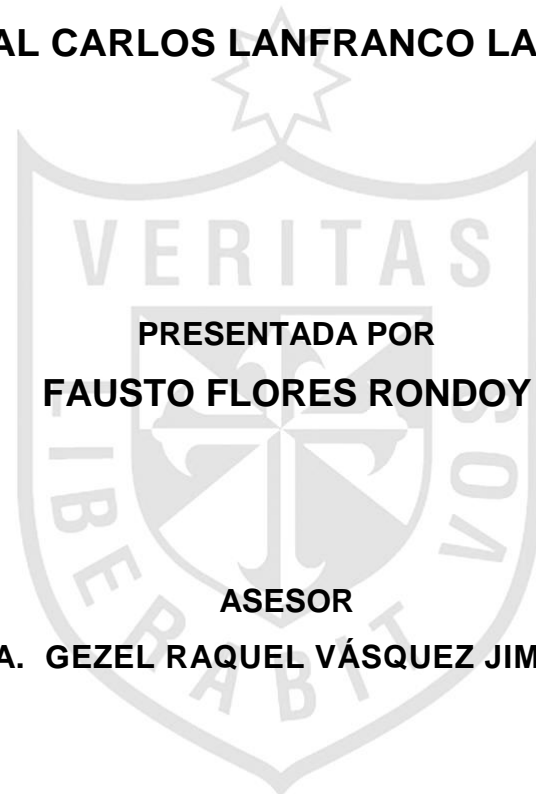




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA GRAN MULTÍPARA  
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2019**



PRESENTADA POR  
**FAUSTO FLORES RONDOY**

ASESOR

**DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ  
2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA GRAN MULTÍPARA  
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
FAUSTO FLORES RONDOY**

**ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
Portada	
Índice	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción del problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	3
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	15
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Formulación de hipótesis	16
3.2 Variables y su operacionalización	16
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Tipos y diseño	18
4.2 Diseño muestral	18
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	20
4.4 Procesamiento y análisis de datos	21
4.5 Aspectos éticos	21
<b>CRONOGRAMA</b>	22
<b>PRESUPUESTO</b>	23
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	24
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Ficha de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

El último decenio del siglo XXI, a nivel mundial, si bien es cierto, se muestra una mejoría en los niveles socioeconómicos de los países de primer mundo, con respecto a la calidad de vida, en lo que respecta a educación, empleo e ingresos de la mujer, lo cual ha prolongado su tiempo en la que respecta a la gestación, viéndose que los casos de multiparidad, han disminuido considerablemente y se ve más a menudo gestantes nulíparas por encima de los 35 años. Informándose que el 2017 en Estados Unidos, un 2.9% de recién nacidos vivos, se presentaron en familias con 5 hijos; el 1.8% fue el sexto o séptimo hijo; mientras que en el 0.6% fueron 8 hijos a más (1).

Con respecto a los países en subdesarrollo, se encuentran en cifras alarmantes las grandes múltiparas; lo cual, envuelve a estos países, en círculos viciosos de extrema pobreza, niveles bajos de educación, desempleo; por consiguiente, esto lleva a condiciones deplorables en la salud de estas multigestas, lo que permite al aumento de morbilidad materno-perinatal, el continente de África tiene el más alto porcentaje de familias con gran número de hijos y en algunos de sus países llega hasta un 18% (2).

En América Latina, se está viviendo el empoderamiento de la mujer en las decisiones culturales, educativas, económicas de los países; pero así mismo, se está viendo gran aumento de embarazos en adolescentes, lo que condiciona en un futuro a la multiparidad de estas, informándose en los objetivos de desarrollo del milenio en las Américas (2015), en el indicador 5.4 que la tasa de fecundidad de las adolescentes fue de 67.1 por 1000. Por consiguiente, llevar a un desapego educativo en la secuencia de estudios y la disminución de las destrezas con respecto a empleo (3).

En el Perú, contamos con un informe de perfiles socioeconómicos, publicado el 2018, donde se dividen los diferentes estratos (A, B, C, D y E) según su poder

adquisitivo (4). La tasa de multiparidad en los últimos años, se encuentra en estudio y se relaciona en algunos de estas al incremento de diabetes *mellitus*, acretismo placentario, desnutrición y anemia, aumento de cesáreas, preeclampsia, mortalidad materna; así como, abandono de los estudios, maltrato de la mujer, madre soltera, etc. Cabe resaltar que además de las características socioculturales, también existen las sociodemográficas; las cuales, se incluirán como parte del estudio.

Todo lo expuesto conlleva, a un atraso en el avance de la salud obstétrica y de persistir creará una brecha en la atención primaria, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se atienden partos, tanto de Lima Metropolitana y de provincia, debido a la migración y por encontrarse ubicado en el cono norte de Lima, estando en un sitio estratégico para el desarrollo del proyecto.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los niveles socioeconómicos de grandes multíparas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el 2019?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar el nivel socioeconómico de grandes multíparas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el 2019.

### **Objetivos específicos**

Determinar el grado de instrucción del jefe de familia y de la gran multípara.

Identificar la ocupación del jefe de familia y de la gran multípara.

Estimar el nivel ingreso económico del jefe de familia y de la gran multípara.

Comparar los servicios básicos, tipo de vivienda de la gran multípara.

Estimar si existe violencia doméstica relacionada con el jefe de familia y la gran multípara.

Asociar el número de gestaciones y patologías que ha presentado durante el transcurso de estas.

Conocer el número de cesáreas, partos institucionales y el número de hijos nacidos vivos.

#### **1.4 Justificación**

Debido al déficit de cobertura de los servicios de salud y a la expansión demográfica que se vive en la actualidad es de gran importancia investigar los múltiples factores asociados a la madre con más de 5 hijos vivos. Para instruir nuevos conocimientos y mostrar la relevancia que presentan los problemas (salud y socioeconómicos), los cuales se relacionan estrechamente y asociarlos al estilos de vida saludable en el intervalo de edad, donde la mujer es más vulnerable.

Las generaciones futuras, no solo las mujeres en edad fértil, si no también, los hombres, tendrán mejor información sobre los estándares socioeconómicos que desean lograr, además de conocer las patologías más frecuentes relacionadas con la madre multigesta. Esto supone una mejor distribución de los recursos en la unidad familiar. Por consiguiente; beneficiarán a los diferentes departamentos del país, sobre todo, en los de difícil acceso demográfico; puesto que se puede aplicar en el primer nivel de atención y en las instituciones educativas; lo cual, permitirá mejorar los indicadores de salud materna y socioeconómica.

De no investigarse la relación existente entre la madre con más de cinco hijos y los factores sociales y económicos, nos veremos envueltos en un gran problema de salud, no solo por la capacidad resolutive de los hospitales, si no también, por las carencias propias de la unidad familiar, empeorando el problema con el paso del tiempo.

#### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El presente trabajo de investigación es viable, debido a que, la mayor cantidad de datos se obtendrán a través del historial clínico de forma retrospectiva de la paciente en estudio con el tiempo adecuado para formular los distintos problemas

en cuestión; así mismo, se necesita un mínimo de personal calificado para la toma de datos adicionales; ya que, la paciente puérpera, de más de cinco hijos, se encontrará en el ámbito hospitalario un tiempo no menor de 24 horas donde estos se podrán complementar con el estudio, lo que demandaría un tiempo aproximadamente de 5 minutos por paciente para su realización y si esta no se encontrase en el hospital, se cuenta con un número telefónico en su expediente perinatal con el que se puede contar.

Es factible, porque con estos datos (historia prenatal) se podrá conseguir una base adecuada de muestra poblacional para su desarrollo, sin que existan barreras éticas cuestionables.



## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Bola S, en 2019, publicó un estudio, con el objetivo de examinar los factores sociodemográficos maternos asociados a la baja paridad y la gran multiparidad en Nigeria, para lo cual empleó una metodología de manera retrospectiva en relación de la multigesta y su nivel socioeconómico, basado en una encuesta demográfica. Entre sus resultados se hallaron que, si bien la edad avanzada en el primer matrimonio, la educación mejorada, no se evidenció mortalidad infantil, y la poligamia aumentaron la probabilidad de baja paridad, la educación mejorada, la ausencia de mortalidad infantil, la edad tardía en el primer matrimonio y la mayor riqueza del hogar, redujeron la probabilidad de gran multiparidad, como conclusión se llegó a que la edad avanzada y la educación, disminuía considerablemente, la mortalidad infantil y aumentaba el estatus económico (5).

Atem A et al., en 2019, publicaron un estudio con la finalidad de comparar dos poblaciones de gestantes en regiones rurales, donde realizaron una revisión retrospectiva de un total de 1775 registros con criterios de inclusión. La prevalencia general de gran multiparidad fue del 27% lo que evidenció una mayor significancia entre los resultados adversos perinatales de ambas poblaciones, y concluyeron que la gran multipara tiene menos de desarrollar desgarros perineales de segundo y cuarto grado, en comparación con sus contrapartes con menor paridad (odds ratio = 0.3, intervalo de confianza del 95% = 0.2–0.7, p = 0.001) (6).

Alsammani M et al., en 2019, realizaron un estudio con el fin de evidenciar el sangrado post parto en la gran multigesta, para lo cual emplearon la metodología prospectiva y comparativa de corte transversal de grandes multiparas entre 18 a 34 años, y como resultados las jóvenes gran multiparas tienen un riesgo significativo de HPP y una mayor duración de la estancia hospitalaria mayor iguala a 3 días y los bebés nacidos de mujeres jóvenes multiparas grandes tenían más probabilidades de tener bajo peso al nacer y una mayor tasa de ingreso a la UCIN. Los jóvenes multiparas grandes fueron similares en su complicación materna y

fetal a los embarazos de bajo riesgo y significativamente menos en varias complicaciones en comparación con las mujeres mayores multiparas mayores y su conclusión fue que se presenta más riesgo de hemorragia post parto, bebe prematuros y de bajo peso así mismos más estancia hospitalaria mayor de tres días que la multipara añosa (7).

Torres L et al., en 2018, realizaron un trabajo con el objetivo de ver el entorno de la gran multipara y relación con trastornos psicológicos donde emplearon un estudio retrospectivo y se demostró en sus resultados, violencia leve, con mayor frecuencia en el Estado de México y Veracruz (OR: 3.53; IC 95%: 1.13 - 10.97), la depresión fue tres veces más asociado al riesgo de pre eclampsia (OR: 3.12; IC 95%: 1.077 - 9.083) y 7.4 veces más riesgo cuando tienen menos de 5 consultas prenatales (OR: 7.42; IC 95%: 2.85 - 19.33). Y como conclusión a mayor número de gestaciones tiene más tendencia a la preeclampsia y al desarrollo de ansiedad y depresión en un estudio de casos y controles que abarcaba 336 mujeres puérperas (8).

Al S et al., en 2017 publicaron un estudio con el fin de observar las patologías obstétricas de la gran multipara, en el cual realizaron un estudio de cohorte de 3327 mujeres en sala de partos en el Hospital Universitario King Khaled, Riyadh, Arabia Saudita. Y en sus hallazgos la principal complicación neonatal fue el bajo peso al nacer (10.7%); sin embargo, el ingreso neonatal a la UCI fue significativamente mayor en la gran multipara ( $p = 0.04$ ), El parto por cesárea también fue elevado (19.5%) y fue significativamente alto en el subgrupo de la gran multipara ( $p < 0.01$ ). Las dos complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo fueron la diabetes gestacional y el parto prematuro espontáneo (12.6% y 9.1%, respectivamente), se menciona como conclusión que la gran multipara y sus características sociodemográficas, tiene más riesgo de efectos adversos maternos y perinatales como diabetes gestacional o parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino (9).

Levy G et al., en 2017, desarrollaron un estudio con la meta de saber si las grandes multiparas desarrollaban prolapso de los órganos pélvicos como patología obstétrica a posterior y en su análisis demostró de forma retrospectiva

en un estudio de 113 mujeres, comparar el resultado quirúrgico a largo plazo y las complicaciones de las mujeres multiparas y multiparas grandes sometidas a cirugía reconstructiva con implantes de malla vaginal para la reparación del prolapso de órganos pélvicos ( $28.17 \pm 20.7$  meses), la edad promedio de los pacientes fue de  $62 \pm 7.9$  (rango 42-83) años. La paridad promedio fue de  $5.6 \pm 3.1$  (rango 1-14). Hubo 54 (47.7%) mujeres multiparas y 59 (52.3%) y como concluye que las mujeres gran multiparas, tenían mayor incidencia de prolapso genital como patología, además de ser más joven la multipara y que la reconstrucción vaginal a largo plazo era mucho mejor en la paciente joven independiente de la multiparidad (10).

Högnäs E et al., en 2016, realizaron un estudio con el objetivo de ver si la gran multipara tenía tendencia a desarrollar cáncer en diferentes órganos que no fuese el tracto genital femenino, empleando una metodología de cohorte y entre sus resultados la incidencia de cáncer no ginecológicos de la gran multipara en Finlandia. La incidencia de cánceres de vesícula biliar (SIR 1.42, 1.26-1.58), tracto biliar (1.19, 1.04-1.35) y riñón (1.22, 1.14-1.31), cáncer de vejiga urinaria (SIR 0.70, 0.61-0.78), cáncer de pulmón (0.87, 0.81-0.92), cáncer de colon (0.94, 0.89-0.99) y demostró como conclusión que las grandes mujeres multiparas tienen un riesgo general similar de cáncer no ginecológico que otras mujeres, a pesar de las diferencias significativas en algunas formas específicas de cáncer (11).

Gómez et al., en 2014, elaboraron un análisis secundario de una sub muestra de la (ENDES) Encuesta Demográfica y de Salud Familia con la meta de ver si los controles obstétricos realizados producen un efecto bueno en la maternidad saludable, encontrándose como resultado que en las regiones como Huancavelica, Ayacucho y Puno puede llegar a ser un problema de salud pública grave (más del 40% de gestantes anémicas). La prevalencia de anemia 27.2% (IC95% 24.2% a 30.2%). frente a las que inician a partir del tercer mes (11,96, 11,80 y 11,40 g/dL respectivamente,  $p < 0,001$ ), (un inicio más temprano se asocia a una menor prevalencia de anemia,  $p < 0,001$ ) y la planificación del embarazo (23.6% Vs. 29.9%,  $p = 0,041$ ). Y concluye que a mayores controles prenatales tenían menor porcentaje de anemia indiferente de la zona demográfica estudiada (12).

Ku et al., en 2014, procedieron a estudiar a las grandes multiparas y si estas presentaban problemas de violencia doméstica en el instituto materno perinatal de Lima, mediante un estudio prospectivo utilizando la ficha de violencia para la identificación de factores psicosociales y a su vez estas lo relacionaron con patologías en la gestante los cuales se asociaron al desarrollo de pre eclampsia y resulto que la ansiedad (OR: 3,24; IC 95%: 1,24-8,49), la depresión (OR: 3,35; IC 95%: 1,12-9,99) y la violencia (OR: 2,41; IC 95%: 1,08-5,38) y concluyeron que factores psicosociales se asociaron significativamente con pre eclampsia (13).

Susacasa S, en 2014, elaboró un estudio con el objetivo de investigar a la gran multipara de las poblaciones de Argentina, Bolivia y Paraguay, mediante un diseño mixto: cualitativo cuantitativo. Prospectivo y retrospectivo, descriptivo e inferencial de la gran multipara y su entorno sociodemográfico y como resultado el 55.46% de la población fue de argentina; 24.80% boliviana y 12.21% paraguaya. La proporción de mujeres GM varía, aumentando la de las argentinas (64.91%; 185/285) y disminuyendo la de las bolivianas (20.00%; 57/285) y las paraguayas (9.47%; 27/285). Estas diferencias fueron significativas. Entre ser argentina y el resto para la GM: RR 1,49 (1,17-1,96 IC95%) p= 0,0012 y como conclusión se obtuvo que a menor grado de instrucción más tendencia a la multiparidad a menos controles prenatales a más incidencia de abortos, más hijos de padres diferentes y mayor inestabilidad laboral (14).

Sixto E et al., en el 2008, estudiaron a la gestante con problemas de vulnerabilidad social asociado a pre eclampsia y realizaron un estudio de casos y controles en dos hospitales de lima a 339. La prevalencia de IPV fue 43.1% entre los casos y 24.3% entre los controles, en las puérperas se obtuvo un riesgo 2.4 veces mayor de pre eclampsia (OR = 2.4; IC 95%: 1.7-3.3). El abuso emocional en ausencia de violencia física se asoció con un aumento de 3.2 veces (IC 95%: 2.1–4.9) mayor riesgo de pre eclampsia y concluyo que la pre eclampsia donde la violencia familiar (física y emocional) se encontraba íntimamente relacionado con esta patología y a otras (15).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Concepto de socioeconomía**

La definición de este término se propuso por Amitai Etzioni en Harvard en 1989 quien fundó la Sociedad Mundial de Socioeconomía (SASE), estos conceptos han empezado a tener repercusión en el mundo y fueron reconocidos en el sexto Congreso Mundial de Socioeconomía, como un conjunto que está inmerso, principalmente de las áreas de conocimiento de economía, sociología y derecho en la realidad social y cultural; y que no es un sistema cerrado, lo que genera competencias que no son necesariamente complementarias y armónicas.

La socioeconomía asume también la decisión que construye cada persona influenciada por valores, emociones, prejuicios, juicios, afinidades culturales y otros, no es sencillamente por un preciso interés propio. En este sentido, no siempre están motivados principalmente por el propio interés o por el placer. La socioeconomía valora de igual manera los mecanismos inductivos, deductivos y pretende ser al mismo tiempo una ciencia descriptiva y normativa.

En consecuencia no desarrolla comportamientos ideológicos, todo lo contrario, se encuentra abierta a muchas variables tales como, el lugar de acción de la persona y de todo lo que engloba la sociedad. En este plano, no se debe confundir con un "ismo", esta representa una de las novedades intelectuales más importantes aparecidas en los últimos años y sin lugar a duda, tiene una gran relevancia política. Por ende, se pretende direccionar la ciencia económica en el entorno social y moral, con una estricta base de coherencia y racionalidad interna, para dar como resultado la justicia, la solidaridad y la felicidad global; y no solamente, la maximización de una utilidad llamada, interés propio (16).

### **Clasificación**

#### **Estatus o nivel socioeconómico (ESE)**

Es una determinación global que entrelaza lo económico y social del nivel profesional de una persona y de su entorno económico y social en relación a otras personas. Además es un indicador importante en todo estudio demográfico. En el Perú los últimos años del siglo XXI se ha visto un avance económico desde un aumento del 60% en 2016 comparado con el 2013 que fue solo del 13%, en la

actualidad existe aún mucha desigualdad. Que vulnera mucho ciertas poblaciones como la madre que presenta de 5 hijos a más, la cual se pretende estudiar su entorno social, económico y demográfico (17).

Para determinar estos niveles se utilizan varios ítems en una encuesta realizada a la familia donde se obtendrán datos de forma práctica y confiable de fácil aplicación mediante las variables para determinar los niveles en la letras A, B, C, D y E, se toma en cuenta el grado de instrucción del Jefe de familia y estudios logrados por ambos padres. Así como las comodidades del hogar y sus bienes, servicios domésticos o comunicaciones, propiedad de la familia, lo que demuestra el status económico, evalúa las características de la vivienda: tipo de materiales de la construcción de la vivienda. El acceso a la salud en caso de hospitalización; si presentan algún tipo de seguro lo que va a jugar un rol importante en la situación actual de su economía. Así mismo, el ingreso económico de la familia determinado a ambos a la cual se le da una escala según la remuneración. Si existe hacinamiento; visto por el número de integrantes de la familia y el número de habitaciones en el hogar.

Y los ítems que incluyen cada variable y su respectivo puntaje en orden accedente para ambos: ¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Que va desde la primaria completa o incompleta con puntuación de 1 hasta la máxima que es estudios de post grado con 7 puntos; la siguiente pregunta hace referencia a los servicios de salud ¿A dónde acude el jefe de hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud? Si es en una posta medica es una puntuación de 1, y si es en consulta privada en una clínica particular es de 5 puntos, mide también la partida remunerativa de ambos en promedio y si es menos de 750 soles se considera 1 punto y si es más de 1500 soles se considera una puntuación de 4 puntos, el siguiente ítem hace referencia a ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?, y ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar?, la siguiente pregunta es ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda? Y se mide mediante el piso en el cual se encuentran, ve desde tierra o arena que es de 1 punto hasta mármol que tiene una puntuación de 5 puntos, luego de determinar la encuesta se procede a sumar la puntuación.

Envase a esto se determina el puntaje en intervalos, obteniéndose un nivel que va desde la A hasta el E.

<b>NIVELES</b>	<b>NSE</b>	<b>CATEGORIA</b>
Nivel 1 A	Alto	33 o más puntos
Nivel 2 B	Medio	27 – 32 puntos
Nivel 3 C	Bajo Superior	21 – 26 puntos
Nivel 4 D	Bajo Inferior	13 – 20 puntos
Nivel 5 E	Marginal	5 – 12 puntos

La estructura social y económicas de Perú viene siendo estudiadas por un grupo de empresas (APEIM) Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, este da un reporte anual de la economía e ingreso que existe por familia como un indicador para su uso práctico, lo compara con el de años anteriores para ver la existencia de mejoría en el desarrollo socioeconómico (18).

Los escenarios socioeconómicos de base, se desarrollan recreando un plano de condiciones económicas y sociales que se encuentra en el grupo de estudio (gran multipara). Lo que ayudará en esta prueba sectorial, que incluirá datos importantes para estudiar y evaluar su condición socioeconómica (19).

Los principales pilares del nivel socioeconómico tenemos a los ingresos este es una medida fácil de entender debida porque se maneja en base a números, la desigualdad de este se suele medir con el coeficiente de Glni, donde 0 corresponde a equidad perfecta y 1 la inequidad, las familias con bajos ingresos gastan en necesidades básicas (alimento, servicios básicos, etc.), no generan viene que se puedan dejar a su descendencia, caso contrario de familias con ingresos altos. El nivel laboral es otro pilar y este muy a menudo está combinado con el nivel educativo y la remuneración, así mismo, este mide la posición social citando sus capacidades y destrezas en su quehacer diario. Este es el más complejo de medir debido a que presenta muchos factores en competencia (20).

La educación en paralelo a los ingreso, mientras más sea el nivel mejor será la oportunidad de trabajo con una mayor remuneración, comparando en estudios

que niños nacidos con nivel socioeconómico bajo tiene menos oportunidades y habilidades y una curva de aprendizaje más lentas que niños nacidos de familias de niveles altos (21).

## **Fisiología de la gestación**

### **Conceptos básicos**

Se define como una serie de eventos que ocurren luego de la fecundación del ovulo, donde la gravidez requiere determinadas modificaciones las principales son la ganancia de peso el cual es aproximadamente 12,5 kg así mismo se encuentra esta ganancia a un adecuado balance en el organismo de la mujer.

El sistema cardiovascular presenta un aumento de su gasto cardíaco hasta un 50%; por consiguiente, un aumento en la frecuencia cardíaca debido a la sobrecarga vascular 20%, elevando el volumen latido hasta un 30% y una disminución de la resistencia vascular periférica y en gestaciones múltiples, este gasto cardíaco es mayor en 20% sobre el incremento normal; lo que conlleva a una disminución de la hemoglobina y hematocrito. Con respecto al sistema urinario se produce un aumento de las pelvis renales, cálices y los uréteres, incrementando su vascularización y su tamaño de 1 a 1.5 cm de lo normal. En el sistema gastrointestinal debido a la influencia hormonal disminuye el peristaltismo y mecánica por desplazamiento del aumento del útero originara una disminución del vaciamiento de este y una mayor absorción de los intestinos por la lentitud. En el sistema nervioso central y periférico existe una disminución de la perfusión cerebral lo que podría producir una disminución de la memoria durante este periodo. El aparato respiratorio sufre modificaciones precoces desde la octava semana de gestación donde el volumen corriente, la ventilación pulmonar, la capacidad residual funcional, el volumen residual y el consumo de oxígeno están disminuidos por elevación del diafragma. En la piel se puede ver mermada por el prurito de carácter idiopático hasta un 20% de las gestantes, la aparición de manchas en el rostro (cloasma gravídico) y en el abdomen (línea alba) así como hiperpigmentación de las mamas (22).

### **Gran multipara**

Fue descrito por primera vez en 1934 por el Dr. Salomons y está determinada por el número de gestaciones comprendidas por perdidas de gestaciones y



partos considerando la gravidez de la mujer la cual se encontrará por encima de las 5 gestaciones. Las cuales dependiendo de la realidad social de la paciente se va estar inmersa en múltiples complicaciones y condicionada a una elevada morbilidad y mortalidad según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) avaló esta terminología para poner énfasis a los futuros problemas de salud independiente de cada paciente a producir en el transcurso de las futuras gestaciones por encima de la quinta gestación (23,24).

### **Gran multipara y patologías**

Se encuentra íntimamente relacionadas al mayor número de gestaciones que presenta una mujer siendo la gran multipara una candidata para presentar algún tipo de enfermedad. Como la amenaza de aborto, independiente del número de gestación pero con un aumento significativo si la mujer presenta más gestaciones se presenta con sangrado vaginal escaso, dolor en hipogastrio y en la ecografía transvaginal se puede visualizar una gestación activa. Lo que conlleva a un reposo relativo disminuyendo horas de trabajo y remuneración diaria (25).

La placenta previa o de inserción baja es otra noxa que se presenta en las gestaciones cuando son muy frecuentes en la mujer, estas se relaciona con sangrado vaginal más profuso que la patología anterior y en la ecografía se puede observar una placenta que cubre el orificio cervical interno o la bordea, produciendo en la paciente un mayor estado de reposo de días e incluso meses por el riesgo a perder la gestación (26).

Así mismo, la gran multipara está predispuesta a presentar preeclampsia, la cual es diagnosticada después de las 22 semanas, con una presión arterial en gestante se encuentra por encima de valores normales con una diferencia de la presión arterial diastólica (PAS) por encima de 30 mmHg. Y la presión arterial diastólica (PAD) por encima de 15 mmHg (27).

La amenaza de parto pre término, la cual puede aparecer en el embarazo independiente del número de gestación y se caracteriza por una dinámica uterina franca, constante con cambios en la consistencia del cérvix, por ende, esta

conlleva a otra patología (28).

El parto prematuro el cual será más desfavorable para el recién nacido independiente de la edad gestacional a menor número de semanas estará propenso múltiples noxas como síndrome de distrés respiratorio: por hipertensión pulmonar, membrana hialina así como enterocolitis necrotizante, hemorragia interventricular, retinopatía, etc. Estos se producen por motivo de no desarrollo completo de los órganos vitales (29).

Infecciones recurrentes del tracto urinario debido a que en la gestación se produce una hormona llamada progesterona la cual disminuye el movimiento de musculatura lisa por relajarla y la parte mecánica por crecimiento del útero produce disminución del largo de la uretra de la mujer (30).

La anemia, un problema de salud que se ve en la gestante sin necesidad de ser gran multipara esto conlleva y condiciona a un parto de riesgo y aumenta su morbilidad y mortalidad en la gestante que presente una hemoglobina menor de 11 Mg/dl (31).

La diabetes gestacional en la mujer con mayor número de gestaciones y debido al cambio hormonal constante que se produce en la placenta para la adaptación y crecimiento del feto, se produce un aumento de la resistencia a la insulina lo que puede producir esta enfermedad en la gestante detectada si se encuentra una glucosa mayor de 100 mg/dl en ayunas (32).

Mayor riesgo de cesárea y sus efectos sobre el recién nacido y las múltiples patologías que se pueden presentar: en el trabajo de parto o por la actitud de presentación: podálico, o por el periodo intergenésico sí es menos de un año ocho meses, la pelvimetría no adecuada de la madre, van a influenciar a un mayor número de cesáreas comprometiendo muchas veces su vida y la del neonato (33).

### 2.3 Definición de términos básicos

**Grado de instrucción:** Su etimología del vocablo latino “instructiōnis”, con el significado de aprender en forma personal; transmitir conocimientos, habilidades y destrezas (34).

**Ocupación:** Su origen etimológico en el vocablo latino “occupatio” y se emplea en varios sentidos, según el contexto. La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión (35).

**Ingreso económico:** Designando la paga que corresponde como contraprestación por una prestación laboral de servicios o de obra, en una relación regulada bajo la modalidad de contrato de trabajo (36).

**Servicios básicos:** Hace referencia a servicios de agua potable, drenaje sanitario y energía eléctrica los cuales se encuentran a favor de un mejor estilo de vida reduciendo así las disparidades sociales (37).

**Violencia doméstica:** Término social que se refiere a algún tipo de agresión física o verbal dentro del ámbito de la familia como unidad (38).

**Patología obstétrica:** Enfermedad que aparece durante el periodo del embarazo desde la concepción hasta los 42 días posteriores al parto (39).

**Cesárea:** Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción manual del feto mediante una incisión por planos anatómicos hasta llegar al útero (40).

**Partos institucionales:** Hace referencia al número de nacimientos que se producen en los establecimientos de salud (41).

**Gran múltipara:** Significa que una mujer ha presentado más de tres gestaciones y el término gran múltipara hace referencia a que ha presentado más de 5 gestaciones (42).

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de hipótesis

El presente estudio no requiere hipótesis por ser descriptivo.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición conceptual	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categoría y valores	Medio de verificación
Gran multipara	Mujer ha presentado muchas gestaciones.	Cualitativa	> de 5 gestaciones	Intervalo	1 al 3: 5-6 7-8 >8	Historia clínica
Grado de instrucción	Estudios que presenta.	Cuantitativa	Grado académico que presenta	Ordinal	1 al 10. Primaria completa / incompleta Secundaria incompleta Secundaria completa Superior No universitario Estudios universitarios incompletos Universitarios completos Posgrado	Según encuesta APEIM
Ocupación	Trabajo que realiza de forma activa.	Cuantitativa	Actividades que realiza en forma laboral	Nominal		Historia clínica
Ingreso económico	Remuneración mensual por el trabajo realizado.	Cuantitativa	Ingreso familiar en soles	Intervalo	Bajo <750 Mediano 750-1000 1001-1500 Alto >1500	Según encuesta APEIM
Servicios básicos	Comodidades que presenta en el hogar.	Cuantitativa	Servicios que ayudan a mejorar el estilo de vida	Ordinal	1 al 3 Luz Agua desagüe	Según encuesta APEIM
Partos institucionales	Parto dentro de una institución de salud.	Cualitativa	Atención del parto en un centro de salud	Razón	Todos Al menos uno Ninguno	Historia clínica
Enfermedades obstétricas	Patologías que se presentan	Cuantitativa	Enfermedades que se relacionan con	Nominal	1 al 7 Anemia Amenaza de aborto	Historia clínica

	durante la gestación.		la gestación		Placenta previa Parto pre término RCIU Pre eclampsia Diabetes gestacional	
Numero de cesárea	Operación realizada a una gestante.	Cualitativa	Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto del vientre de la madre	Razón	Todas Al menos una Ninguna	Historia clínica
Violencia domestica	Cuando existe en el entorno familiar hostil para la cónyuge.	Cuantitativa	Si existe maltrato físico o verbal en la unidad familiar	Razón	1 al 2 Si no	Encuesta aplicada por número telefónico en la HC

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Tipos y diseño

**Según la intervención del investigador:** Es observacional, porque se va a estudiar la historia clínica de la gran múltipara relacionarla con su estatus socioeconómico.

**Según el alcance:** Es descriptivo, puesto que, solo se observará y describirá el comportamiento de la gran múltipara.

**Según el número de mediciones de la o las variables de estudio:** Es de tipo transversal, debido a que las variables serán medidas una sola vez.

**Según el momento de la recolección de datos:** Es retrospectivo debido a que se extraerán los datos de la historia clínica.

### 4.2 Diseño muestral

#### **Población universo**

Gestantes o madres gestantes que durante el 2019, presentaron atenciones en consultorio externo, consultorio de emergencia y para atención del parto en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

#### **Poblaciones de estudio**

Gestantes o madres gestantes, con más de 5 cinco gestaciones que durante el 2019 presentaron atenciones en consultorio externo, consultorio de emergencia y para atención del parto en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

#### **Tamaño de la muestra**

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estimar una proporción poblacional:

$$n_{\infty} = Z \alpha/2^2 * PQ / E^2$$

$$n_{\infty} = (1.96)^2 (0.07)(1-0.07) / (0.05)^2 = 13.983424 \rightarrow 14$$

$$n_{\infty} = 14$$

**Dónde:**

$$Z \alpha/2 = 1.96 \text{ (IC=95\%)}$$

$$p_e = 7\% = 0.07$$

$$q_e = (1-p_e) = 0.13$$

$$E = 5\%$$

Ayala F et al., en 2016, se observaron una prevalencia de gestantes gran múltiparas, atendidas en la maternidad de lima de 7% (43).

El Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, se encuentra con una data de 67 atenciones de pacientes que presentan más de 5 gestaciones las cuales han sido reportadas y atendidas desde enero-julio 2019.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = n_{\infty} / (1 + n_{\infty} / N)$$

$$n = 14 / (1 + 14 / 67) = 11.58 \rightarrow n = 12.$$

El número mínimo de pacientes para realizar el estudio es 12, si se desea estimar el nivel socioeconómico de la población en estudio, con una prevalencia del 7% y un nivel de confianza de 95%.

**Criterios de selección**

**Criterios de inclusión**

- Pacientes con cinco gestaciones a más.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con historias clínicas completas.
- Pacientes con 4 a más atenciones en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz

- Conyugue actual de la paciente en estudio.
- Pacientes con número telefónico activo de la HC
- Pacientes con disponibilidad para contestar la encuesta

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con antecedentes de solo abortos como gestaciones.
- Pacientes que presentan mal control prenatal.
- Pacientes con historias clínicas no legibles.
- Pacientes con una sola atención en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz
- Pacientes que no respondan en 5 intentos al número telefónico de la HC

#### **4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

El presente estudio contara con la autorización del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz y el departamento de ginecología y obstetricia para la recolección de datos de la muestra de las pacientes con cinco gestaciones a más, que se hayan atendido más de una vez, por el consultorio externo, consultorio de emergencia y las que presentaron su parto en dicho nosocomio durante el periodo del 2019, así mismo:

- Estudiar las historias clínicas de las pacientes y que estas cuenten con el llenado básico con algunas de las variables independientes y que presente número telefónico para contactarse con la paciente en estudio.
- Especificar las variables independientes que no se encuentran en la historia clínica en la hoja de recolección de datos según la encuesta APEIM (anexo).
- Completar las encuestas hasta obtener la muestra completa para estimar las características que se desean encontrar.
- Agrupar la información deseada de las hojas de recolección de datos para la elaboración de la data y así proceder a su análisis según el estudio.



#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

La recopilación de datos que se obtendrán, será estudiada y aplicada de las hojas de las encuestas para ser procesados mediante cuadros de entrada simple y doble (anexo).

Se utilizará la prueba estadístico Chi cuadrado para las variables descritas; para verificar el nivel de significancia estadística y las asociaciones que se desean encontrar con un intervalo de confianza menos de 5% ( $p < 0.05$ ).

Utilizando el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS V. 23.0, para luego ser presentados en tablas y gráficos de relevancia.

#### **4.5 Aspectos éticos**

El proyecto de investigación cuenta con el aval del comité de ética del hospital Carlos Lanfranco la Hoz y no existe la posibilidad de agravar al paciente participante en la recolección de datos en estudio, aun así mediante la llamada se explicara el motivo de la investigación mediante su consentimiento oral (anexo) y sus fines los cuales son netamente académicos y la confidencialidad de los datos recabados, así mismo se tomara en cuenta los principios éticos para el desarrollo de actividades en los seres humanos (DECLARACIÓN DE HELSINKI) (44).

## CRONOGRAMA

N	Actividades	Tiempo: semanas											
		Octubre				Noviembre				Diciembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Redacción final del proyecto de investigación.	X											
2	Aprobación del proyecto de investigación.		X										
3	Recolección de Datos			X	X	X	X	X					
4	Procesamiento y análisis								X	X			
6	Elaboración del Informe.										X		
7	Corrección del trabajo de investigación												
8	Aprobación del trabajo de investigación											X	
9	Publicación del artículo científico.												X

## PRESUPUESTO

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado (soles)</b>
<b>Material de escritorio</b>	<b>370.00</b>
<b>Llamadas telefónicas</b>	<b>109.90</b>
<b>Explorador virtual</b>	<b>69.90</b>
<b>Logística</b>	<b>450.00</b>
<b>Impresiones</b>	<b>320.00</b>
<b>Traslados y otros</b>	<b>890.00</b>
<b>Total</b>	<b>2209.8</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Charles Obinna Njoku, Sylvester Etenikang Abeshi, Cajethan Ife Emechebe. Grand Multiparity: Obstetric Outcome in Comparison with Multiparous Women in a Developing Country. <http://www.scirp.org/> July 2017;7:7.
2. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2017. This report presents 2017 data on U S births according to a wide variety of characteristics 2017 2018;8:67.
3. Organización Panamericana de la Salud 2017. Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas. Washington D.C. : OPS, 2017. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2017.;1.
4. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado. Niveles Socioeconómicos Perú. 2018.
5. Bola Lukman Solanke. Maternal socio-demographic factors associated with low parity and grand multiparity in Nigeria. *Women Health* 2019 Aug;59(7):730-747.
6. Ajong AB, Agbor VN, Simo LP, Noubiap JJ, Njim T. Grand multiparity in rural Cameroon: prevalence and adverse maternal and fetal delivery outcomes. Grand multiparity is a major public health concern especially among developing countries and has been associated with higher risk of adverse maternal and fetal outcomes compared with women of lesser parity 2019 Jul 05. 2019;19:233.
7. Alsammani MA, Jafer AM, Khieri SA, Ali AO, Shaaeldin MA. Effect of Grand Multiparity on Pregnancy Outcomes in Women Under 35 Years of Age: a Comparative Study. It is known for many years, that grand multiparity is associated with poor pregnancy outcome with or without considering increasing maternal age 2019, Apr 2019;73(2):92-96.
8. Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, Cortaza-Ramírez L, Alfonso-Gutiérrez L. Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia

en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. *Enfermería universitaria* 2018;15(3):226-243.

9. Al-Shaikh GK, Ibrahim GH, Fayed AA, Al-Mandeel H. Grand multiparity and the possible risk of adverse maternal and neonatal outcomes: a dilemma to be deciphered. The relation between grand multiparity (GMP) and the possible adverse pregnancy outcomes is not well identified GMP (parity  $\geq 5$  births) frequently occurs in the Arab nations; therefore, this study aimed to identify the correlation between GMP (TRUNCATED) 2017 Sep 19;17(1):310.

10. Levy, G., Peled, Y., From, A., Fainberg, I., Barak, S., Aviram, A., & Krissi, H. Outcome of vaginal mesh reconstructive surgery in multiparous compared with grand multiparous women: Retrospective long-term follow-up. . *PloS one* (2017) 2017.

11. Emma Högnäs, Antti Kauppila, Marianne Hinkula, Juha S. Tapanainen & Eero Pukkala. Incidence of cancer among grand multiparous women in Finland with special focus on non-gynaecological cancers: A population-based cohort study 28 Jul 2015.

12. Gómez-Sánchez I, Rosales S, Agreda L, Castillo A, Alarcón-Matutti E, Gutiérrez C. Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. *Revista Peruana de Epidemiología* agosto, 2014 2014;18:1-6.

13. Ku E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Sociedad Peruana de Epidemiología* 2014;18:1-1-7.

14. Susacasa S. Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbimortalidad materna. Un estudio cuali-cuantitativo en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *JF Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2009 2014;33:110-118.

15. Sixto E.Sanchez. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* March 2008 2008;137:50-50-55.
16. José Pérez Adán. Capítulo español sobre la sociedad mundial de socioeconomía (SASE). 2019; Available at: <https://www.uv.es/sasece/>.
17. OCDE. Multi-dimensional Review of Peru. 2015(Vol. 1):1-25.
18. APEIM. Niveles Socioeconómicos. 2018(1-74).
19. Nakicenovic y Swart. Escenarios socioeconómicos de base. In: Nakicenovic y Swart, editor. *Materiales de Capacitación del Grupo Consultivo de Expertos (GCE) EE:UU; 2000. p. cap. 3.*
20. Real Academia Española. Significado: Nivel Socioeconomico. 2019; Available at: [https://www.definiciones-de.com/Definicion/de/nivel\\_socioeconomico.php](https://www.definiciones-de.com/Definicion/de/nivel_socioeconomico.php).
21. Schonhaut B L, Rojas N P, Kaempffer R AM. Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo: Comuna urbano rural, Región Metropolitana, 2003. *Revista chilena de pediatría* 2005;76(6):589-598.
22. Purizaca Benites M. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2015;56(1).
23. Elías Farra Rischmawy. Morbilidad de la gran multipara. *REV. MED. HOXDÜRAS* 1966;37:112-124.
24. Reyes O.A. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran multipara: estudio retrospectivo observacional. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Maternidad del Hospital Santo Tomás, 2010 2010;38, n°5:169-172.
25. Galeano S. Trombofilia y embarazo: Pautas de diagnóstico y tratamiento Amenaza de aborto (aa) y trombofilia. *Archivos de Medicina Interna* 2011;33:S7-S8.

26. Fernández-Lara J, Mendoza-Huerta M, De La Maza-Labastida S, Peña-Zepeda C, Esparza-Valencia D, Ling-García J. Placenta previa total acreta complicada con ruptura prematura de membranas pretérmino: reporte de un caso. *Ginecología y obstetricia de México* 2018;86(2):151-157.
27. Committee on practice Bulletins- Obstetrics. Gestacional Hypertension and Preeclampsia. *ACOG Practice Bulletin* 2019 JANUARY 2019;No. 202:211-211–214.
28. Dolcet MA, Flores KB, Cortés R. Efectividad del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino con progesterona natural micronizada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 2014;74(3):148-153.
29. Plasencia-Meza C, Flores-Montenegro M. Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. *Ginecología y obstetricia de México* 2018;86(1):84-85.
30. Calderón Ch U, Doren V A, Cruz O M, Cerda L J, Abarzúa C F. Pielonefritis Aguda en el Embarazo y susceptibilidad antimicrobiana de uro patógenos: comparación de dos décadas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2009;74(2):88-93.
31. Hernández-Vásquez Aa. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2015 2017;v. 34:pp. 43-51.
32. Font-López KC, Marcial-Santiago AdR, Becerril-Cabrera JI. Validez de la glucemia en ayuno como prueba diagnóstica para diabetes gestacional durante el primer trimestre del embarazo. *Ginecología y obstetricia de México* 2018;86(4):233-238.
33. Sadler M. Los efectos de la cesárea en la salud infantil: Un asunto urgente. *Revista chilena de pediatría* 2018;89(4):561-562.
34. OCDE editor. *Panorama de la educación 2010. Indicador A9 ed. 2010: Santillana; 2010.*

35. Fernando Betancourt editor. Derecho Romano Clásico. 3ra ed. Svilla: comite editorial del secretario publicaciones; 2007.
36. Karl E. Case editor. Principios de microeconomía. 4 Ed. ed. Mejico: Prentice Hall Hispanoamerica S.A.; 1997.
37. Santosh Mehrotra. ¿Servicios básicos para todos? Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF 2000; Copyright © UNICEF:7-42.
38. Luis Infante et al. editor. La violencia familiar actitudes y representaciones sociales. 1 Ed ed. España: Fundación colección ciencia; 1999.
39. Oyarzún Ebensperger DE. Alto riesgo obstétrico. In: Segunda edición, editor. Patología obstétrica: enfermedad que aparece durante el periodo del embarazo desde la concepción hasta los 42 días posteriores al parto. 2 Ed ed. 2013: universidad catolica de chile; 2013. p. capitulo 7.
40. John A. Rock, Howard W. Jones III. Incisiones en la cirugía ginecológica Principios e historia de la cesarea. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. 10ª ed.: Panamericana; 2010. p. 1472.
41. OMS en Perú. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de Salud Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú "Año de la Consolidación Económica y Social del Perú". . 1era edición ed. Perú; 2010. p. 25.
42. José Ramón de Miguel Sesmero. Terminología obstétrica. Principios de medicina materna fetal España: universidad de Cantabria; 2018. p. 33.
43. Félix Dasio Ayala Peralta. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Rev Peru Investig Matern Perinat 2016:9-15.
44. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioethica 2000;6(2):321-334.



## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Titulo	Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA GRAN MULTIPARA HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2019</b>	¿Cuáles son los niveles socioeconómicos de grandes múltiparas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2019?	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Identificar el nivel socioeconómico de grandes múltiparas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el 2019.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Determinar el grado de instrucción del jefe de familia y de la gran múltipara.</p> <p>Identificar la ocupación del jefe de familia y de la gran múltipara.</p> <p>Estimar el nivel ingreso económico del jefe de familia y de la gran múltipara.</p> <p>Comparar los servicios básicos, tipo de vivienda de la gran múltipara.</p>	Observacional descriptivo transversal	El Hospital Carlos Lanfranco la Hoz se encuentra con una data de 67 atenciones de pacientes que presentan más de 5 gestaciones las cuales han sido reportadas y atendidas desde enero-julio 2019 aplicando la fórmula para obtener una muestra: El número mínimo de pacientes para realizar el estudio es 12, si se desea estimar el nivel socioeconómico de la población en estudio, con una prevalencia del 7% y un nivel de confianza de 95%	Según encuesta APEIM  Historia clínica

		<p>Estimar si existe violencia doméstica relacionada con el jefe de familia y la gran múltipara.</p> <p>Asociar el número de gestaciones y patologías que ha presentado durante el transcurso de estas.</p> <p>Conocer el número de cesáreas, partos institucionales y el número de hijos nacidos vivos.</p>		<p>análisis estricto de resultados</p> <p>.</p>	
--	--	--	--	---	--

## 2. Instrumento de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_

#### **DATOS SACADOS DE LA HC**

GRADO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

N° DE ABORTOS: \_\_\_\_\_

N° DE PARTOS INSTITUCIONALES: \_\_\_\_\_

N° HIJOS VIVOS (ACTUALIDAD): \_\_\_\_\_

ULTIMA HEMOGLOBINA: \_\_\_\_\_

N° CASAREAS: \_\_\_\_\_

#### **PATOLOGIA OBSTETRICA DURANTE LA GESTACION:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### **DATOS SACADOS DE LA LLAMADA**

N.° 1 ¿Cuál es el grado de estudios del cónyuge?

1. Primaria Completa / Incompleta
2. Secundaria Incompleta
3. Secundaria Completa
4. Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
5. Estudios Universitarios Incompletos
6. Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado).
7. Posgrado

N.° 2 ¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

1. Posta médica / farmacia / naturista
2. Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
3. Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
4. Médico particular en consultorio
5. Médico particular en clínica privada

N.° 3 ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

1. Menos de 750 soles/mes aproximadamente
2. Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
3. 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
4. 1500 soles/mes aproximadamente.

N.º 4-A ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?

N.º 4-B ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar?

N.º 5 ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

1. Tierra / Arena
2. Cemento sin pulir (falso piso)
3. Cemento pulido / Tapizón
4. Mayólica / loseta / cerámicos
5. Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo.

Envase a esto se determina el puntaje en intervalos, obteniéndose un nivel que va desde la A hasta el E. (APEIM)

<b>NIVELES</b>	<b>NSE</b>	<b>CATEGORIA</b>
Nivel 1 A	Alto	33 o más puntos
Nivel 2 B	Medio	27 – 32 puntos
Nivel 3 C	Bajo Superior	21 – 26 puntos
Nivel 4 D	Bajo Inferior	13 – 20 puntos
Nivel 5 E	Marginal	5 – 12 puntos

#### **ANTECEDENTES - VIOLENCIA PSICOLÓGICA, FÍSICA Y SEXUAL**

MARCAR CON CHECK: \_\_\_

1. ¿Ha interpuesto denuncia por anteriores hechos de violencia?

\_SÍ \_NO

2. ¿Con qué frecuencia su pareja o ex pareja le agredió física o psicológicamente, en el último año?

\_NO \_A veces  
\_ Mensual \_semanal \_ Diario

3. En el último año, ¿las agresiones se han incrementado?

\_SÍ \_NO

4. ¿Qué tipo de lesiones le causaron las agresiones físicas recibidas en este último año?

\_NO

Lesiones como:

\_moretones \_fracturas \_golpes sin compromisos de zonas vitales  
\_Con riesgo de muerte / requirió hospitalización

5. ¿Usted conoce si su pareja o ex pareja tiene antecedentes de haber agredido físicamente a sus ex parejas?

\_ SÍ \_NO \_DESCONOCE

6. ¿Su pareja o ex pareja es violento/a con sus hijos/as, familiares u otras personas?

\_SÍ \_NO \_DESCONOCE

7. ¿Su pareja o ex pareja le ha obligado alguna vez a tener relaciones sexuales?

\_ SÍ \_NO

#### **FICHA "VALORACIÓN DE RIESGO" EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

ANTECEDENTES \_SI \_NO:

LEVE \_\_\_

MODERADO \_\_\_

SEVERO \_\_\_

### 3. Tablas a trabajar

Gran múltipara: violencia domestica	Nivel socioeconómico		total
	Bajo	Medio o alto	
si	A	b	A + b
no	C	d	C + d
total	A + C	B + D	A+B+C+D

Gran múltipara: partos institucionales	Nivel socioeconómico		total
	Bajo	Medio o alto	
si	A	B	A + B
no	C	D	C + D
total	A + C	B + D	A+B+C+D

Gran múltipara: patologías obstétricas	Nivel socioeconómico		total
	Bajo	Medio o alto	
si	A	B	A + B
no	C	D	C + D
total	A + C	B + D	A+B+C+D

Gran múltipara: cesáreas	Nivel socioeconómico		total
	Bajo	Medio o alto	
si	A	B	A + B
no	C	D	C + D
total	A + C	B + D	A+B+C+D

Gran múltipara: hijos nacidos vivos al término de la gestación	Nivel socioeconómico		total
	Bajo	Medio o alto	
si	A	B	A + B
no	C	D	C + D
total	A + C	B + D	A+B+C+D