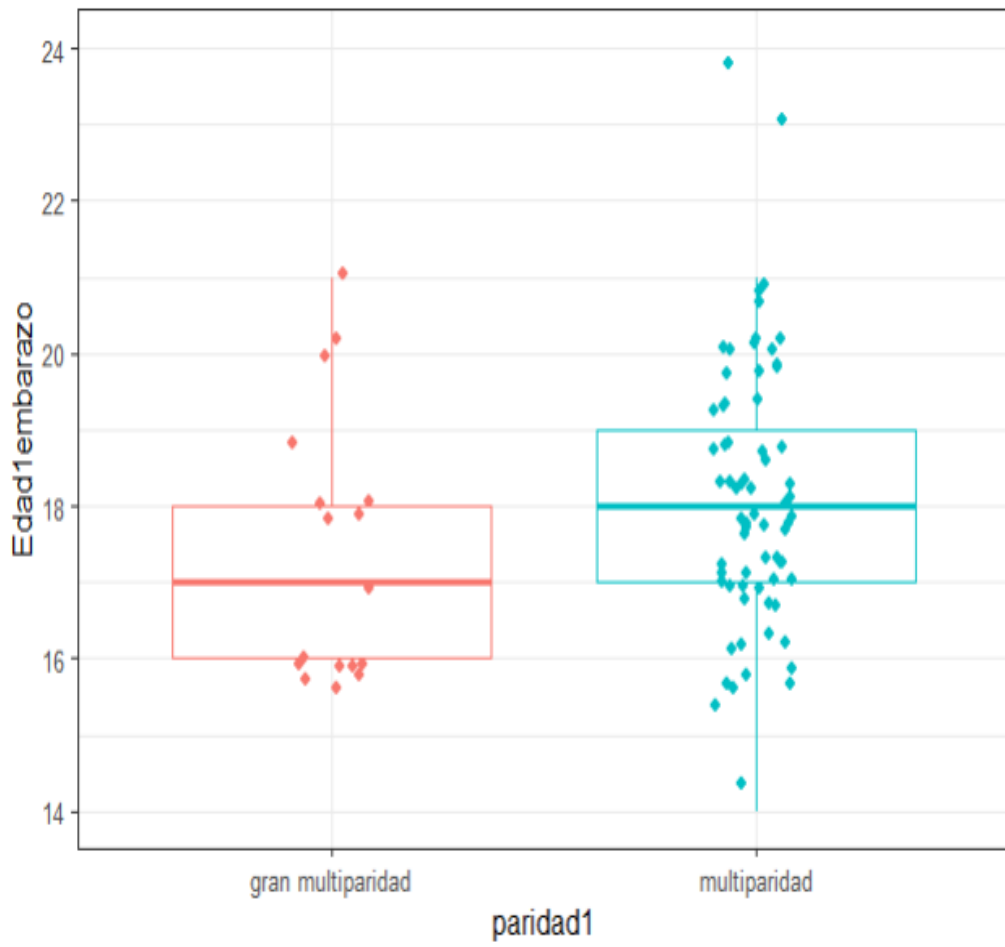
VARIABLE <sup>2</sup>	N	GRAN MULTIPARIDAD		p-value
		N = 17 <sup>1</sup>	N = 70 <sup>1</sup>	
<b>Edad</b>	87	40.0 (38.0, 41.0)	36.0 (30.0 - 40.0)	0.005
<b>Educación</b>	87			0.052
<b>Sin instrucción</b>		2 (12%)	1 (1.4%)	
<b>Primaria</b>		8 (47%)	22 (31%)	
<b>Secundaria</b>		7 (41%)	38 (54%)	
<b>Superior</b>		0 (0%)	9 (13%)	
<b>Ocupación</b>	87			>0.9
<b>Agricultora</b>		0 (0%)	1 (1.4%)	
<b>Ama de casa</b>		17 (100%)	65 (93%)	
<b>Comerciante</b>		0 (0%)	3 (4.3%)	
<b>Docente</b>		0 (0%)	1 (1.4%)	
<b>Estado civil</b>	87			0.042
<b>Casada</b>		9 (53%)	15 (21%)	
<b>Conviviente</b>		8 (47%)	50 (71%)	
<b>Soltera</b>		0 (0%)	5 (7.1%)	
<b>Abortos</b>	87			0.8

<b>0</b>		12 (71%)	39 (56%)	
<b>1</b>		3 (18%)	20 (29%)	
<b>2</b>		2 (12%)	9 (13%)	
<b>3</b>		0 (0%)	2 (2.9%)	
<b>Edad de primer embarazo</b>	87	17.00 (16.00, 18.00)	18.00 (17.00, 19.00)	0.12
<b>Edad de primera relación sexual</b>	86	16.00 (16.00, 18.00)	17.00 (16.00, 18.00)	0.6
<b>Religión</b>	85			0.066
<b>Católica</b>		11 (69%)	61 (88%)	
<b>Cristiana</b>		1 (6.3%)	0 (0%)	
<b>Evangélica</b>		2 (13%)	5 (7.2%)	
<b>Ninguna</b>		2 (13%)	3 (4.3%)	
<sup>1</sup> Mediana (Q1, Q3); n (%)				
<sup>2</sup> Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test				

En la figura 2 se muestra las gráficas de Boxplot que vinculan las edades de embarazo y primera relación sexual con la paridad.

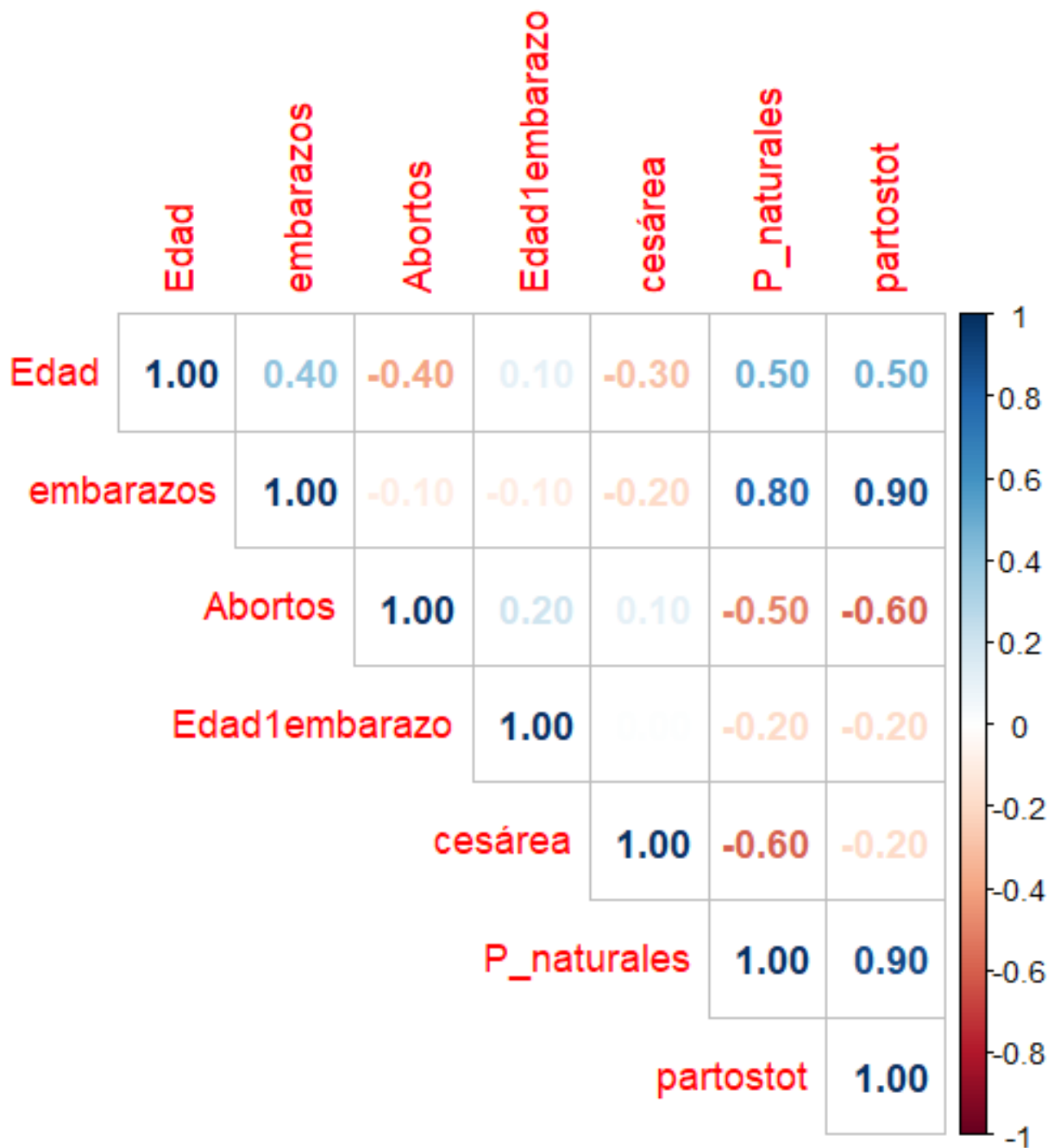
Se observa que las multíparas han tenido su primera relación sexual en una media a los 17 años y se han embarazado a los 18 años, mientras que las gran multíparas han tenido su primera relación sexual en mediana a los 16 años y se han embarazado en promedio a los 18 años, por otro lado, la distribución de las pacientes multíparas se observa mayor dispersión en los datos en relación con las gran multíparas.





**Figura 2. Gráficos de boxplot de distribución de la edad de primera relación y primer embarazo con la paridad.**

Se observa en la figura 3 que la edad presenta una ligera relación (0.40) con el número de embarazos, relación contraria con el número de abortos, muy baja relación (0.10) con la edad del 1er embarazo, ligera relación contraria (-0.30) con las cesáreas, relación media (0.50) con el número de partos naturales y el total de partos; la cantidad de embarazos se relaciona contrariamente con los abortos (-0.10), con la edad del 1er embarazo (-0.10) y con la cesárea (-0.20), así mismo, positivamente (0.80) con los partos naturales y con el total de partos (0.90); los abortos tienen una relación ligeramente positiva con la edad del 1er embarazo (0.20) y con la cesárea (0.10) y relación contraria con los partos naturales (-0.50) y con el total de partos (-0.60); la edad del 1er embarazo tiene una ligera relación contraria con los partos naturales (-0.20) y el total de partos (-0.20); las cesáreas tienen una relación contraria con los partos naturales (-0.60) y el total de partos (-0.20) y los partos naturales tienen una fuerte relación estadística con el total de partos (0.90).



**Figura 3. Matriz de correlacione entre variables numéricas de los registros de participantes de estudio**

El análisis de regresión logística multivariado reveló que la edad y la religión son variables significativamente asociadas con la gran multiparidad. En particular, se encontró que, por cada año adicional de edad, el riesgo de gran multiparidad aumenta

en un 20% (OR: 1.20, IC 95%: 1.05 - 1.43). Además, las mujeres que indicaron pertenecer a una religión distinta a la católica presentaron un riesgo significativamente mayor de gran multiparidad (OR: 5.75, IC 95%: 1.24 - 29.1).

**Tabla 3. Análisis de asociación (regresión logística) entre variables sociodemográficas y obstétricas con el desenlace de gran multiparidad en participante del estudio**

CARACTERISTICAS	OR <sup>1</sup>	95% IC <sup>1</sup>	P-VALUE
Edad	1.20	1.05, 1.43	0.019
Religión			
Católica	—	—	
Otra religión	5.75	1.24, 29.1	0.026
Edad primer embarazo	0.65	0.39, 1.00	0.073
Abortos	0.28	0.47, 3.37	0.6
Menarquia	0.81	0.50, 1.25	0.4

<sup>1</sup> OR = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confianza

#### IV. DISCUSIÓN

La multiparidad y gran multiparidad constituye un factor de riesgo en la salud materno-feto-natal (17) puesto que condicionan alteraciones circulatorias, metabólicas y regresivas, que inducen complicaciones del embarazo y parto.

Nuestra investigación muestra que la multiparidad y gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital de nivel II de la sierra del Perú está significativamente asociada con la edad avanzada y la pertenencia a religiones distintas de la católica. Este trabajo describe una relación específica entre estas variables en un contexto rural andino, que ha sido poco explorada en la literatura existente (18), lo que añade una capa de comprensión valiosa al tema de la multiparidad en entornos similares.

En nuestro estudio encontramos que la población de estudio en su mayoría se encuentra entre 31 y 40 años, tienen educación secundaria (52%), tienen por ocupación amas de casa (94%), de estado civil convivientes (67%) y profesan la religión católica (85%).

Una posible explicación de estos resultados puede ser el impacto sociocultural y económico de la región en las decisiones reproductivas (19). La edad avanzada como factor asociado puede reflejar una tendencia hacia patrones familiares tradicionales, donde la planificación familiar es menos prevalente (20). Este resultado puede explicarse por la falta de acceso a servicios de salud reproductiva y educación sexual en áreas rurales, lo que podría llevar a un mayor número de embarazos a lo largo de la vida de una mujer.

Otra posible explicación es que las creencias religiosas no católicas podrían influir en las decisiones reproductivas de manera que favorezcan familias más numerosas, ya que algunas doctrinas religiosas pueden promover la multiplicación de la descendencia como un valor cultura tal como lo mencionan Borges M, Nunes C, Galbinski A, Galbinski S, y Nunes R (21)

Estos resultados también se asemejan en parte al estudio de Olarte (22) quien entre sus conclusiones indica que las características demográficas predominantes de las gestantes multíparas y gran multíparas del Hospital Docente Materno Infantil El Carmen son el grado de instrucción primaria, el estado civil conviviente, y la religión católica.

Al relacionar las características socio demográficas y obstétricas por desenlace de paridad de las participantes del estudio, se observa que la mayor cantidad de pacientes multíparas se encuentran en la edad entre 30 y 40 años y la mayor cantidad de pacientes gran multíparas se encuentran en la edad entre 38 y 41 años. En cuanto a educación, la mayor cantidad de multíparas (54%) tienen educación secundaria, mientras que casi la mitad (47%) de las gran multíparas tienen educación primaria.

En lo referente a ocupación, casi la mayoría de multíparas (93%) son amas de casa, mientras que la totalidad de las gran multíparas (100%) son de la misma ocupación. Por otro lado, una gran cantidad de multíparas (71%) son convivientes, mientras que algo más de la mitad de las gran multíparas (53%) son casadas. En lo referente a los abortos, el 56% de las mujeres multíparas no han tenido abortos, mientras que el 71% de las gran multíparas tampoco han tenido aborto alguno.

En cuanto a la edad del primer embarazo, se observa que el promedio de las multíparas lo presentan a los 18 años (entre los 17 y 19 años), mientras que las gran multíparas han sido embarazadas en promedio a los 17 años (entre los 16 y 18 años). La edad de la primera relación sexual en las multíparas se realizó en promedio a los 17 años, mientras que en las gran multíparas se realizó en promedio a los 16 años. Al analizar la religión que profesan se observó que la mayoría de multíparas (88%) así como gran multíparas (69%) profesan la religión católica.

Por otro lado, al analizar estadísticamente la asociación entre los factores gineco-obstétricos con la multiparidad y gran multiparidad mediante la prueba análisis de regresión logística, obtuvimos que la edad y la religión son variables significativamente asociadas con la gran multiparidad. Se encontró que, por cada año adicional de edad, el riesgo de gran multiparidad aumenta en un 20% (OR: 1.20, IC

95%: 1.05 - 1.43). Además, las mujeres que indicaron pertenecer a una religión distinta a la católica presentaron un riesgo significativamente mayor de gran multiparidad (OR: 5.75, IC 95%: 1.24 - 29.1). Estos resultados difieren al estudio de Poma B (23) quien concluyó que la edad de la primera relación sexual y la edad del primer embarazo presentan asociación con la multiparidad y gran multiparidad.

En cuanto a la prevalencia de casos de multiparidad y gran multiparidad en pacientes atendidas en el hospital nivel II de la sierra del Perú, se obtuvo que la mayor cantidad de pacientes atendidas en el hospital (75%) son multíparas, las mismas que mayormente han tenido 4 partos. Estos resultados difieren en parte del estudio de Álamo (24) quien concluyó que el 50% de gestantes atendidas en el hospital Belén de Trujillo presentan multiparidad y gran multiparidad (25).

La multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo. En este grupo de mujeres hallamos una inadecuada o irregular utilización de los métodos anticonceptivos convencionales (26). Se considera, que el número de hijos afecta los patrones de ingreso y consumo de los hogares, el grado de cuidado psicofísico y la salud de los niños, de sus madres y de todo el grupo familiar (27)

En general podemos concluir que los factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en pacientes atendidas en un hospital nivel II de la sierra del Perú lo constituyen la edad y la religión, debido a que los otros factores analizados estadísticamente no presentan asociación.

Los factores sociodemográficos son características sociales y demográficas de una población o grupo de personas que se utilizan para describir y analizar diferentes aspectos de la sociedad; estos factores se centran en aspectos como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil, la etnia, la religión y la ubicación geográfica (28).

Son útiles para comprender y estudiar cómo estos elementos influyen en diversos aspectos de la vida de las personas, como la salud, el comportamiento, las actitudes y las oportunidades. El análisis de los factores sociodemográficos es fundamental en

campos como la medicina, la sociología, la salud pública, la economía, el marketing y la planificación urbana, entre otros, ya que proporciona información valiosa para comprender y abordar las necesidades y desafíos de diferentes grupos de población (29).



## V. CONCLUSIONES

Este estudio identificó que la edad y la afiliación religiosa son factores significativamente asociados con la gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital de nivel II en la sierra del Perú. Los resultados muestran que a medida que aumenta la edad de las mujeres, también incrementa la probabilidad de gran multiparidad, con un odds ratio de 1.20. Además, aquellas mujeres que pertenecen a religiones distintas de la católica presentan una mayor predisposición a la gran multiparidad, evidenciada por un odds ratio de 5.75.

Estos hallazgos son importantes porque proporcionan una evaluación exhaustiva de los factores demográficos y culturales que influyen en la gran multiparidad en un contexto rural peruano. La identificación de estos factores es crucial para el desarrollo de estrategias de salud pública dirigidas a mejorar la atención y el asesoramiento a las gestantes en regiones similares.

Se requiere más trabajo para profundizar en la comprensión de cómo estos factores interactúan con otros determinantes sociales y económicos. Además, sería valioso explorar cómo las intervenciones específicas pueden mitigar los riesgos asociados con la gran multiparidad. Deberían emprenderse más investigaciones para examinar la influencia de otros factores potenciales, como el acceso a la educación y los servicios de salud, en la dinámica de la multiparidad en contextos rurales.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Se hace necesario realizar mayores estudios referente a la relación entre la multiparidad y gran multiparidad y determinar con mayor precisión la relación con los factores sociodemográficos (30).
2. Al ministerio de salud se recomienda realizar campañas de prevención de embarazo y planificación familiar para reducir el número de multíparas y gran multíparas.
3. A los hospitales y centros de salud se recomienda difundir las conclusiones del presente estudio a fin de concientizar a las mujeres en edad fértil en cuanto a la multiparidad y gran multiparidad (31).
4. A los futuros y actuales compañeros estudiantes de medicina, concientizar a la población por medio de charlas en pequeños grupos sobre métodos de planificación familiar, uso correcto de anticonceptivos, de tal manera poder modificar este factor de riesgo para la multiparidad y gran multiparidad (32).
5. Así mismo emplear este estudio como base para futuros estudios análogos o similares, a fin de profundizar sobre el tema y obtener conclusiones más específicas.

## VII. REFERENCIAS

1. Ellis Sara, Varner Michael. Gran Multiparidad. UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/grand-multiparity>
2. Akhatim Mohamed, Roshdy Salah. Gran multiparidad: factores de riesgo y resultados en un hospital terciario: un estudio comparativo. *Materia Sociomédica. National Library of Medicine. Mater Sociomed.* Agosto de 2015; 27(4): 244–24 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610637/>
3. Tesfaye T, Okunlola M y Dessie Y. Efecto de la gran multiparidad sobre los resultados maternos adversos: un estudio de cohorte prospectivo. *Frontiers. Centro de Investigación en Salud y Sociedad de Desarrollo de Estudios Aplicados Fronteras en Salud Pública.* Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.959633/full#B7>
4. López García M. Caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos. Guatemala 2020. Disponible en: [chrome-https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2020/040.pdf](https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2020/040.pdf)
5. CEPLAN. Descenso de la fecundidad. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Presidencia del Consejo de ministros. Perú. Disponible en: <https://observatorio.ceplan.gob.pe/ficha/t2>
6. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2022. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demogr%C3%A1fica-y-de-salud-familiar-endes-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e>
7. Evaldson GR. La gran múltipara en la obstetricia moderna. *Gynecol Obstet Invest.* 1990;30(4):217-23. doi: 10.1159/000293273. PMID: 2289702. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Evaldson+GR&cauthor\\_id=2289702](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Evaldson+GR&cauthor_id=2289702)

8. OMS. Planificación Familiar/Métodos Anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
9. Allen Leigh B, Villalobos Hernández A, Hernández Serrato M I, Suárez L, de la Vara E, de Castro Filipa, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud pública Méx. 2018; 55 (2): 235-240. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es)
10. UNFPA. Planificación Familiar. Fondo de Población de las Naciones Unidad. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar>
11. Pierre J J. Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en Haití. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte; 2016. Disponible en: <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2016/10/TESIS-PierreJoseph-Junior.pdf>
12. Ludeña Ximena. Relación entre la tasa de fecundidad y el crecimiento económico a nivel global y por regiones utilizando la metodología de datos de panel. Tesis presentada en la Universidad Nacional de Loja. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22078/1/Ximena%20Lourdes%20Lude%C3%B1a%20Lapo.pdf>
13. Salazar Andrés. Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia, Trabajos de grado del CIDER n. 7, Año 2003. Teoría de los determinantes de la fecundidad. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/9f5e07bb-2f83-446f-b0cd-f3fc23bde691>
14. Axel I. Mundigo Religión y salud reproductiva: encrucijadas y conflictos. Libertades Laicas. Center for Health and Social Policy II Reunión de investigación sobre

embarazo no deseado y aborto inseguro. Disponible en: [chrome-https://cienciarazonfyfe.com/assets/archivos/articulos139309\\_1155.pdf](chrome-https://cienciarazonfyfe.com/assets/archivos/articulos139309_1155.pdf)

15. Lopez E (1998) Tener menos hijos, pero rápido. Conexiones entre reproducción y pobreza en el cono urbano de Buenos Aires. Seminar Poverty, fertility and family planning Committee for International Cooperation in National Research in Demography.  
(CICRED)[http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/pauvrete\\_a.html](http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/pauvrete_a.html)
16. Pantelides EA, Binstock G, Mario S. La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: Resultados de la Encuesta nacional de nutrición y salud. 1a ed. Isla MV ed. lit. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
17. Renojo Vilchez M K. Características sociodemográficos y culturales de las adolescentes con embarazo recurrente en el hospital María Auxiliadora 2019. Tesis Maestría presentada en la Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1552/TITULO%2020Renojo%20Vilchez%2c%20Mariela%20Katherine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. López Priscila. Caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos. Tesis presentada EN LA Universidad San Carlos de Guatemala. 2020. Disponible en: [/https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2020/040.pdf](https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2020/040.pdf)
19. Barrantes Timoteo. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú durante el año 2020 según ENDES. Tesis presentada en la Universidad Ricardo Palma. Lima. 2022. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5089/MED-Timoteo%20Barrantes%2c%20Pierre%20Gonzalo%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Huanay Saavedra B. Factores clínicos-sociodemográficos relacionadas a las complicaciones post-parto en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del hospital de Ventanilla, 2020. Tesis presentada en la Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3539/T.%20TPMH%20-%20HUANAY%20SAAVEDRA%20BRIGGITH%20ESTEFANY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Vetanzo Sánchez G C. Embarazo no planificado y sus factores asociados según la encuesta demográfica y salud familiar del Perú. Tesis Maestría en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2019. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10336/Vetanzo\\_sg.pdf?sequence=1 &isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10336/Vetanzo_sg.pdf?sequence=1 &isAllowed=y)
22. McDevitt, TM Tendencias en la fertilidad de los adolescentes y el uso de anticonceptivos en el mundo en desarrollo.1996 Informe IPC/95-1, Oficina del Censo de Estados Unidos, Suitland. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1831390>
23. CONCYTEC. Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica-reglamento RENACYT 2018 Disponible en: [https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento\\_renacyt\\_version\\_final.pdf](https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf)
24. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. Metodología de la Investigación. McGraw Hill. México, 2010.
25. UCV. Código de ética en Investigación de la Universidad Cesar Vallejo. Resolución de consejo Universitario N° 0126-2017/UCV. Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/09/C%C3%93DIGO-DE-%C3%89TICA-1.pdf>.

26. Ministerio de Salud Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna, Lima, Perú, 2013. Reportado en [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827\\_2013\\_MINSA.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_MINSA.pdf)
27. Borges M, Nunes C, Galbinski A, Galbinski S, Nunes R Reprodução, anticoncepção e fatores sócio-culturais: uma análise, en: Reprodução, n° 3 Vol. 2 São Paulo 1988, Disponible en: <http://portal/revistas/bsv/br>
28. Olarte L. Complicaciones presentes en gestantes multiparas y gran multiparas del hospital docente materno infantil El Carmen, 2018. Tesis para optar el título de Especialista en Emergencias y Alto riesgo obstétrico en la Universidad Nacional de Huancavelica. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/35e6ab12-6eda-4207-abc9-a329c944b070/content>
29. Martinez A, Vargas J y Mini-Díaz E. Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: estudio de casos y controles en un hospital de Perú. Anales de la facultad de medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. An. Fac. med. Vol. 80.n°3 Lima jul. Set 2019. Scielo Perú. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832019000300008#:~:text=Los%20factores%20obst%C3%A9tricos%20incluyeron%20%20el,de%20cord%C3%B3n%20y%20trauma%20materno](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300008#:~:text=Los%20factores%20obst%C3%A9tricos%20incluyeron%20%20el,de%20cord%C3%B3n%20y%20trauma%20materno)
30. Poma B. Factores asociados a la multiparidad en puérperas atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima 2024. Tesis presentada en la Universidad Nacional Federico Villareal. Disponible en: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9278/UNFV\\_FMHU\\_Poma\\_Alvarez\\_Briguitte\\_Lawrence\\_Titulo\\_profesional\\_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9278/UNFV_FMHU_Poma_Alvarez_Briguitte_Lawrence_Titulo_profesional_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Hernández M, Benítez R, Medranda I, Pizarro C, Méndez MJ. Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad del inicio puberal, edad de la menarquia y talla. An Pediatría. 2008 Ago; 69(2): 147-53

32. Stephenson R, Baschieri A, Clements S, Hennink M, Madise N. Contextual influences on modern contraceptive use in sub-Saharan Africa. *Am J Public Health*. 2007;97(7):1233-1240. doi:10.2105/AJPH.2005.071522.



## ANEXOS

**Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables**

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>					
<b>Edad</b>	Tiempo vivido por una persona desde el nacimiento a una fecha determinada.	Información en años cumplidos proporcionada por la paciente y verificada con el DNI al momento del registro durante la primera atención hospitalaria.	-	De 18 a 35	Cuantitativa De razón
<b>Procedencia</b>	Origen y lugar de residencia habitual de donde proviene una persona.	Lugar de residencia categorizado de acuerdo con la información proporcionada por la paciente al momento del registro durante la atención hospitalaria.	-	Urbana Suburbana Rural	Categoría Nominal
<b>Estado Civil</b>	Situación administrativa reconocida por las personas que determina su relación de parentesco.	Información de la condición de parentesco o convivencia referida por la paciente proporcionada al momento del registro durante la atención hospitalaria.	-	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Categoría Ordinal
<b>Nivel educativo</b>	Grado de educación más alto que una persona ha alcanzado.	Grado de educación alcanzado de acuerdo con la información proporcionada por la paciente al momento del registro durante la atención hospitalaria.	-	Sin Instrucción Primaria Secundaria Superior	Categoría Ordinal
<b>Religión</b>	Conjunto de significados, convicciones y creencias orientados al significado de la vida y la veneración de un ser supremo.	Creencia y práctica de una religión de acuerdo con la información proporcionada por la paciente al momento del registro durante la atención hospitalaria.	-	Católica Cristiana Evangélica Testigo de Jehová Otros Ninguna	Categoría Nominal

<b>Menarquía</b>	Edad de la mujer en la que se produce su primera hemorragia menstrual.	Edad de la paciente en la que percibe su primera menstruación de acuerdo con la información proporcionada al momento del registro durante la atención hospitalaria.	-	Edad en años	Cuantitativa De razón
<b>Período intergenésico</b>	Período entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.	Período contado desde el penúltimo alumbramiento hasta la concepción del último embarazo De acuerdo con la información proporcionada por la paciente al momento del registro durante la atención hospitalaria.		Tiempo en meses	Cuantitativa De intervalo
<b>Edad de inicio de relaciones sexuales</b>	Edad en la cual una persona inicia sus relaciones sexuales.	Edad referida por la paciente en la cual informa haber tenido su primera relación sexual, proporcionada al momento del registro durante la atención hospitalaria.		Edad en años	Cuantitativa De intervalo
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>					
<b>Multiparidad</b>	Característica de una mujer cuando presenta de 3 a 5 partos o gestaciones con tiempo mayor a 20 semanas.	La multiparidad se identifica como el registro de 3 a 5 gestaciones o partos en el historial médico de las pacientes		Partos o gestaciones en registro en historia clínica categorizada o Multipara si o no	Categórica Nominal
<b>Gran multiparidad</b>	Característica de la mujer cuando presenta más de 5 embarazos o gestaciones con tiempo mayor a 20 semanas.	La multiparidad se identifica como el registro de más de 5 gestaciones o partos inscritos en el historial médico de las pacientes.		Partos o gestaciones en registro en historia clínica categorizada o Gran Multipara si o no	Categórica Nominal

**Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos**

**FACTORES ASOCIADOS A LA MULTIPARIDAD Y GRAN MULTIPARIDAD EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL NIVEL II DE LA SIERRA DEL PERÚ.**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FACTORES SOCIALES Y CULTURALES**

N° de HC.....

1. **Edad:** .....años
  
2. **Procedencia**  
Urbana.....  
Suburbana.....  
Rural.....
  
3. **Estado civil:**  
Soltera.....  
Casada.....  
Conviviente.....  
Divorciada.....  
Viuda.....
  
4. **Grado de instrucción:**  
Sin Instrucción.....  
Primaria.....  
Secundaria.....  
Superior.....
  
5. **Religión:**  
Católica.....  
Cristiana Evangélica.....  
Testigo de Jehová.....  
Otros.....  
Ninguna.....

**FACTORES OBSTÉTRICOS**

- Menarquia.....  
Período intergenésico.....  
Edad de inicio de relaciones sexuales.....

**PARIDAD**

- 1 o 2 embarazos.....  
De 3 a 5 embarazos.....  
Mas de 5 embarazos.....

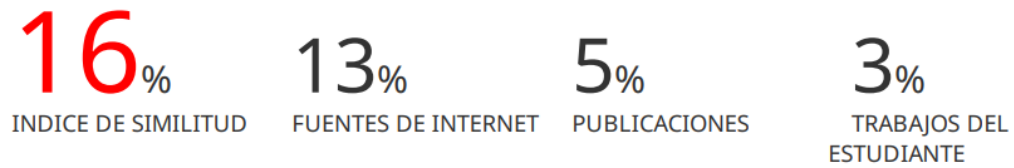
**Anexo 3. Reporte de similitud en software Turnitin**

TESIS COMPLETA - Ashley Mendoza Claudio (TURNITIN).docx


---

INFORME DE ORIGINALIDAD

---



## Anexo 4. Autorizaciones para el desarrollo del proyecto de investigación



MEMORANDUM No. 1396-2024-RA-DIRES-H"VRG"-HZ/UADEI/J.

ASUNTO : Autorización de Proyecto de Investigación


A : Lic. Edwin Asnate Salazar  
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

FECHA : Huaraz, 19 de Agosto del 2024


Por el presente se hace de su conocimiento que el Comité de Ética e Investigación, autoriza el Proyecto de Investigación titulado "Factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital nivel II en la sierra del Perú"

Por lo que deberá brindar las facilidades que el caso amerite a Mendoza Claudio Ashley Rashell, para la ejecución del proyecto mencionado en la Unidad a su cargo, por lo que se le solicita en el informe del proyecto deberá especificar confidencialidad de los datos recogidos del Hospital, debiendo usar su equipo de protección personal (EPP) al visitar las instalaciones del Hospital.

Atentamente,

  
M.C. DOUGLAS LOPEZ DE GUIMARAES  
DIRECTOR EJECUTIVO  
CMP 018513 DNI 31674722

RA/jrc.  
Dirección  
Estadística e Informática  
19 de Agosto del 2024



MEMORANDUM No. 1397-2024-RA-DIRES-H"VRG"-HZ/UADEI/J.

ASUNTO : Autorización de Proyecto de Investigación


A : Dr. Juan Cerna Carbajal  
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia

FECHA : Huaraz, 19 de Julio del 2024

Por el presente se hace de su conocimiento que el Comité de Ética e Investigación, autoriza el Proyecto de Investigación "Factores asociados a la multiparidad y gran multiparidad en gestantes atendidas en un hospital nivel II en la sierra del Perú"

Por lo que deberá brindar las facilidades que el caso amerite Mendoza Claudio Ashley Rashell, para la ejecución del proyecto mencionado en el departamento a su cargo, por lo que se le solicita en el informe del proyecto deberá especificar confidencialidad de los datos recogidos del Hospital, debiendo usar su equipo de protección personal (EPP) al visitar las instalaciones del Hospital.

Atentamente,

  
M.C. DOUGLAS LOPEZ DE GUIMARAES  
DIRECTOR EJECUTIVO  
CMP 018513 DNI 31674722