

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**EFEECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES
MISTI, AREQUIPA ENERO - MAYO 2021**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Turpo Zapana, Andrea Naomi

Choque Pinto, Katlhyn Sofía

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Mg. Sotomayor Martinez,

Victoria Aurora

Arequipa - Perú

2021

DICTAMEN APROBATORIO

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 02 de agosto del 2021

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Dra. Jannet Escobedo Vargas
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Mg. Lourdes Arencio Heredia
Mg. Marcos Herrera Cárdenas
Mg. Fabiola Meza Flores
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“EFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, AREQUIPA ENERO - MAYO 2021”.

PRESENTADO POR:

**Turpo Zapana, Andrea Naomi
Choque Pinto, Kathlyn Sofia**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se dá el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.



Mg. Lourdes Arencio Heredia
Docente Dictaminador



Mg. Marcos Herrera Cárdenas
Docente Dictaminador



Mg. Fabiola Meza Flores

DEDICATORIAS

A Dios, por guiarme y darme la fuerza en los momentos duros. A mis padres por su sacrificio y esfuerzo, por darme la oportunidad y creer en mí. Ambos son mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder ser una gran profesional y luchar por mis ideales. A mi familia quienes, con sus palabras de aliento y motivación en seguir adelante, ser perseverante y cumplir con lo que proponga siempre.

Andrea Turpo Z.

A Dios por ser mi guía y permitirme llegar a esta etapa profesional junto a mi familia. A mis queridos padres quienes son pilares fundamentales en mi vida, por brindarme su apoyo incondicional, compañía y motivación en cada paso que doy, por inspirarme con su ejemplo y dedicación a lograr mis metas a pesar de las adversidades. A mi hermano por su cariño y apoyo en todo lo que me propongo.

Kathlyn Choque P.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme y darme la fuerza para superar cada obstáculo. A mis padres ya que gracias a ellos soy lo que hoy en día y en el futuro seré. Agradecimiento especial a la Dra. Ricardina Flores Flores, quién me motivó y enseñó amar mi hermosa profesión. A mis docentes por su dedicación y paciencia en transmitirnos no solo conocimientos si no también valores, experiencias durante nuestra etapa universitaria. A nuestra asesora y jurados por su disposición y apoyo en la elaboración de la presente investigación.

Andrea Turpo Z.

Agradezco a Dios por guiarme y brindarme fortaleza para lograr mis metas, por siempre protegerme y permitirme disfrutar cada éxito. A mis padres por estar siempre a mi lado, por sus sabios consejos, por forjar en mi buenos valores y principios; gracias a ellos soy la persona de hoy en día. A mi hermano por estar presente en los momentos más importantes de mi vida. A nuestra asesora por guiarnos en la elaboración de nuestro proyecto. A nuestros jurados por su apoyo y dedicación en la presentación de nuestro trabajo de investigación.

Kathlyn Choque P.

EPÍGRAFE

“Si quieres ser alguien en la vida, si quieres lograr algo, si quieres ganar. Siempre escucha a tu corazón y si tú corazón te responde; cierra los ojos y piensa en tus padres, luego vencerás todos los obstáculos, todos tus problemas desaparecerán y la victoria será tuya”

Anónimo

RESUMEN

El presente estudio buscó establecer el efecto de la infección por SARS-CoV-2 en el nivel de ansiedad en gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, enero - mayo 2021. Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 60 gestantes con resultado positivo a la prueba diagnóstica y 60 gestantes con resultado negativo, para aplicar la escala de ansiedad de Zung. Se muestran resultados con estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba chi cuadrado y coeficiente de correlación de Spearman.

Se encontró que las gestantes positivas fueron diagnosticadas más tempranamente (promedio de 23.80 ± 9.69 semanas) que las gestantes negativas (29.10 ± 8.81 semanas; $p < 0.05$). No hubo diferencia en la edad ni en la instrucción o paridad previa. Entre las gestantes con infección, se encontró síntomas de ansiedad en 53.33% de casos (mínima en 48.33% marcada en 5%), comparada con 60% en las gestantes sin infección (51.67% mínima, 8.33% marcada); las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$), y se encontró una relación baja entre la infección por SARS- CoV-2 y la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad ($\rho < 0.10$).

Se concluye que la infección por SARS-CoV-2 no influye de manera significativa en el desarrollo de síntomas de ansiedad entre gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti.

PALABRAS CLAVE: Gestantes, SARS-CoV-2, ansiedad.

ABSTRACT

The present study sought to establish the effect of SARS-CoV-2 infection on the level of anxiety in pregnant women treated at the Edificaciones Misti Health Center, January - May 2021. For this purpose, a representative sample of 60 pregnant women was surveyed with results positive to the diagnostic test and 60 pregnant women with a negative result, to apply the Zung anxiety scale. Results are shown with descriptive statistics and variables are associated using the chi square test and Spearman's correlation coefficient.

It was found that the positive pregnant women were diagnosed earlier (average 23.80 ± 9.69 weeks) than the negative pregnant women (29.10 ± 8.81 weeks; $p < 0.05$). There was no difference in age or in education or prior parity. Among pregnant women with infection, anxiety symptoms were found in 53.33% of cases (minimum in 48.33% marked in 5%), compared with 60% in pregnant women without infection (51.67% minimum, 8.33% marked); the differences were not significant ($p > 0.05$), and a low relationship was found between the presence of infection and the presence and severity of anxiety symptoms ($\rho < 0.10$).

It is concluded that the SARS-CoV-2 infection does not significantly influence the development of anxiety symptoms among pregnant women treated at the Edificaciones Misti Health Center.

KEY WORDS: Pregnant women, SARS-CoV-2, anxiety.

INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-CoV-2 ha producido una situación de pandemia que ha ocasionado cambios drásticos en la salud de las gestantes como no lo ha hecho ninguna otra crisis política, económica o sanitaria en el Perú y en el mundo.

Los trastornos de la salud mental durante el embarazo, entre ellos la ansiedad, están relacionados con efectos adversos para la madre y el feto y suele presentarse en forma frecuente por el temor natural de la madre, sobre todo en primigestas. Aunque puede ser frecuente mostrar síntomas de ansiedad en el comienzo y final del embarazo, la situación de pandemia por el virus de la COVID-19 impone una nueva situación de temor sobre el efecto de este factor. Conocer su aparición y evaluar el grado de ansiedad durante el transcurso del embarazo, es muy importante para poder minimizar sus consecuencias (1).

Durante el periodo de pandemia, muchas gestantes han experimentado situaciones estresantes, con preocupación acerca del contagio durante su embarazo con la posibilidad de desarrollar cuadros severos, la incertidumbre del efecto de una posible infección en el feto, o las dificultades en la realización de controles prenatales o la atención del parto en el contexto de la pandemia, lo que puede afectar negativamente tanto su salud mental como en la salud de la madre y del recién nacido.

Es por ello que surge el interés para identificar los niveles de ansiedad que pueda imponer en la mujer embarazada la confirmación de una infección, muchas veces asintomática, para poder minimizar el efecto negativo sobre su embarazo y a la vez tener la posibilidad de investigar en el futuro los efectos de la infección en el embarazo y el feto (2).

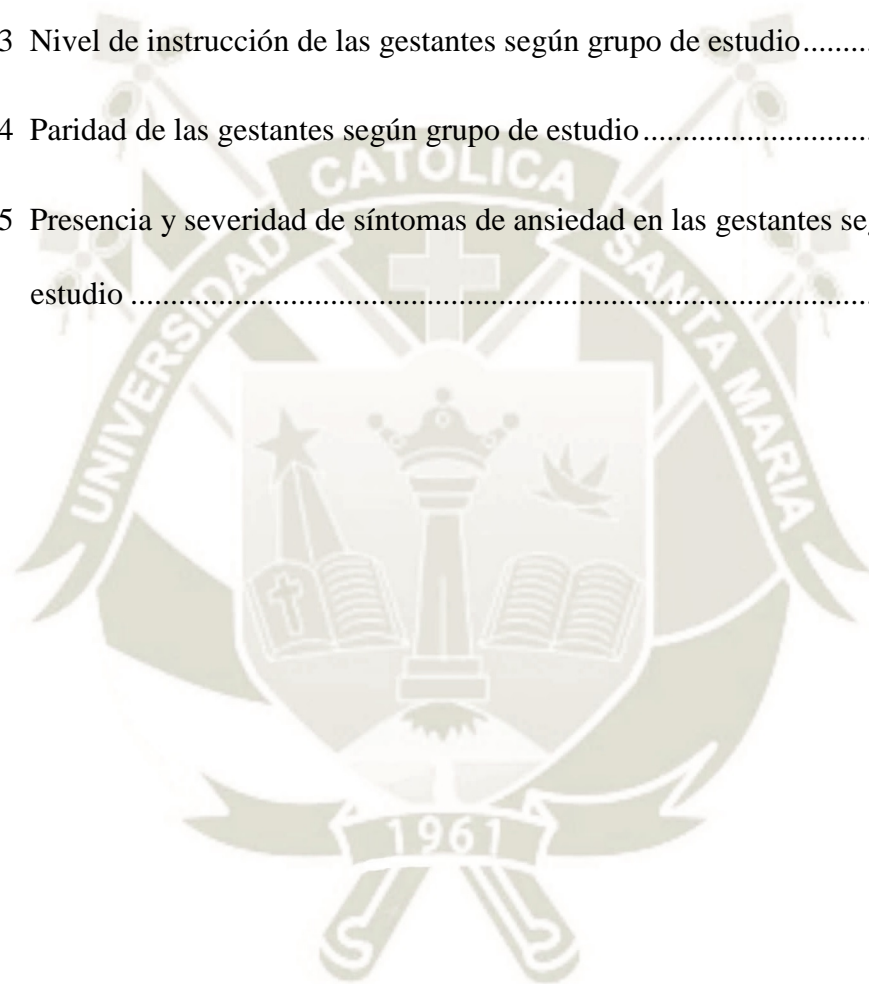
ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
EPÍGRAFE.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Enunciado del Problema.....	2
1.2. Descripción del Problema.....	2
1.3. Justificación del problema.....	4
2. Objetivos.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Marco conceptual.....	7
3.2. Ansiedad.....	14
3.3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	19
4. Hipótesis.....	22
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	23
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	24
2. Campo de verificación.....	24
2.1. Ubicación espacial:.....	24
2.2. Ubicación temporal:.....	24
2.3. Unidades de estudio: gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti. 24	
3. Estrategia de Recolección de datos.....	26
3.1. Organización.....	26

3.2. Recursos:	26
3.3. Validación del Instrumento:	26
3.4. Aspectos Éticos Y Legales:	27
4. Estrategia para manejar los resultados.....	27
4.1. Plan de procesamiento	27
4.2. Plan de análisis	27
CAPITULO III RESULTADOS	29
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	48
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	49
Anexo 2: Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung.....	50
Anexo 3: Ubicación Centro de Salud Edificadores Misti.....	52
Anexo 4 Matriz de datos.....	53

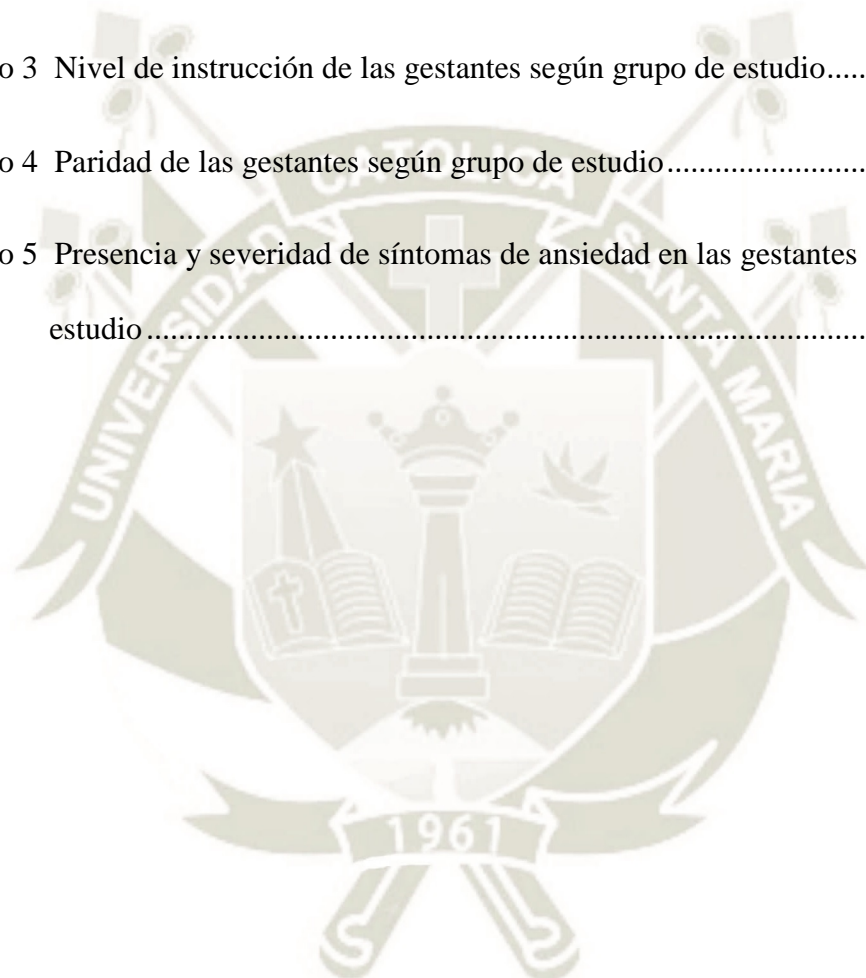
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Momento de evaluación al momento de diagnóstico de COVID-19 en las gestantes	30
Tabla 2	Edad de las gestantes según grupo de estudio	32
Tabla 3	Nivel de instrucción de las gestantes según grupo de estudio	34
Tabla 4	Paridad de las gestantes según grupo de estudio	36
Tabla 5	Presencia y severidad de síntomas de ansiedad en las gestantes según grupo de estudio	38



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Momento de evaluación al momento de diagnóstico de COVID-19 en las gestantes	31
Gráfico 2 Edad de las gestantes según grupo de estudio.....	33
Gráfico 3 Nivel de instrucción de las gestantes según grupo de estudio.....	35
Gráfico 4 Paridad de las gestantes según grupo de estudio.....	37
Gráfico 5 Presencia y severidad de síntomas de ansiedad en las gestantes según grupo de estudio.....	39





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

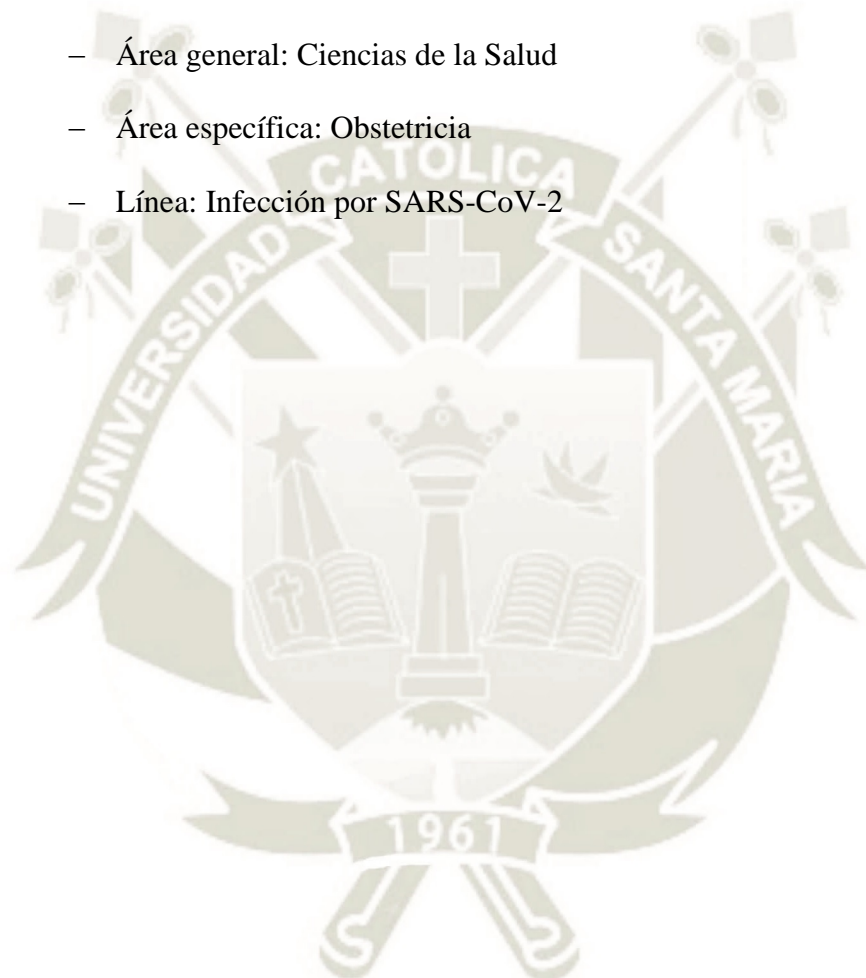
1.1. Enunciado del Problema

Efecto de la infección por SARS-CoV-2 en el nivel de ansiedad en gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, enero - mayo 2021.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Obstetricia
- Línea: Infección por SARS-CoV-2



1.2.2. Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría
V. independiente: Infección por SARS-CoV-2	Resultado de prueba serológica, antigénica y/o molecular	- Reactiva - No reactiva
V. dependiente: Ansiedad	Escala de Ansiedad de Zung	- Sin ansiedad - Ansiedad mínima - Ansiedad marcada - Ansiedad máxima
Variables intervinientes: Características maternas	Edad materna	- ≤ 17 años - Entre 18 y 34 años - ≥ 35 años
	Grado de instrucción	- Ilustrada - Primaria - Secundaria - Superior
	Embarazos previos	- Primigesta - Segundigesta - Multigesta - Gran Multigesta

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es nivel de ansiedad en gestantes portadoras de infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de enero a mayo 2021?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en gestantes sin infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses enero a mayo 2021?
- ¿Existen diferencias entre el nivel de ansiedad entre gestantes con y sin infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de enero a mayo 2021?

1.2.4. Tipo de Investigación

La presente investigación es un estudio de campo, prospectivo y de corte transversal.

1.2.5. Nivel de investigación.

Se trata de un estudio relacional.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer los niveles de ansiedad entre gestantes con resultado positivo y negativo por SARS-CoV-2, quienes son atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de enero a mayo del año 2021. Puesto que la pandemia de COVID-19 es un hecho actual y no se han realizado estudios recientes acerca de los efectos y/o consecuencias de la pandemia sobre la salud mental de las gestantes, es lo que hace a nuestro estudio original.

1.3.1. Relevancia Científica:

El estudio tiene relevancia científica, ya que trata sobre el impacto a la salud como consecuencia de la infección por el virus de la COVID-19, específicamente en la salud mental de las gestantes. Aunque las infecciones fetales en el embarazo avanzado son raras, y no alterarían el desarrollo fetal temprano, datos emergentes sugieren que durante el embarazo las mujeres son más vulnerables a contraer el síndrome respiratorio agudo grave causado por el SARS-CoV-2, debido a las adaptaciones fisiológicas del sistema inmunitario en las gestantes, y al estrés causado por el coronavirus en los pulmones y el sistema cardiovascular durante el embarazo (2).

1.3.2. Relevancia Práctica:

Tiene relevancia practica porque se identificará el nivel de ansiedad en las gestantes afectadas por el virus de la COVID-19, lo cual nos permitirá diseñar estrategias para minimizar su impacto negativo durante el embarazo y disminuir el riesgo de complicaciones adicionales por la propia infección.

1.3.3. Relevancia Social:

Tiene relevancia social, ya que beneficiará a un grupo vulnerable de la población como son las mujeres gestantes que constituyen un grupo especial de riesgo por

la susceptibilidad a la infección por el nuevo coronavirus. Se trata de la primera vez que se experimenta una emergencia global a causa de un virus que afecta a todo el mundo, que ha producido una situación de incertidumbre que aún persiste hasta el día de hoy. Las gestantes son un grupo poblacional especialmente vulnerable en la pandemia, ya que la inicial falta de evidencia sobre los posibles efectos de la COVID-19 sobre el embarazo, es un factor determinante que aumenta la probabilidad de presentar ansiedad, además del riesgo que supone el propio confinamiento (2).

1.3.4. Contemporaneidad:

El estudio es contemporáneo ya que la pandemia por COVID-19 ha producido cambios drásticos a nivel mundial. A su vez, dicha pandemia ocasionó el colapso del sistema de salud. Por lo tanto, se vieron afectadas poblaciones vulnerables como lo es el binomio madre – niño.

1.3.5. Factibilidad

El estudio es factible de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con información de las gestantes y con instrumentos validados (3).

1.3.6. Motivación personal:

Lograremos satisfacer nuestra motivación personal de realizar una investigación en la especialidad de la Obstetricia en el contexto de la pandemia por COVID-19.

1.3.7. Contribución académica

Se generarán nuevos conocimientos en el campo de la Obstetricia y Puericultura, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, cumplimos con las políticas de investigación de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional (2).

2. Objetivos.

- 1) Determinar el nivel de ansiedad en gestantes portadoras de infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses enero a mayo 2021.
- 2) Identificar el nivel de ansiedad en gestantes sin infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de enero a mayo 2021.
- 3) Comparar el nivel de ansiedad en gestantes con y sin infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de enero a mayo 2021.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Efectos de la infección por SARS-CoV-2 en las gestantes

Desde el primer caso de neumonía por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) declarado en Wuhan (China) en diciembre de 2019, la infección se ha ido extendiendo a nivel global, declarándose el estado de pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el día 11 de marzo de 2020, y para mediados del 2020, se han confirmado más de 6 millones de infecciones en todo el mundo y cerca de 500.000 muertes (3).

3.1.1.1. Mecanismos de transmisión

Aparentemente la infección fue originariamente zoonótica. El mecanismo de transmisión es de persona-persona por gotas respiratorias después de un contacto cercano con una persona infectada (<2 m) o mediante contacto directo con superficies contaminadas por secreciones infectadas. También la transmisión puede producirse por vía fecal-oral a través de heces contaminadas, pero la propagación por esta vía es mucho menos relevante (4).

El riesgo de transmisión vertical parece bajo: no se pudo demostrar durante el brote de COVID-19 en China, ni tampoco en epidemias previas por otros coronavirus similares (SARS-CoV y MERS-CoV) (5). La detección del virus en líquido amniótico es excepcional y que podría ocurrir únicamente en casos de infección materna grave. Los estudios existentes no han evidenciado presencia del virus en fluidos genitales, ni tampoco en la leche materna. La mayoría de los casos descritos de infección en recién nacidos provienen probablemente de transmisión horizontal (6,7).

El período de incubación varía entre 2-14 días, con 5 días promedio y el período de excreción viral tiene una duración media de 20 días (8,9), aunque la PCR puede persistir positiva durante un tiempo más prolongado, especialmente en los casos más graves. Se desconoce la duración del periodo de contagiosidad (10).

3.1.1.2. Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico causado por el SARS-CoV-2 puede ir desde síntomas similares a un resfriado común hasta insuficiencia respiratoria grave e incluso la muerte. La mayoría de las pacientes presentan una enfermedad leve, pero aproximadamente un 20% evolucionan a formas graves. Los síntomas más frecuentes son fiebre (80-100%), tos (59-82%), mialgias (44-70%) y disnea (31-54%). Síntomas menos frecuentes son anosmia y ageusia, expectoración (28-33%), cefalea (6-17%) y diarrea (2-10%) (9,11,12).

La presencia de neumonía con infiltrados bilaterales o patrones de consolidación en la radiografía de tórax es frecuente, y se observa en aproximadamente el 50% de los pacientes sintomáticos (12,13).

Los cambios más comunes en los análisis incluyen leucopenia, sobre todo a expensas de linfopenia, aumento de PCR y transaminasas y proteinuria. En casos más graves pueden alterarse parámetros analíticos de inflamación (LDH, ferritina), de hipercoagulabilidad (dímero-D) o de afectación cardíaca (troponina-I) (9).

Las formas graves presentan como complicaciones neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), sobreinfección respiratoria bacteriana, alteraciones cardíacas, sepsis y shock séptico, así como complicaciones trombóticas, fibrosis pulmonar y neumonía organizativa. En estos casos se consideran marcadores analíticos pronósticos la ferritina, la troponina-I y el dímero-D (9,14).

La incidencia de casos que requieren hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) o que producen la muerte parece inferior en mujeres que en hombres. Existen aún pocos datos disponibles referentes a la afectación de la enfermedad durante gestación, pero las embarazadas no parecen tener una mayor susceptibilidad para contraer la infección ni para presentar complicaciones graves. En todo caso, las complicaciones en una gestante deben ser identificadas y tratadas de forma precoz y se debe prestar especial atención ante pacientes con comorbilidades (15).

3.1.1.3. Evaluación de ingreso

Al momento del ingreso se debe realizar un cribado de signos y síntomas compatibles con una posible infección por COVID-19. Las gestantes con sospecha o infección confirmada, tras realizar asepsia de manos, serán conducidas con mascarilla quirúrgica a la zona de aislamiento establecida. En caso de estar presente un acompañante, se le proporcionará también una mascarilla quirúrgica y se le indicará que espere fuera del edificio hospitalario o en una sala de espera aislada. Los profesionales atenderán a la paciente siguiendo las medidas de protección establecidas según el protocolo de cada centro sanitario. Se recomienda reducir al mínimo necesario el número de profesionales implicados en las visitas presenciales a la paciente (16).

La evaluación inicial incluye historia clínica y exploración física con presión arterial, saturación de oxígeno en sangre periférica (SpO_2), frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), y/o auscultación pulmonar. Además, radiografía de tórax según la sintomatología y los hallazgos de la exploración física (fiebre, baja SpO_2 , FR elevada, dificultad respiratoria). En caso de realizarse, se utilizarán las medidas habituales de protección fetal (delantal abdominal). La analítica de sangre debe incluir hemograma, bioquímica con Na, K, Ca, Mg, proteínas totales, creatinina, perfil hepático con LDH, urea, PCR, ferritina, dímero-D y coagulación.

Se debe monitorear el bienestar fetal mediante *registro cardiotocográfico (RCTG)* o *ecografía fetal* dependiendo de edad gestacional y de sintomatología materna con el fin de valorar la viabilidad y/o el bienestar fetal.

Se recomienda obtener muestras respiratorias con frotis del tracto respiratorio superior —naso-orofaríngeo— (y/o tracto respiratorio inferior —esputo o lavado broncoalveolar— de forma selectiva en los casos con tos productiva que determine el médico especialista) para identificación de PCR SARS-CoV-2 a todas las pacientes con síntomas leves, según disponibilidad de la técnica (15).

3.1.2. Clasificación de severidad en gestantes con infección por SARS-CoV-2

La infección de la COVID-19 se puede clasificar según la gravedad de la sintomatología respiratoria en leve, moderada y grave

- ***Infección leve.*** Se define como aquella con síntomas en las vías respiratorias altas (tos, odinofagia y rinorrea) asociada o no a síntomas inespecíficos, como fiebre o dolor muscular, con una puntuación de 0 en la escala CURB-65.
- ***Infección moderada.*** Caso con neumonía leve confirmada mediante radiografía de tórax y sin signos de gravedad, SpO₂ basal > 90%, sin necesidad de vasopresores ni de asistencia ventilatoria, y con puntuación CURB-65 ≤ 1.
- ***Infección grave.*** Incluye los siguientes cuadros clínicos:
 - ***Neumonía grave.*** Presencia de uno o más de estos criterios: Fallo ≥ 1 órgano, SpO₂ basal < 90%, FR ≥ 30, necesidad de vasopresores.
 - ***Distrés respiratorio.*** Presencia de hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos (disnea, tiraje intercostal, uso de musculatura respiratoria accesoria, infiltrados bilaterales en radiografía de tórax) junto a la evidencia de déficit de oxigenación arterial (índice de SpO₂/FiO₂ ≤ 315 o PaO₂/FiO₂ ≤ 300).
 - ***Sepsis.*** Disfunción orgánica clasificable mediante la escala *Sepsis-related, Organ Failure Assessment* (SOFA), considerándose grave >2 puntos.
 - ***Shock séptico.*** Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM ≥ 65 mmHg y lactato ≥ 2 mmol/l (18 mg/dl) en ausencia de hipovolemia.

En casos de infección moderada o grave la recomendación es el ingreso hospitalario en área de aislamiento (idealmente en habitación con presión negativa). Debe tenerse en cuenta que las pacientes con infección por COVID-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico. Por ese motivo es importante la identificación temprana de los casos con manifestaciones potencialmente graves para poder iniciar tratamientos de soporte optimizados de manera inmediata y

eventualmente indicar un traslado seguro y rápido a unidades de cuidados intermedios o UCI. La escala de gravedad CURB-65, la escala de ingreso en UCI ATS/IDSA y la escala SOFA pueden usarse como herramientas de ayuda en la indicación de hospitalización como apoyo al criterio clínico (17).

3.1.3. Manejo clínico de gestantes infectadas según gravedad

La mayoría de pacientes con infección leve pueden ser manejadas en domicilio siguiendo las siguientes recomendaciones: reposo, hidratación adecuada y control de temperatura, antitérmicos (paracetamol hasta un máximo de 1 g cada 6 h) si precisa. Se debe mantener aislamiento domiciliario con medidas de higiene de manos y aislamiento del resto de familiares. Se puede realizar tromboprolifaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en los casos confirmados, durante 10 días. Dar indicaciones claras sobre motivos de reconsulta a urgencias (aparición de dificultad respiratoria y/o fiebre alta resistente a antipiréticos).

Se indicará hospitalización en las pacientes que presenten alguna de las siguientes características: fiebre persistente $> 38^{\circ}\text{C}$ a pesar antitérmicos, presencia de comorbilidades, radiografía con sospecha de neumonía, criterios de infección grave, eventual analítica con signos de gravedad: PCR ≥ 5 mg/dl, linfocitos $< 1.000/\text{mm}^3$ o criterios de ingreso por motivo obstétrico (17).

Las pacientes con criterios de ingreso por infección moderada-grave y aquellas con infección leve y comorbilidades requieren monitorización continua de la presión arterial no invasiva (PANI), FC, FR y SpO_2 , así como vigilancia por enfermería especializada. Su seguimiento clínico debe ser realizado por un equipo multidisciplinario formado por médicos especialistas en obstetricia, infecciosas y anestesiología.

A la actualidad no existe una pauta de tratamiento específica bien establecida para COVID-19. Las recomendaciones de tratamiento en algunos centros no incluyen actualmente la hidroxicloroquina sino lopinavir/ritonavir (100 mg/25 mg), 2 comprimidos/12 h v.o. (7-14 días según evolución clínica). Puede valorarse el uso concomitante de interferón beta 1b (3 dosis de 8 millones de UI a días alternos) solo durante la primera semana desde el inicio de síntomas. Estos

tratamientos no están contraindicados durante el embarazo, pero requieren consentimiento para su uso paliativo (18).

En caso de sospecha de sobreinfección bacteriana (presencia de infiltrado alveolar y/o procalcitonina elevada), valorar iniciar ceftriaxona 1-2 g/24 h i.v. + teicoplanina 400 mg/12 h 3 dosis y seguir 400 mg/24 h. En los casos más graves puede plantearse iniciar metilprednisolona (con beneficios demostrados en el manejo del SDRA) o tocilizumab (un anticuerpo monoclonal anti-IL6 —una citoquina inflamatoria—). El tratamiento asociado puede ser también remdesivir, un inhibidor de la ARN polimerasa utilizado en el modelo animal, pero no hay información sobre su uso en el embarazo (17).

La COVID-19 se considera factor de riesgo trombótico *per se*. El embarazo y el puerperio aumentan el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) respecto a la población general, por lo que se recomienda administrar tratamiento tromboprolifáctico ajustado por peso a todas las embarazadas con infección por COVID-19 confirmada. Además, se recomienda hacer una anamnesis dirigida a la existencia de otros factores de riesgo de ETV en estas pacientes. La duración y la dosis de tratamiento tromboprolifáctico están en constante revisión ante la evidencia que van aportando los nuevos datos, por lo que se recomienda consultar guías actualizadas (17).

Además, la oxigenoterapia convencional a diferentes concentraciones es el primer escalón terapéutico indicado en pacientes que presenten una situación de hipoxemia ($SpO_2 < 90\%$ respirando en aire ambiente). Se ajustará la FiO_2 (partiendo de gafas nasales hasta la utilización de Ventimask al 0,4-40%) para mantener un nivel de oxigenación adecuado ($SpO_2 > 91\%$) (19).

Se puede dar apoyo ventilatorio con sistema CPAP en pacientes con disnea moderada-grave (signos de trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico y/o taquipnea > 30 rpm). Este soporte se iniciará bajo indicación de Anestesiología y estas pacientes requerirán una vigilancia respiratoria continua, mediante el uso de sistemas de telemetría y manteniendo contacto visual con la paciente

Si las medidas de soporte no son suficientes, o ante un deterioro respiratorio rápido de la paciente, se recomienda el traslado o ingreso en UCI y eventual

valoración de intubación orotraqueal e inicio de ventilación invasiva según criterio de los intensivistas y de anestesiología (17).

Los procedimientos terapéuticos obstétricos serán los habituales, pero de forma muy racionalizada para el control tanto materno como fetal, teniendo en cuenta que la atención médica y de enfermería se realizará únicamente con el personal indispensable. En caso de amenaza de parto prematuro en una gestante con infección leve por COVID-19 no está contraindicado el uso de fármacos tocolíticos habituales. Por otra parte, puede administrarse sulfato de magnesio para neuroprotección fetal según las indicaciones habituales en gestantes con riesgo de parto pretérmino, con adecuada monitorización respiratoria materna. Un procedimiento obstétrico urgente no será demorado para la obtención de las muestras respiratorias, ni para realizar el protocolo diagnóstico COVID-19. La paciente permanecerá en régimen de aislamiento hasta que se pueda descartar la infección. En caso confirmado mantendrá el régimen de aislamiento mientras dure el ingreso o hasta la negativización del test diagnóstico (PCR)

La evidencia actual sugiere que la administración de corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal no produce efectos perjudiciales maternos en pacientes con infección por COVID-19, aunque existe controversia respecto a que puede alterar el clearance del virus. Por todo ello, cuando se considere su uso, la decisión se tomará de forma consensuada con el especialista en infecciones y el neonatólogo. La indicación de su administración no demorará la necesidad de finalización urgente de la gestación por causa materna (19).

3.1.4. Término de la gestación.

En una gestante con sospecha o infección por COVID-19 confirmada y clínicamente estable no hay indicación de inducir el parto o realizar una cesárea. De preferencia el parto se debería producir cuando la paciente haya negativizado sus muestras. En caso de requerir la inducción del parto por causa obstétrica, se priorizará el uso de prostaglandinas con dispositivos de liberación continua para minimizar los desplazamientos y las exploraciones de la paciente (17).

Se han encontrado casos de gestantes con infección por COVID-19 que presentan cuadros clínicos «preeclampsia grave/HELLP». Ante la aparición de signos y síntomas compatibles debe considerarse el diagnóstico diferencial. El

uso de los factores angiogénicos (ratio sFlt-1/PlGF) puede ser de ayuda en estos casos (20).

3.1.5. Complicaciones fetales

Los datos actuales no sugieren un mayor riesgo de pérdida gestacional precoz en pacientes con COVID-19. Los resultados previos en infectadas por SARS-CoV y MERS-CoV no demostraron tampoco una relación causal clara en esos casos. No existe evidencia de transmisión intrauterina, y si la hay, sería infrecuente. En esta situación, parece poco probable que la infección por COVID-19 pueda producir defectos congénitos. Se han descrito casos de parto prematuro en mujeres con infección por COVID-19, también objetivados previamente en infecciones maternas por SARS-CoV y MERS-CoV (21). Sin embargo, estudios amplios en gestantes con otros tipos de neumonía vírica han evidenciado que existe un riesgo incrementado de parto prematuro, CIR y pérdida de bienestar fetal intraparto (22). Sin embargo, existe poca evidencia de estas asociaciones en el SARS-CoV-2 (23).

3.2. Ansiedad

La ansiedad se define como el sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, con frecuencia la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es definida y concreta. Actualmente se consideran tanto a la ansiedad y a la angustia como sinónimos para el manejo clínico. Cabe decir que la ansiedad en sí no se considera una enfermedad, ya que ésta es parte de una amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin (24).

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos o situaciones peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantener la concentración y afrontar los retos de la vida cotidiana. Sin embargo, en ocasiones el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de peligro inminente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico (25).

Además, la ansiedad puede ocasionar síntomas fisiológicos, como trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, gastritis y úlcera), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos psicosomáticos (cefaleas tensionales, dolor cervical crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.). La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

La ansiedad no es una enfermedad mental, pero se le considera como trastorno cuando se vuelve intensa y persistente que llega a alterar el estilo de vida de la persona. La crisis se caracteriza por aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control. Como se puede observar este trastorno incluye la experiencia afectiva de preocupación por la capacidad de logro y la calidad de ejecución, así como las expectativas suspicaces (24).

Sin embargo, a veces el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se considera como un trastorno (26).

3.2.1. Manifestaciones clínicas

Se pueden clasificar a los síntomas de la ansiedad en:

3.2.1.1. Síntomas Fisiológicos

- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas genitourinarios: micción frecuente, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos (27).

3.2.1.2. Síntomas Motores

- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Hiperactividad.
- Conductas de evitación.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal (27).

3.2.1.3. Síntomas Cognitivos

- Miedo o temor.
- Inseguridad.
- Dificultad de concentración.
- Preocupación.
- Aprensión.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.
- Anticipación de peligro o amenaza (27).

3.2.2. Diagnóstico

El diagnóstico se realiza a través de la evaluación psiquiátrica, aplicando sea los criterios del CIE 10, o los del DSM 5 (28).

Se emplean diversos tests, dentro de los cuales uno de los más empelados es la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung; esta escala consiste en un cuestionario de 20 preguntas o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las personas ansiosas.

En el cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana. Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto. Además, en el formato de la Escala de la Autoevaluación de Ansiedad se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no pueda marcar la columna central que da la impresión de tener una opinión en término medio (29).

El índice de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla (30).

<i>Índice de escala de autoevaluación de ansiedad de Zung</i>	<i>Equivalencia Clínica</i>
Menos de 45	Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada o severa
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

Fuente: Lozano – Vargas y Vega – Dienstmaier en el 2013 (30).

3.2.3. Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental

Inicialmente el brote del SARS-CoV-2 en China causó alarma y estrés en la población general. El creciente número de pacientes y casos sospechosos suscitaron la preocupación del público por infectarse. El miedo se exacerbó por los mitos y por la desinformación en las redes sociales y medios de comunicación, a menudo impulsado por noticias erróneas y por la mala comprensión de los mensajes relacionados al cuidado de la salud (31).

Luego de la declaración de emergencia en China, un estudio reveló un incremento de las emociones negativas (ansiedad, depresión e indignación) y una disminución

n de las emociones positivas (felicidad y satisfacción). Esto generó un comportamiento errático entre las personas, lo cual es un fenómeno común, ya que existe mucha especulación sobre el modo y la velocidad de trasmisión de la enfermedad, actualmente, sin un tratamiento definitivo. Además, la cuarentena incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren (32). Por otro lado, la cuarentena reduce la disponibilidad de intervenciones psicosociales oportunas y de asesoramiento psicoterapéutico de rutina (33).

3.3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

3.3.1. A nivel internacional

Autor: Lambert AR, Cobián AE, Silva Y, Torres M

Título: Hipnoterapia en gestantes adolescentes con síntomas psíquicos a causa de la pandemia de la COVID-19.

Resumen: “Se realizó una intervención hipnoterapéutica cuasiexperimental, del tipo antes-después, en las 15 gestantes adolescentes con síntomas psicológicos ocasionados por el impacto de la pandemia de la COVID-19, quienes se encontraban ingresadas en el Hogar Materno Nutricional Este de Santiago de Cuba, de abril a junio de 2020. Para ello el mismo grupo de estudio resultó ser su control. De las 15 pacientes, 5 correspondían al grupo etario de 10 a 14 años y el resto, al grupo de 15 a 19 años. En cuanto a los resultados de la escala de autoevaluación, antes del tratamiento 11 grávidas se encontraban en niveles altos de ansiedad, para 73,3 %, y luego de recibir la hipnosis dichos niveles bajaron en 13 de ellas, para 86,7 %” (34).

Autor: Álava-Loor IS, Vera-García BM

Título: Niveles de ansiedad en embarazadas, Centro de salud Andrés de Vera, Portoviejo.

Resumen: “El presente artículo contiene un estudio investigativo que busca determinar los niveles de ansiedad en embarazadas, que acudieron al Centro de Salud Andrés de Vera de la Ciudad de Portoviejo (Ecuador). La población total para esta investigación fue de 30 mujeres que cursan desde las semanas 35 a 40 de embarazo. El instrumento de diagnóstico aplicado fue el inventario de ansiedad de Beck, cuestionario auto administrado con gran aceptación para medir el nivel de ansiedad. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: En la semana 35 de embarazo, el 83,3% de las mujeres evaluadas reflejaron ansiedad mínima; en la semana 36 el 73,3% de las embarazadas presentaron ansiedad mínima; en la semana 37 de embarazo el 60% ellas presentaron ansiedad mínima ;en la semana 38 de embarazo el 60% de las embarazadas reflejaron ansiedad leve y en la semana 40 de embarazo próximo al parto las embarazadas reflejaron

ansiedad moderada en un 43,3% aumentando en las últimas 2 semanas drásticamente el nivel de ansiedad en las usuarias que asistieron al Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo Mayo a Junio de 2020” (35).

3.3.2. A nivel nacional

Autor: Nunton J, Alvarado V, Pérez A

Título: Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un Establecimiento de Salud Nivel III-2, Lima-2020.

Resumen: “Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 237 mujeres gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue la Escala de Depresión Perinatal Edimburgo (EPDS), que mide la sintomatología depresiva durante la gestación y en el posparto, el cual está compuesto por 10 ítems y 2 dimensiones. Resultados: En cuanto a las mujeres gestantes, la edad mínima fue 15 años y máxima 43 años, siendo la edad media 27,76 años. En relación a la depresión perinatal, predominó probable depresión con 77,2% (n= 183), seguido del riesgo límite en un 11,8% (n=28) y sin riesgo con 11% (n=26). En cuanto a sus dimensiones, en los sentimientos depresivos predominó probable depresión con 62% (n= 147), seguido del riesgo límite en un 19% (n=45) y sin riesgo con 19% (n=45); en ansiedad cognoscitiva predominó probable depresión con 81,4% (n= 193), seguido de sin riesgo en un 11,4% (n=27) y riesgo límite con 7,2% (n=17). Conclusiones: En cuanto a la depresión en gestantes durante la pandemia COVID-19, predominó la probable depresión, seguido del riesgo límite y sin riesgo. En las dimensiones, en sentimientos depresivos predominó los que tienen probable depresión y en ansiedad cognoscitiva predominó los que tienen probable ansiedad” (36).

Autor: Junchaya ME

Título: Nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes atendidas en el Centro de Salud “La Tulpuna” durante el periodo de pandemia. Cajamarca 2020.

Resumen: “Estudio de tipo no experimental, corte longitudinal y prospectivo, realizada en 38 gestantes, se aplicó el instrumento para la recolección de datos titulado Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21). Los principales resultados fueron: las características sociodemográficas predominantes de la población están tener una edad de 18 a 25 años (55,3%), estado civil conviviente (65,8%), grado de instrucción secundaria completa (31,6%), ocupación ama de casa (78,9%) y religión católica (81,6%); entre las condiciones obstétricas representativas durante la segunda fase y tercera fase de transmisión estuvieron cursar el segundo trimestre (92,1 %) primer y tercer trimestre (100,0%) respectivamente, además de ser secundíparas (39,5%). En cuanto a los niveles de depresión de las gestantes, se determinó que fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,001$); encontrándose casos principalmente de depresión leve (28,9%) y moderada (18,4%). Respecto a los niveles de ansiedad de las gestantes fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,001$); hallándose casos sobre todo de ansiedad leve (39,5%) y moderada (13,2%). Y finalmente, los niveles de estrés de las gestantes fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,000$); existiendo casos especialmente de estrés leve (13,2%). Por lo que se llegó a la conclusión de afirmar la hipótesis, señalando que sí existe incremento en el nivel de depresión, ansiedad y estrés en las gestantes atendidas” (37).

4. Hipótesis

Dado que el embarazo puede conferir cierto grado de ansiedad, es probable que la presencia de la infección por SARS-CoV-2 produzca mayor frecuencia y severidad de ansiedad entre gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti.





CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento
V. independiente: Infección por SARS-CoV-2	Resultado de prueba serológica, antigénica y/o molecular	Encuesta de preguntas cerradas	-Ficha de recolección de datos (Anexo 1) -Escala de ansiedad de Zung (Anexo 2)
V. dependiente: Ansiedad	Escala de Ansiedad de Zung		
Variables intervinientes: Características maternas	Edad materna		
	Grado de instrucción		
	Embarazos previos		

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El trabajo se realizó en el Centro de Salud Edificadores Misti.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural en gestantes atendidas durante los meses de enero - mayo 2021.

2.3. Unidades de estudio: gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti.

2.3.1. Población

Todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti en el periodo de estudio.

2.3.2. Muestra

Se estudió una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$Z\beta$ = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

p_1 = proporción estimada de ansiedad en gestantes sin infección = 0.25

p_2 = proporción estimada de ansiedad en gestantes con infección = 0.50

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto: $n = 57.60 \approx 60$ gestantes con infección, y 60 gestantes sin infección.

Además, las integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

2.3.3. Criterios de selección

2.3.3.1. Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el CS Edificadores Misti para control prenatal o atención de parto.
- Con resultados de prueba de detección COVID (serológica, antigénica y/o molecular)
- Gestante con diagnóstico de infección por COVID 19
- Gestante con diagnóstico negativo de infección por COVID 19
- Participación voluntaria en el estudio

2.3.3.2. Criterios de exclusión

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Gestantes que no aporten todos los datos

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se establecieron coordinaciones con la Dirección del Centro de Salud para la realización del estudio.

Se contactó a las gestantes que acudieron para control o atención del parto, y en ellas se aplicó una ficha de datos (Anexo 1) y la escala de ansiedad de Zung (Anexo 2). Se verificó los resultados de la prueba de detección COVID en las gestantes, y se separaron en dos grupos: con infección confirmada (prueba positiva) y sin infección (prueba negativa).

3.2. Recursos:

3.2.1. Humanos

- Investigadoras: Andrea Naomi Turpo Zapana, Katllyn Sofía Choque Pinto
- Asesor: Victoria Aurora Sotomayor Martinez

3.2.2. Físicos

- Material de escritorio
- Ficha de datos
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y base de datos

3.2.3. Económicos

- Autofinanciado por las investigadoras

3.2.4. Institucionales

- Infraestructura del Centro de Salud Alto Misti

3.3. Validación del Instrumento:

Se empleó una ficha de recolección de datos, que no requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información. Para la evaluación de la ansiedad se empleará la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (29). La escala de ansiedad de Zung ha sido validada en nuestro país por Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier en el 2013 (30).

3.4. Aspectos Éticos Y Legales:

En los aspectos éticos se ha considerado primero la bibliografía utilizada en la presente investigación, respetando el derecho de autor de los conceptos y conocimientos; citando las fuentes bibliográficas respectivamente.

Se solicitó la autorización a la dirección del Centro de Salud Edificadores Misti, para realizar las encuestas correspondientes a las gestantes atendidas en dicho establecimiento de Salud. Así mismo se informó por medio de un memorándum a los diferentes servicios de salud para que nos brinden las facilidades para la presente investigación.

Se solicitó la participación voluntaria a través de un consentimiento informado verbal, se respetó la decisión de aquellas gestantes y/o puérperas que no deseaban participar con la investigación. Finalmente se aseguró el anonimato de las respuestas, las que sólo serán usadas para la presente investigación.

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1. Plan de procesamiento

4.1.1. Tipo de procesamiento

Se construyó una matriz de datos a partir de las variables y las respuestas dadas en la cédula de la encuesta se ingresaron en una base de datos diseñada de acuerdo a las preguntas de la cédula de encuesta (37).

4.1.2. Operaciones de la sistematización

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple y doble entrada, estos además fueron numéricos y literales; y en el plan de graficación, se utilizaron gráficos de barras (36).

4.2. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La comparación de variables cualitativas entre grupos independientes (con / sin infección) se realizó con prueba chi cuadrado de Pearson. La intensidad de la asociación de la infección con

la ansiedad se evaluó con cálculo del coeficiente de correlación de Spearman. Para la organización y análisis de datos se empleó el programa Excel 2019 con su complemento analítico y el programa estadístico SPSS v. 24.0 (37).





CAPITULO III RESULTADOS

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Tabla 1

Momento de evaluación al momento de diagnóstico de COVID-19 en las gestantes

	Positivo		Negativo	
	N°	%	N°	%
I Trimestre	8	13.33%	1	1.67%
II Trimestre	30	50.00%	21	35.00%
III Trimestre	22	36.67%	38	63.33%
Total	60	100.00%	60	100.00%

Fuente: Elaboración propia

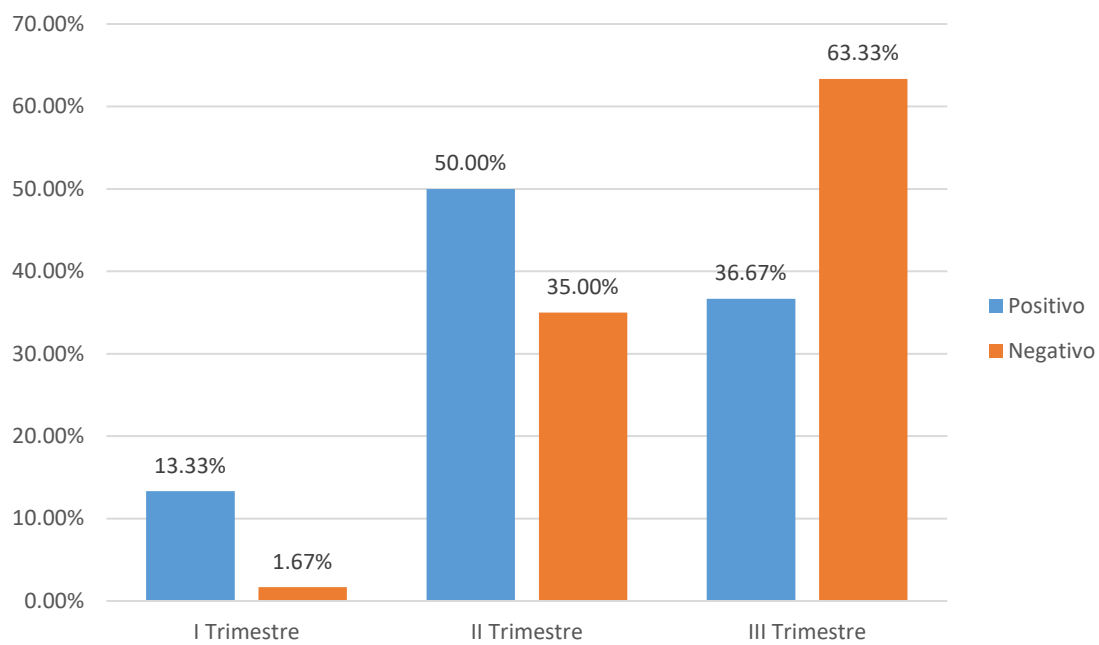
Chi² = 11.30 G. libertad = 2 p < 0.05

La Tabla N°1 según la prueba Chi cuadrado indica que el trimestre en el que se encontraban las gestantes y la infección presente o ausente de SARS-Cov-2, no presentan una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), asimismo nos muestra que las gestantes presentaron infección temprana principalmente dada en el segundo trimestre en un 50%, en el tercer trimestre un 36.67% y un 13.33% en el primer trimestre, Sin embargo, en gestantes con prueba COVID negativa un 63.33% se encontraban en el tercer trimestre, un 35% en el segundo trimestre y 1.67% en el primer trimestre.

**EFEECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Gráfico 1

Momento de evaluación al momento de diagnóstico de COVID-19 en las gestantes



Fuente: Elaboración propia

T. gestación promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Positivo: 23.80 ± 9.69 semanas (8 – 40 sem)

- Negativo: 29.10 ± 8.81 semanas (11 – 41 sem)

Prueba t = 3.11

G. libertad = 118

p < 0.05

**EFEECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Tabla 2

Edad de las gestantes según grupo de estudio

	Positivo		Negativo	
	N°	%	N°	%
Normal	47	78.33%	55	91.67%
Añosa	13	21.67%	5	8.33%
Total	60	100.00%	60	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Chi² = 4.18

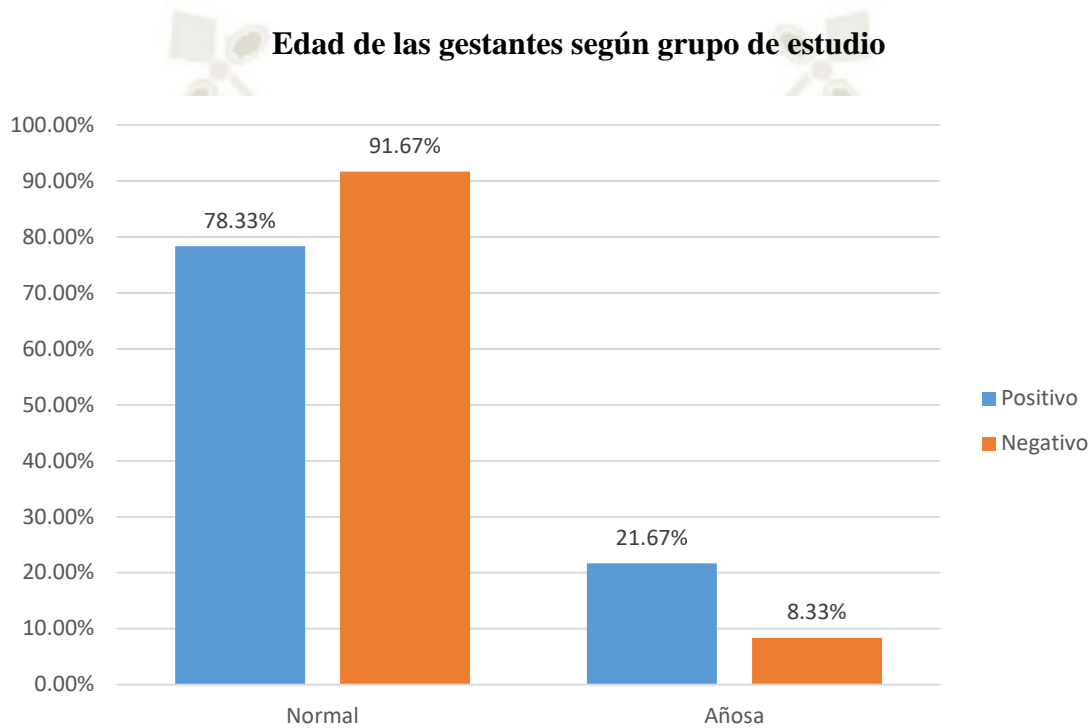
G. libertad = 1

p = 0.04

La Tabla N°2 basándose en la prueba Chi cuadrado se observa que la edad de las gestantes y el resultado de prueba para COVID de las mismas no representan una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Además, en la tabla se visualiza que las gestantes añosas positivas fueron un 21.67%, siendo este un porcentaje mayor que en las gestantes negativas que tuvieron un 8.33%, a su vez en ambos grupos se puede evidenciar que las usuarias se encontraban en la edad adecuada para su embarazo, resultando con prueba Covid-19 positiva un 78.33% y con prueba Covid-19 negativa un 91.67%.

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia

Edad Promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Positivo: 30.08 \pm 5.93 años (19 – 43 años)
- Negativo: 28.33 \pm 5.40 años (19 – 43 años)

Prueba t = 1.68 G. libertad = 118 p = 0.10

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Tabla 3

Nivel de instrucción de las gestantes según grupo de estudio

	Positivo		Negativo	
	N°	%	N°	%
Primaria	1	1.67%	3	5.00%
Secundaria	18	30.00%	22	36.67%
Superior	41	68.33%	35	58.33%
Total	60	100.00%	60	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Chi² = 1.87

G. libertad = 2

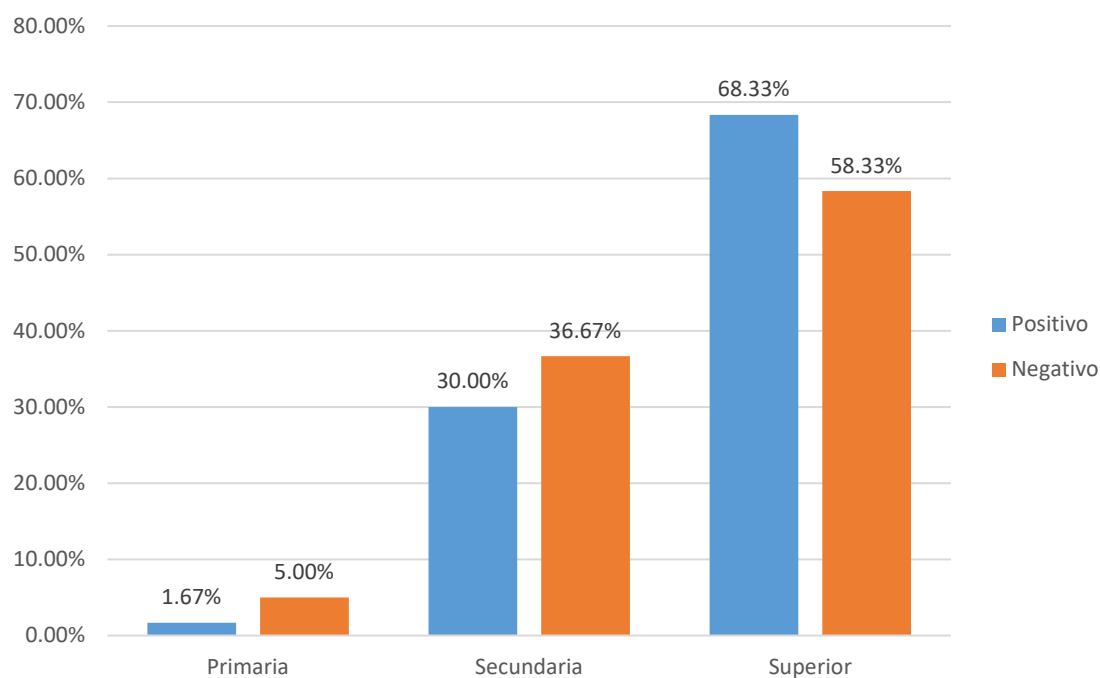
p = 0.39

La Tabla N°3 según la prueba Chi cuadrado muestra la relación entre el nivel de instrucción de las gestantes y su resultado de prueba Covid-19, es estadísticamente significativa ($p > 0.05$). Asimismo, se evidencia que las gestantes con educación superior predominaron en el grupo de gestantes positivas con 68.33% y en el grupo de gestantes negativas con un 58.33%, mientras que las gestantes con educación secundaria representaron un 30% en las gestantes con infección y 36.67% en las gestantes sin infección.

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Gráfico 3

Nivel de instrucción de las gestantes según grupo de estudio



Fuente: Elaboración propia

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Tabla 4

Paridad de las gestantes según grupo de estudio

	Positivo		Negativo	
	N°	%	N°	%
Primigesta	20	33.33%	19	31.67%
Segundigesta	23	38.33%	19	31.67%
Multigesta	14	23.33%	11	18.33%
Gran multigesta	3	5.00%	11	18.33%
Total	60	100.00%	60	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Chi² = 5.34

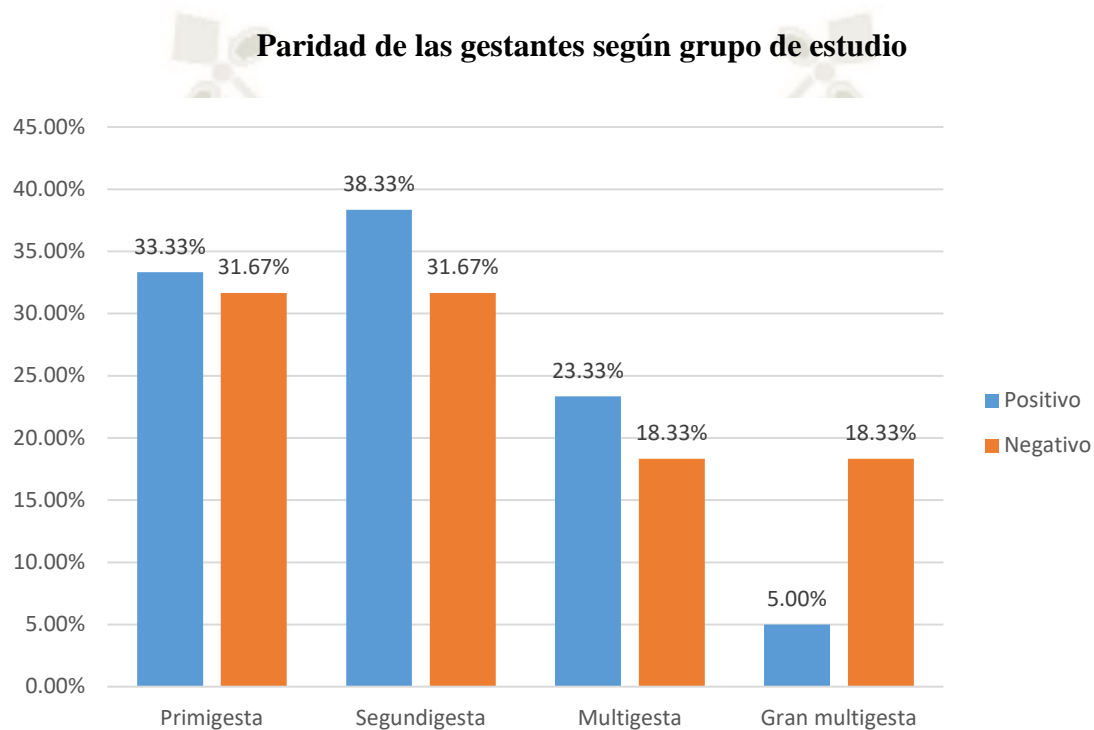
G. libertad = 3

p = 0.15

La **Tabla N°4** muestra que la paridad de las gestantes y su resultado de prueba Covid-19 representan una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$), siendo así; las primigestas con infección representan un 33.33% y sin infección un 31.67%, en las segundigestas del grupo de positivas se evidenció un 38.33% y en el grupo de negativas un 31.67%, las multigestas junto con las gran multigestas con infección representaron un 28.33% mientras que las gestantes sin infección simbolizaron el 36.66%.

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Tabla 5

Presencia y severidad de síntomas de ansiedad en las gestantes según grupo de estudio

	Positivo		Negativo	
	N°	%	N°	%
Normal	28	46.67%	24	40.00%
A. mínima	29	48.33%	31	51.67%
A. marcada	3	5.00%	5	8.33%
Total	60	100.00%	60	100.00%

Fuente: Elaboración propia

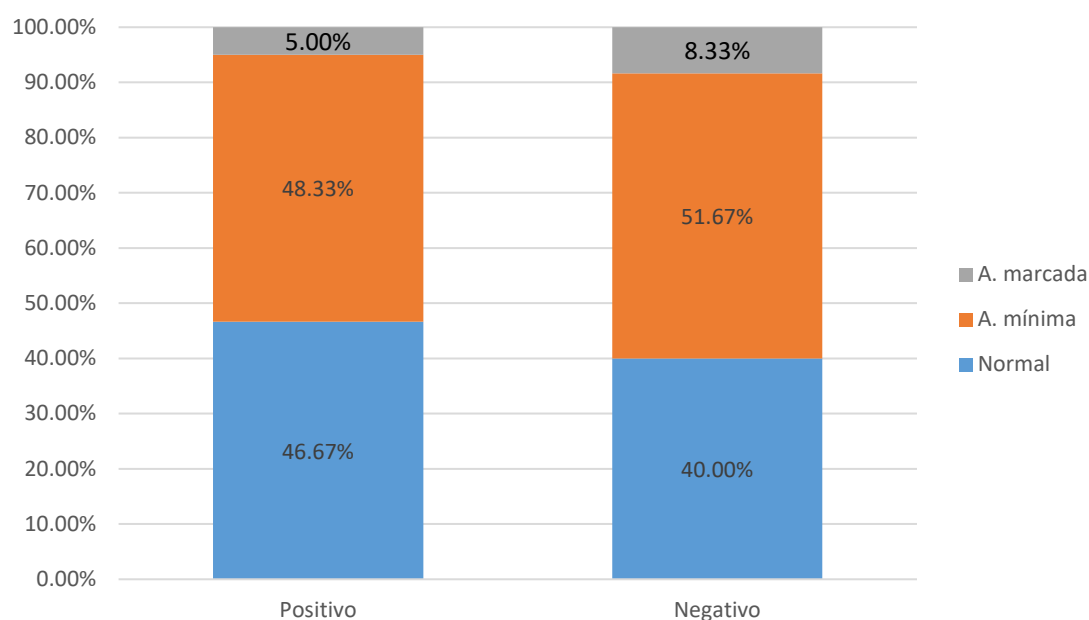
Chi² = 0.87 G. libertad = 2 p = 0.65
Spearman r = 0.0789 p = 0.39

La Tabla N°5 expone que las gestantes con infección manifestaron ansiedad mínima un 48.33% y ansiedad marcada un 5%, siendo un total de 53.33% de gestantes infectadas que presentaron síntomas de ansiedad, en las gestantes sin infección manifestaron ansiedad mínima un 51.67% y un 8.33% ansiedad marcada, en conjunto un 60% gestantes sin infección presentaron síntomas de ansiedad; no se evidencian diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$), sin embargo existe una relación baja ($\rho < 0.10$) entre la infección por Sarv-Cov-2 y el nivel de ansiedad en las gestantes.

**EFFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021**

Gráfico 5

Presencia y severidad de síntomas de ansiedad en las gestantes según grupo de estudio



Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

El presente estudio buscó establecer el efecto de la infección por SARS-CoV-2 en el nivel de ansiedad en gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Enero - Mayo 2021. Se realizó la presente investigación debido a la actual situación que enfrentamos desde marzo del 2020. Lo cual afecta de manera significativa a la población en general y más aún a poblaciones vulnerables. Es por ello que nuestra investigación está enfocada en el binomio Madre- niño. Siendo uno de los grupos más vulnerables durante esta pandemia.

Para la realización del estudio se encuestó una muestra representativa de 120 gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, divididas en dos grupos: con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y sin diagnóstico del mismo. En ambas se aplicó la escala de ansiedad de Zung. Se muestran resultados con estadística descriptiva y se comparan variables mediante prueba Chi cuadrado y se asocian mediante cálculo de coeficiente de correlación de Spearman (37).

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de las gestantes según el momento de diagnóstico; en los casos en los que se identificó infección positiva el 50% se encontraban en el segundo trimestre y 36.67% en el tercero, con una edad gestacional promedio de 23.80 ± 9.69 semanas; en los casos negativos, el 35% se encontraban en el segundo trimestre y 63.33% en el tercero, con una edad promedio de 29.10 ± 8.81 semanas; las diferencias entre ambos grupos fueron significativas ($p < 0.05$), lo que implica que la infección fue temprana en promedio durante el segundo trimestre. Sin embargo, según los resultados descritos por Muñoz Ordoñez Eddy Javier en su trabajo de investigación realizado en el Hospital José Soto Cadenillas Chota en el periodo de abril 2020 a enero 2021, cuyos resultados fueron: positivas 2.3% en el segundo trimestre; 80.2% en el tercer trimestre de gestación. Por lo tanto, fueron diagnosticadas en su mayoría en el último trimestre (38).

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la edad de las gestantes evaluadas; no hubo adolescentes entre gestantes con y sin infección, y en ambos predominaron las gestantes en edad reproductiva ideal. Con 21.67% de gestantes añosas positivas comparadas con 8.33% entre las gestantes negativas, siendo las diferencias de los grupos de edad significativas ($p < 0.05$); sin embargo, la edad promedio de las gestantes positivas fue de 30.08 ± 5.93 años, comparada con 28.33 ± 5.40 años, con diferencias no significativas ($p > 0.05$); de todos modos, las gestantes infectadas tendieron a ser mayores que las no infectadas. Así mismo en el estudio realizado por Muñoz, se encontró el 76,7% de las gestantes en edad reproductiva

con resultado positivo a la infección por SARS-CoV-2. Mientras que en el grupo de gestantes añosas se encontró un 14% (38).

El nivel de instrucción de las gestantes se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; no hubo diferencias entre los grupos con predominio de gestantes de educación superior (68.33% en las gestantes positivas, 58.33% en las negativas), seguido de gestantes de educación secundaria (30% en el primer grupo, 36.67% en el segundo; $p > 0.05$). Sin embargo, no se encontró estudios con resultados similares a la presente investigación.

El número de gestaciones previas en las mujeres evaluadas se muestra en la **Tabla y Gráfico 4**; entre gestantes positivas, el 33.33% eran primigestas, 38.33% segundigestas y 28.33% multigestas o gran multigestas; en las gestantes sin infección. El 31.67% fueron primigestas o segundigestas, con 36.66% de multigestas o gran multigestas; las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$). Así mismo, en el estudio de Víteri Jiménez Karlita en el Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua en el año 2020, en el servicio de Gineco-Obstetricia se encontró 24% de primigestas con resultado positivo, 71% de multigestas y un 4.9% de gran multigestas con el mismo resultado (39).

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra los resultados de la aplicación de la escala de ansiedad en los grupo de gestantes con y sin infección; entre las gestantes con infección, se encontró síntomas de ansiedad en 53.33% de casos (mínima en 48.33% marcada en 5%), comparada con 60% en las gestantes sin infección (51.67% mínima, 8.33% marcada); las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$), y se encontró una relación baja entre la infección por SARS-CoV-2 y la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad ($\rho < 0.10$). Sin embargo, no se encontraron estudios con resultados similares. Por lo tanto, en la presente investigación se observa que el menor porcentaje del nivel de ansiedad está representado por gestantes con la Covid-19. De tal modo se puede inferir que las gestantes no tenían conocimiento de su resultado al momento de la prueba, cuyo caso existe la posibilidad de que se tratara de pacientes asintomáticas. Así mismo no desarrollaron síntomas de ansiedad. Por otro lado, las gestantes sin infección por SARS-CoV-2 representan el mayor porcentaje del nivel de ansiedad, podemos deducir que la situación actual y la rapidez de propagación del virus generan una mayor tensión psicológica, angustia y miedo a contraer la infección por Covid-19. Sobre todo, estar en la incertidumbre sobre consecuencias que podría o no afectar tanto su salud como la del niño por nacer, lo cual influye en sus emociones y conducta de la gestante para desarrollar ansiedad.

CONCLUSIONES

- Primero.** En gestantes portadoras de infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses enero a mayo 2021, se encontró ansiedad en 53.33% de casos, predominantemente de nivel mínimo.
- Segundo.** En gestantes sin infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de enero a mayo 2021 se encontró ansiedad en 60% de casos, predominantemente de nivel mínimo en 51,67% de casos.
- Tercero.** No se presentaron diferencias significativas en el nivel de ansiedad en gestantes con y sin infección por SARS-CoV-2 atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de enero a mayo 2021.

RECOMENDACIONES

- 1) Al personal de Obstetricia del Centro de Salud Edificadores Misti, se sugiere sensibilizar a las gestantes sobre ansiedad durante su embarazo, más aún cuando la gestante presenta un resultado positivo de Covid-19 y así mismo realizar el test de “Ansiedad de Zung” para un manejo adecuado y derivación oportuna.
- 2) Al personal del Centro Obstétrico del Establecimiento de Salud, específicamente a las obstetras de trabajo remoto, se recomienda estar en constante comunicación con las gestantes de su jurisdicción, a su vez resolver sus dudas e inquietudes. Sobre todo, realizar un seguimiento actualizado, para así detectar factores de riesgos o diagnóstico precoz. Así mismo derivar al especialista oportunamente, con la finalidad salvaguardar la salud física y mental de la gestante.
- 3) Al personal del Centro de Salud Edificadores Misti, recomendamos trabajar de forma multidisciplinaria con las gestantes, mediante las plataformas de Telesalud, teleorientación, etc. Por lo tanto, los profesionales logran trabajar las diferentes áreas como es: psicología un pilar importante durante el confinamiento, de tal manera brindarle un soporte socioemocional. Así también identificar riesgos para la salud mental de la gestante.
- 4) A la Facultad de Obstetricia y Puericultura, se sugiere promover la realización de estudios en la línea de COVID-19, en el nivel hospitalario y/o universitario con diferentes grupos poblacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subirón AB, Monserrat E, Cortizo A, Montero J, Lasso L, Monserrat FJ. Valoración de la ansiedad de la embarazada ante la pandemia de Covid-19 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. *Paraninfo Digital*. 2020;(32): p. e32113d-e32113d.
2. Wadman M. Why pregnant women face special risks from COVID-19. *Science*. 2020.
3. Ferrer R. Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina Intensiva*. 2020 abril.
4. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 222: p. 415-426.
5. Chen H, Guo C, Wang F, Luo F, Yu X, Zhang W. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020; 395: p. 809-815.
6. Zamaniyan M, Ebadi A, Aghajanoor S, Rahmani Z, Haghshenas M, Azizi S. Preterm delivery in pregnant woman with critical COVID-19 pneumonia and vertical transmission. *Prenat Diagn*. 2020; 10: p. 5713.
7. Lamouroux A, Attie-Bitach T, Martinovic J, Leruez-Ville M, Ville Y. Evidence for and against vertical transmission for SARS-CoV-2 (COVID-19). *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 10.
8. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020; 172: p. 577-582.
9. Zou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *Lancet*. 2020; 395: p. 1054-1062.
10. Tong-Zeng L, Zhen-Huan C, Yu C, Miao-Tian C, Long-Yu Z, Hui X, et al. Duration of SARS-CoV-2 RNA shedding and factors associated with prolonged viral shedding in patients with COVID-19. *Infect Dis*. 2020 july.
11. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395: p. 497-506.
12. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J. Clinical characteristics of coronavirus

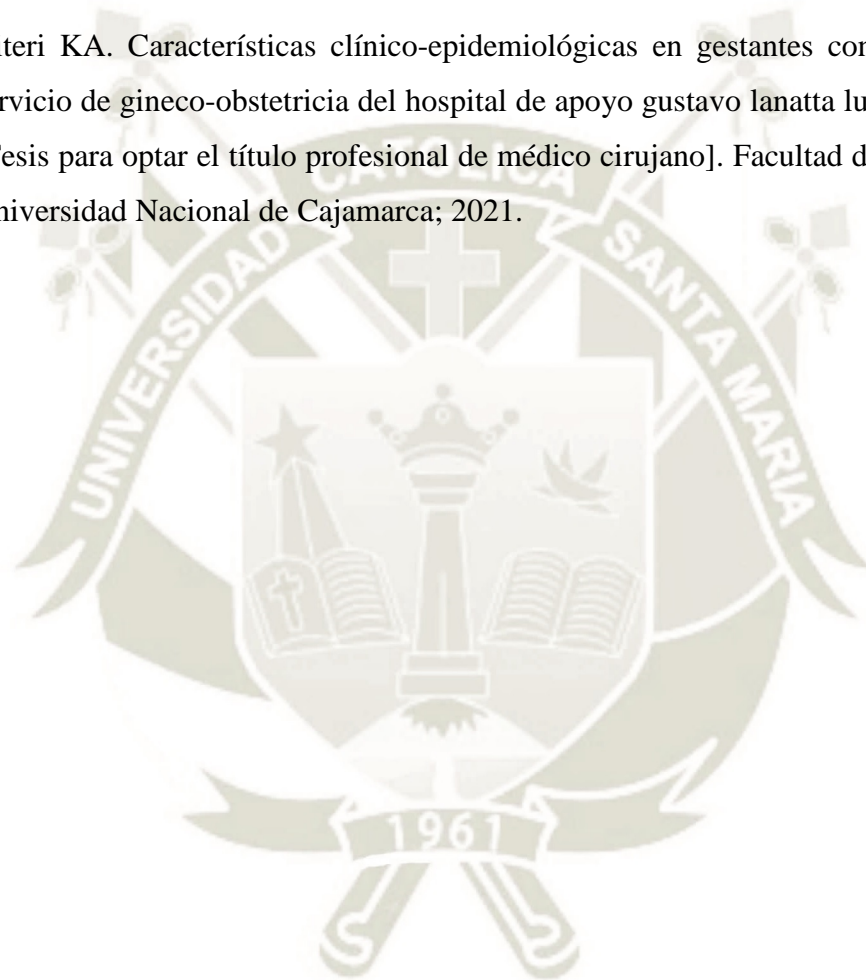
- disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020; 382: p. 1708-1720.
13. Yuen H, Wong F, Yin H, Lam S, Ho-Tung A, Ting S. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in Patients Positive for COVID-19. *Radiology.* 2020; 296(2): p. :E72–E78.
 14. Klok FA, Kruip MJ, van der Meer NJ, Arbous MS. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res.* 2020; 191: p. 145-147.
 15. Ferrazzi EM, Frigerio L, Cetin I, Vergani P, Spinillo A, Prefumo F. COVID-19 Obstetrics Task Force, Lombardy Italy: Executive management summary and short report of outcome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 149: p. 377–378.
 16. Lopez M, Gonce A, Meler E, Plaza A, Hernandez S, Martinez-Portilla R. Coronavirus Disease 2019 in pregnancy: A clinical management protocol and considerations for practice. *Fetal Diagn Ther.* 2020; 47: p. 519–528.
 17. Valdés-Bango M, Meler E, Cobo T, Hernández S, Caballero A, García F. Guía de actuación para el manejo de la infección por COVID-19 durante en el embarazo. *Clinica E Investigacion En Ginecologia Y Obstetricia.* 2020; 47(3): p. 118-127.
 18. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA.* 2020; 323(18): p. 1824-1836.
 19. González-de la Torre H, Rodríguez-Rodríguez R, Martín-Martínez A. Recomendaciones y manejo práctico de la gestante con COVID-19: scoping review. *Enfermería Clínica.* 2020 Mayo.
 20. Zeisler H, Llorba E, Chantraine F, Vatish M, Staff AC, Sennström M. Predictive value of the sFlt-1:PIGF ratio in women with suspected preeclampsia. *N Engl J Med.* 2016; 374: p. 13-22.
 21. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS COVID 1-19) during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. 2020 Mayo; 2(2).
 22. Tang P, Wang J, Song Y. Characteristics and pregnancy outcomes of patients with severe pneumonia complicating pregnancy: A retrospective study of 12 cases and a literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2018; 18: p. 434.
 23. Matzumura JP, Sandoval I, Meza L. Recomendaciones en gestantes durante la pandemia COVID-19. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2020; 9(1): p. 92-97.

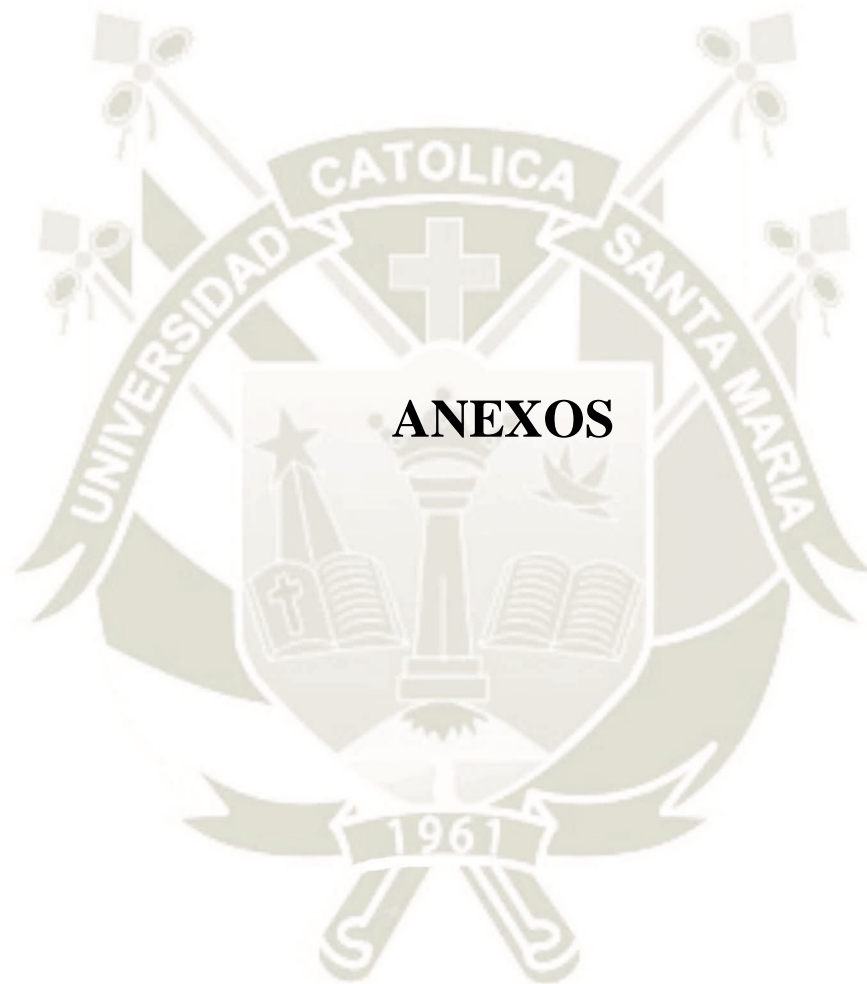
24. Torres V CA. Ansiedad. *Rev Actual Clínica Investiga*. 2013; 35: p. 1788.
25. Navas Orozco W VBM. Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Rev méd Costa Rica Centroamérica*. 2012; 69(604): p. 497-507.
26. Benita I. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2, 20(1):239-251.. .
27. American Psychiatric Association APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington DAPA2. 2015.
28. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicossom* 2, 62-69 1. .
29. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, editors. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2nd ed. Madrid: Ed. Ars Medica; 2002.
30. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier J. Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2013; 30(2): p. 212-219.
31. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020; 395(10224): p. e37-e8.
32. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singapore*. 2020; 49(1): p. 1-3.
33. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig*. 2020; 17(2): p. 175-6.
34. Lambert AR, Cobián AE, Silva Y, Torres M. Hipnoterapia en gestantes adolescentes con síntomas psíquicos a causa de la pandemia de la COVID-19. *MEDISAN*. 2021; 25(1): p. 66-80.
35. Álava-Loor IS, Vera-García BM. Niveles de ansiedad en embarazadas, Centro de salud Andrés de Vera, Portoviejo. *Polo del Conocimiento*. 2020; 5(9): p. 829-837.
36. Nunton J, Alvarado V, Pérez A. Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un Establecimiento de Salud Nivel III-2, Lima-2020. *Ágora*. 2020; 7(2): p. 94-100.
37. Junchaya ME. Nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes atendidas en el Centro

de Salud “La Tulpuna” durante el periodo de pandemia. Cajamarca 2020: [Tesis para título profesional de licenciada en Obstetricia], Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca; 2021.

38. Muñoz EJ. Características sociodemográficas y clínicas de gestantes COVID-19 atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, abril 2020-enero 2021: [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Facultad de Medicina de la Universidad Señor de Sipán; 2021.

39. Viteri KA. Características clínico-epidemiológicas en gestantes con covid-19 en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de apoyo gustavo lanatta luján bagua, 2020: [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca; 2021.





Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

“EFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021”

N° de Ficha: _____

Grupo de estudio

Diagnóstico de infección por SARS-CoV-2: Negativo Positivo

Edad gestacional al momento del diagnóstico: _____ semanas

Características maternas

Edad materna: _____ años

Adolescente (≤ 17 años) 18-34 años añosa (≥ 35 años)

Nivel de instrucción: Ilustrada primaria secundaria superior

Embarazos: Primigesta Segundigesta Multigesta

Gran Multigesta

Observaciones:
.....
.....

Fuente: Junchaya, (2021) (37).

Anexo 2:

Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung

“EFECTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI, ENERO - MAYO 2021”

Por favor lea minuciosamente cada una de las siguientes 20 preguntas marcando con una “X”, según la columna que mejor describa la frecuencia con la que se sintió o se comportó durante LA ÚLTIMA SEMANA.

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuenc ia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más nerviosa y ansiosa de lo normal.	1	2	3	4
2	Me siento temerosa sin razón alguna.	1	2	3	4
3	Me enojo fácilmente o siento pánico.	1	2	3	4
4	Me siento como que estoy desmoronándome o quebrándome.	1	2	3	4
5	Siento que todo está bien y nada malo puede sucederme	4	3	2	1
6	Siento que me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4
7	Siento dolor en el cuello, la cabeza o cintura.	1	2	3	4
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4
9	Me siento tranquila y puede permanecer en calma fácilmente.	4	3	2	1

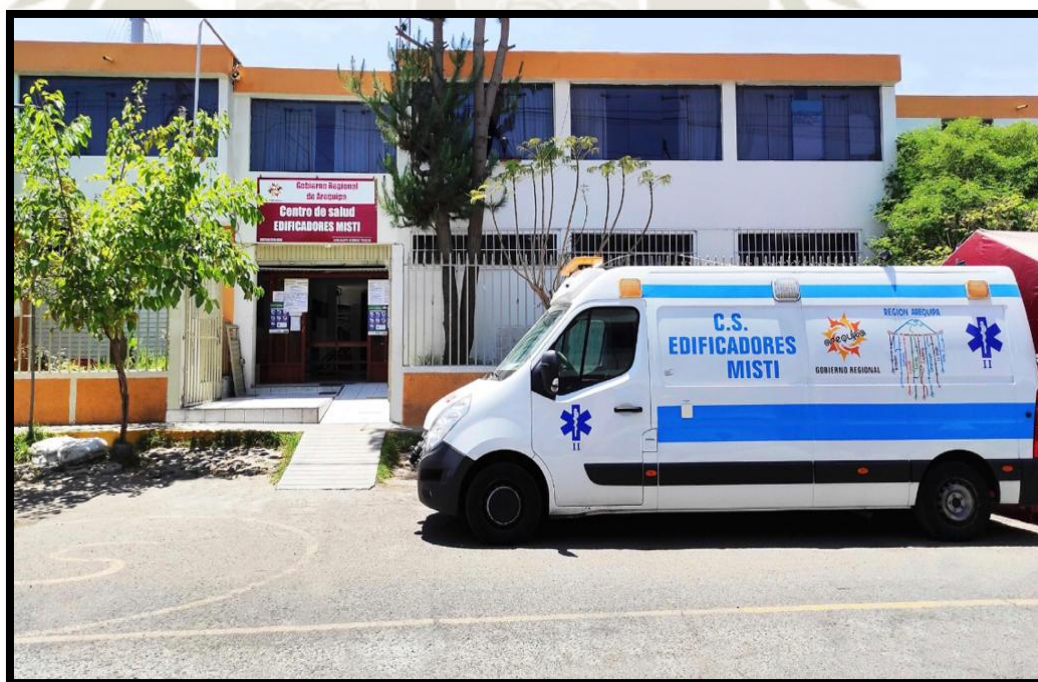
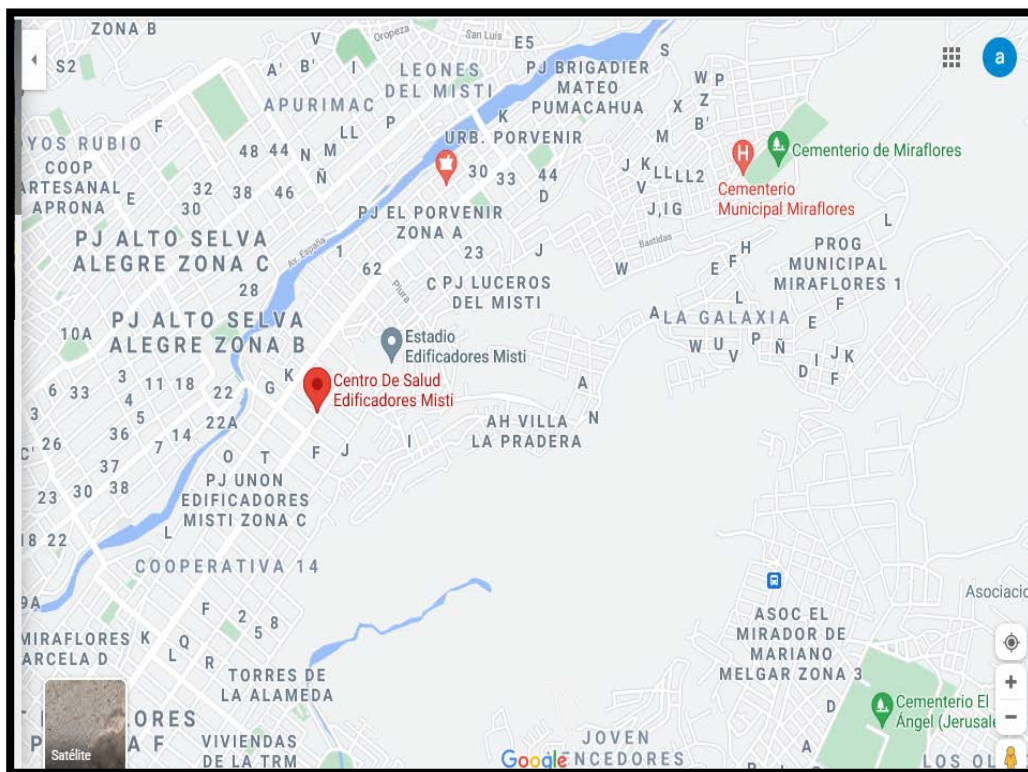
10	Puede sentir que me late muy rápido el corazón.	1	2	3	4
11	Me he sentido últimamente mareada.	1	2	3	4
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	1	2	3	4
13	Puedo respirar (inspirar y expirar) fácilmente	4	3	2	1
14	He sentido hormigueo o se me adormecen las manos y pies.	1	2	3	4
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4
16	Voy a orinar con mayor frecuencia de lo normal.	1	2	3	4
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.	4	3	2	1
18	Me ruborizo o sonrojo (siento bochornos) con facilidad.	1	2	3	4
19	Duermo bien y descanso con facilidad durante la noche.	4	3	2	1
20	Tengo pesadillas.	1	2	3	4
TOTAL DE PUNTOS					

Índice de escala de autoevaluación de ansiedad de Zung	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada o severa
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

Fuente: Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, (2013) (30).

Anexo 3:

Ubicación Centro de Salud Edificadores Misti



Anexo 4

Matriz de datos

Nº	COVID	Edad gest Dx	Cat semana	Edad materna	Cat edad	Instrucc	Paridad	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9	Z10	Z11	Z12	Z13	Z14	Z15	Z16	Z17	Z18	Z19	Z20	Puntaje	Nivel
1	Positivo	34	III Trimestre	33	Normal	Superior	Primigesta	2	3	2	1	3	1	2	2	3	1	2	1	2	2	4	2	4	1	4	2	44	Normal
2	Positivo	32	III Trimestre	34	Normal	Superior	Gran multigesta	3	2	4	4	3	2	4	4	3	2	4	1	3	1	4	4	3	3	3	3	60	A. marcada
3	Positivo	29	III Trimestre	28	Normal	Superior	Primigesta	3	2	2	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	32	Normal
4	Positivo	33	III Trimestre	34	Normal	Superior	Segundigesta	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	2	1	3	2	4	4	3	3	4	2	63	A. marcada
5	Positivo	20	II Trimestre	25	Normal	Secundaria	Segundigesta	3	2	3	2	4	2	2	3	3	1	4	1	3	1	4	4	3	1	3	1	50	A. mínima
6	Positivo	21	II Trimestre	21	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	2	2	2	4	1	2	2	3	1	1	1	1	1	4	4	3	2	3	2	43	Normal
7	Positivo	22	II Trimestre	22	Normal	Superior	Primigesta	4	1	3	1	3	1	1	3	2	1	4	1	3	1	4	4	3	1	2	2	45	A. mínima
8	Positivo	22	II Trimestre	33	Normal	Secundaria	Multigesta	2	1	2	1	3	1	1	2	2	1	3	1	2	1	2	2	3	1	2	1	34	Normal
9	Positivo	20	II Trimestre	31	Normal	Secundaria	Primigesta	2	2	2	1	3	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2	3	3	2	3	2	44	Normal
10	Positivo	38	III Trimestre	39	Añosa	Secundaria	Segundigesta	4	4	4	1	3	2	4	3	3	2	3	1	3	3	3	4	3	2	3	2	57	A. mínima
11	Positivo	29	III Trimestre	27	Normal	Superior	Segundigesta	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	1	1	1	1	4	4	1	1	4	1	50	A. mínima
12	Positivo	30	III Trimestre	24	Normal	Superior	Segundigesta	4	2	4	4	3	4	4	4	3	2	2	1	4	4	4	4	1	1	3	1	59	A. mínima
13	Positivo	35	III Trimestre	31	Normal	Superior	Primigesta	2	2	4	1	4	2	2	1	2	2	1	1	3	2	3	4	4	2	3	1	46	A. mínima
14	Positivo	38	III Trimestre	30	Normal	Secundaria	Multigesta	4	1	4	3	4	1	1	4	4	1	1	1	3	3	1	1	2	4	1	1	45	A. mínima
15	Positivo	33	III Trimestre	37	Añosa	Superior	Multigesta	4	4	4	4	3	4	1	4	3	2	4	1	3	1	2	4	4	1	4	1	58	A. mínima
16	Positivo	36	III Trimestre	24	Normal	Superior	Primigesta	2	1	2	3	4	2	1	4	3	1	1	1	3	1	3	4	1	1	4	1	43	Normal
17	Positivo	37	III Trimestre	29	Normal	Superior	Primigesta	2	3	1	3	4	1	4	1	3	1	1	1	3	1	3	4	1	1	3	1	42	Normal
18	Positivo	36	III Trimestre	28	Normal	Superior	Primigesta	3	1	2	1	4	1	1	2	2	2	1	1	3	1	3	4	4	1	3	1	41	Normal
19	Positivo	38	III Trimestre	42	Añosa	Superior	Primigesta	3	4	4	2	4	2	2	4	4	1	1	1	3	1	2	4	4	1	4	1	52	A. mínima
20	Positivo	40	III Trimestre	26	Normal	Superior	Primigesta	3	1	2	4	4	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	4	1	1	4	1	41	Normal
21	Positivo	39	III Trimestre	33	Normal	Secundaria	Multigesta	2	1	1	3	4	1	4	2	1	1	1	1	2	1	1	3	4	4	3	1	41	Normal
22	Positivo	38	III Trimestre	32	Normal	Superior	Segundigesta	4	4	1	4	1	4	1	2	2	3	1	1	1	3	4	3	1	1	2	46	A. mínima	
23	Positivo	25	II Trimestre	29	Normal	Superior	Segundigesta	1	1	1	4	1	1	4	4	1	4	1	1	3	3	3	1	1	4	2	1	42	Normal
24	Positivo	25	II Trimestre	28	Normal	Superior	Primigesta	4	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	2	4	1	1	3	1	36	Normal	
25	Positivo	26	II Trimestre	21	Normal	Superior	Primigesta	2	1	1	2	1	1	2	4	1	1	1	1	3	1	2	4	1	1	3	1	34	Normal
26	Positivo	36	III Trimestre	25	Normal	Secundaria	Segundigesta	3	1	2	4	3	1	1	3	3	1	1	1	3	2	3	3	3	1	3	1	43	Normal
27	Positivo	24	II Trimestre	28	Normal	Superior	Segundigesta	1	1	4	4	4	1	1	4	3	1	2	1	3	4	1	4	1	1	4	4	49	A. mínima
28	Positivo	19	II Trimestre	28	Normal	Secundaria	Segundigesta	1	1	4	2	4	1	4	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	3	2	38	Normal
29	Positivo	29	III Trimestre	43	Añosa	Secundaria	Multigesta	4	4	4	4	3	2	1	1	2	2	4	1	4	2	1	4	3	2	3	2	53	A. mínima
30	Positivo	38	III Trimestre	35	Añosa	Superior	Segundigesta	4	4	3	1	3	1	4	4	3	1	1	1	2	4	4	1	3	4	3	1	52	A. mínima
31	Positivo	20	II Trimestre	25	Normal	Superior	Multigesta	1	1	4	1	3	1	2	4	3	1	2	1	3	3	4	4	1	4	3	4	50	A. mínima
32	Positivo	9	I Trimestre	31	Normal	Superior	Primigesta	2	2	2	1	3	1	1	2	2	1	3	1	2	1	2	2	3	1	2	1	35	Normal
33	Positivo	25	II Trimestre	39	Añosa	Superior	Multigesta	4	3	3	2	4	2	3	3	3	2	1	1	3	3	4	4	4	4	4	3	60	A. marcada
34	Positivo	13	II Trimestre	32	Normal	Superior	Primigesta	2	2	2	2	4	1	3	3	3	1	1	1	1	2	3	4	3	2	3	3	46	A. mínima
35	Positivo	16	II Trimestre	31	Normal	Superior	Segundigesta	3	2	4	2	3	2	2	3	3	3	1	2	3	2	3	4	4	3	3	2	54	A. mínima
36	Positivo	12	I Trimestre	35	Añosa	Secundaria	Multigesta	1	2	1	1	3	2	2	1	3	1	1	1	3	3	2	3	4	3	3	3	43	Normal
37	Positivo	27	III Trimestre	35	Añosa	Superior	Segundigesta	4	3	3	2	3	1	2	3	4	2	3	2	3	2	3	3	4	3	3	2	55	A. mínima
38	Positivo	17	II Trimestre	32	Normal	Superior	Multigesta	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1	1	4	2	2	2	3	3	3	1	38	Normal
39	Positivo	19	II Trimestre	30	Normal	Superior	Segundigesta	1	1	2	2	3	1	1	2	3	1	1	1	3	1	3	2	3	3	3	3	40	Normal
40	Positivo	21	II Trimestre	33	Normal	Primaria	Gran multigesta	3	4	4	3	4	2	2	3	3	3	2	1	3	2	3	3	4	3	4	3	59	A. mínima
41	Positivo	17	II Trimestre	27	Normal	Superior	Segundigesta	1	2	3	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	3	3	2	2	35	Normal
42	Positivo	11	I Trimestre	19	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	2	1	1	3	1	1	2	4	1	1	1	2	1	2	2	4	1	3	2	37	Normal
43	Positivo	22	II Trimestre	22	Normal	Secundaria	Segundigesta	3	2	1	1	3	2	1	1	3	3	2	1	3	2	2	3	3	3	3	2	44	Normal
44	Positivo	14	II Trimestre	39	Añosa	Superior	Primigesta	3	3	2	2	3	2	2	3	4	3	1	1	3	2	2	3	4	3	3	2	51	A. mínima
45	Positivo	22	II Trimestre	33	Normal	Secundaria	Multigesta	3	2	2	1	3	1	2	1	3	3	2	3	3	1	2	4	3	4	3	2	48	A. mínima
46	Positivo	10	I Trimestre	25	Normal	Superior	Primigesta	4	3	2	1	2	2	1	1	3	2	1	1	3	1	3	2	3	3	2	2	42	Normal
47	Positivo	8	I Trimestre	20	Normal	Superior	Primigesta	1	2	2	2	4	2	2	1	1	1	1	1	3	1	2	1	3	3	2	1	36	Normal
48	Positivo	8	I Trimestre	22	Normal	Superior	Segundigesta	3	2	1	1	3	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	3	2	38	Normal
49	Positivo	39	III Trimestre	33	Normal	Secundaria	Multigesta	4	3	2	2	4	3	2	2	4	3	2	1	3	2	4	4	4	4	3	3	59	A. mínima
50	Positivo	16	II Trimestre	24	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	1	3	2	3	3	3	1	36	Normal
51	Positivo	26	II Trimestre	42	Añosa	Superior	Multigesta	3	3	2	1	4	1	2	3	3	2	1	1	3	3	2	4	3	3	4	1	49	A. mínima

52	Positivo	22	II Trimestre	19	Normal	Superior	Primigesta	2	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	3	3	4	3	3	40	Normal	
53	Positivo	13	II Trimestre	30	Normal	Superior	Segundigesta	3	2	3	1	3	1	1	1	1	2	3	2	1	4	3	2	3	4	1	4	45	A. mínima	
54	Positivo	18	II Trimestre	39	Añosa	Superior	Gran multigesta	3	4	3	2	4	1	2	4	3	2	1	1	4	2	2	4	4	2	3	2	53	A. mínima	
55	Positivo	14	II Trimestre	30	Normal	Superior	Segundigesta	2	3	2	1	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2	4	3	2	2	41	Normal	
56	Positivo	16	II Trimestre	36	Añosa	Secundaria	Multigesta	3	3	3	1	3	1	2	1	3	3	1	1	3	2	2	3	4	4	4	2	49	A. mínima	
57	Positivo	16	II Trimestre	33	Normal	Secundaria	Segundigesta	3	2	3	1	3	1	1	1	1	2	3	2	1	4	2	2	4	4	1	4	45	A. mínima	
58	Positivo	10	I Trimestre	30	Normal	Superior	Multigesta	2	2	2	3	2	1	4	3	4	1	1	3	1	4	4	4	2	4	4	4	55	A. mínima	
59	Positivo	13	II Trimestre	35	Añosa	Superior	Primigesta	3	2	3	1	3	1	1	1	2	2	3	1	3	2	2	3	4	2	4	46	A. mínima		
60	Positivo	12	I Trimestre	24	Normal	Superior	Primigesta	3	3	2	2	3	2	2	3	4	3	1	1	3	2	2	3	4	3	3	2	51	A. mínima	
1	Negativo	40	III Trimestre	41	Añosa	Primaria	Gran multigesta	2	2	2	3	2	1	4	3	4	3	1	1	1	4	4	4	2	4	4	4	55	A. mínima	
2	Negativo	39	III Trimestre	29	Normal	Secundaria	Segundigesta	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	2	1	1	3	3	2	1	4	1	35	Normal	
3	Negativo	36	III Trimestre	23	Normal	Superior	Primigesta	4	1	2	3	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	1	1	4	1	3	1	2	37	Normal
4	Negativo	37	III Trimestre	21	Normal	Secundaria	Segundigesta	3	2	3	1	3	1	1	1	1	2	3	2	1	4	3	2	3	4	1	4	45	A. mínima	
5	Negativo	39	III Trimestre	28	Normal	Superior	Multigesta	2	1	1	1	4	2	3	3	1	2	2	1	2	2	2	4	2	3	4	1	43	Normal	
6	Negativo	38	III Trimestre	34	Normal	Superior	Gran multigesta	3	3	2	1	4	1	2	3	3	2	1	1	3	3	2	4	3	3	4	1	49	A. mínima	
7	Negativo	31	III Trimestre	26	Normal	Superior	Primigesta	4	1	2	2	3	4	4	4	3	3	1	1	1	4	1	3	4	4	4	1	54	A. mínima	
8	Negativo	18	II Trimestre	21	Normal	Secundaria	Segundigesta	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	4	2	2	1	29	Normal	
9	Negativo	17	II Trimestre	29	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	1	2	2	1	2	2	3	3	2	2	1	2	2	4	4	4	2	2	2	45	A. mínima	
10	Negativo	17	II Trimestre	27	Normal	Superior	Multigesta	3	2	3	1	3	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	2	4	1	2	1	37	Normal	
11	Negativo	11	I Trimestre	25	Normal	Superior	Segundigesta	2	3	2	1	3	1	2	2	3	1	2	1	2	2	3	4	4	4	4	2	48	A. mínima	
12	Negativo	21	II Trimestre	29	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	2	2	1	4	1	1	2	4	1	1	1	3	1	2	2	4	1	2	2	39	Normal	
13	Negativo	38	III Trimestre	26	Normal	Superior	Primigesta	4	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	1	1	2	3	1	1	4	4	1	45	A. mínima	
14	Negativo	20	II Trimestre	26	Normal	Secundaria	Multigesta	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	4	4	3	2	3	2	45	A. mínima	
15	Negativo	19	II Trimestre	19	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	1	3	1	3	2	1	1	2	2	1	1	2	2	3	3	3	3	2	2	40	Normal	
16	Negativo	18	II Trimestre	26	Normal	Superior	Multigesta	2	3	1	1	3	1	2	3	3	1	2	1	3	3	3	2	4	2	3	2	45	A. mínima	
17	Negativo	18	II Trimestre	29	Normal	Superior	Gran multigesta	2	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	4	2	2	42	Normal	
18	Negativo	20	II Trimestre	30	Normal	Secundaria	Multigesta	3	2	3	2	3	1	3	3	3	2	1	1	2	2	4	3	4	3	3	2	50	A. mínima	
19	Negativo	38	III Trimestre	40	Añosa	Superior	Segundigesta	4	3	4	2	3	3	4	4	3	2	3	1	3	3	4	4	4	3	4	2	63	A. marcada	
20	Negativo	15	II Trimestre	20	Normal	Secundaria	Primigesta	2	2	3	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2	4	3	2	2	43	Normal	
21	Negativo	18	II Trimestre	30	Normal	Secundaria	Gran multigesta	4	3	4	2	4	2	2	3	4	2	2	1	3	3	4	3	4	4	4	3	61	A. marcada	
22	Negativo	25	II Trimestre	31	Normal	Superior	Segundigesta	2	3	4	1	3	2	3	4	3	2	1	1	3	2	4	4	3	4	3	4	56	A. mínima	
23	Negativo	17	II Trimestre	38	Añosa	Primaria	Multigesta	4	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	1	2	3	4	4	4	3	3	3	57	A. mínima	
24	Negativo	35	III Trimestre	32	Normal	Secundaria	Gran multigesta	3	2	2	1	3	1	2	4	3	2	1	1	2	1	2	4	4	4	3	2	47	A. mínima	
25	Negativo	20	II Trimestre	20	Normal	Superior	Primigesta	2	1	1	1	3	2	1	2	3	2	1	1	2	2	2	2	4	2	2	2	38	Normal	
26	Negativo	20	II Trimestre	34	Normal	Superior	Gran multigesta	3	3	3	2	3	1	2	2	3	1	1	1	3	1	2	3	4	3	3	2	46	A. mínima	
27	Negativo	15	II Trimestre	26	Normal	Superior	Primigesta	3	3	2	2	3	2	2	1	3	3	2	1	3	2	3	3	4	4	3	3	52	A. mínima	
28	Negativo	15	II Trimestre	25	Normal	Superior	Segundigesta	2	1	1	2	3	1	1	2	3	2	1	1	3	2	2	3	4	4	3	1	42	Normal	
29	Negativo	28	III Trimestre	23	Normal	Secundaria	Primigesta	2	1	2	1	3	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2	3	4	2	2	2	38	Normal	
30	Negativo	13	II Trimestre	42	Añosa	Superior	Primigesta	4	3	3	2	4	2	1	4	3	3	1	1	3	3	3	4	4	3	3	3	57	A. mínima	
31	Negativo	29	III Trimestre	26	Normal	Superior	Segundigesta	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	1	27	Normal	
32	Negativo	35	III Trimestre	27	Normal	Superior	Multigesta	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	4	4	4	2	1	2	45	A. mínima	
33	Negativo	34	III Trimestre	29	Normal	Superior	Gran multigesta	2	1	2	1	4	2	1	3	1	1	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1	33	Normal	
34	Negativo	37	III Trimestre	23	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	1	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2	4	4	4	2	1	2	41	Normal	
35	Negativo	34	III Trimestre	32	Normal	Superior	Primigesta	1	1	4	4	3	2	4	4	1	2	1	1	3	2	3	4	4	4	1	1	50	A. mínima	
36	Negativo	36	III Trimestre	33	Normal	Secundaria	Gran multigesta	4	2	1	4	4	1	4	4	2	2	1	1	3	4	2	4	1	1	3	1	46	A. mínima	
37	Negativo	27	III Trimestre	25	Normal	Superior	Primigesta	1	1	4	1	3	1	4	2	3	1	1	1	3	2	1	4	1	2	4	1	41	Normal	
38	Negativo	34	III Trimestre	24	Normal	Superior	Gran multigesta	1	1	1	1	2	1	4	4	1	1	1	1	1	1	4	4	1	4	1	1	36	Normal	
39	Negativo	30	III Trimestre	33	Normal	Superior	Segundigesta	1	1	3	2	3	1	4	2	3	1	1	1	3	2	3	4	3	4	3	1	46	A. mínima	
40	Negativo	37	III Trimestre	27	Normal	Secundaria	Segundigesta	1	1	1	1	4	1	1	4	2	1	1	1	2	2	1	4	3	1	3	1	36	Normal	
41	Negativo	37	III Trimestre	27	Normal	Superior	Primigesta	4	4	4	1	3	4	3	4	1	4	1	1	3	3	4	4	4	1	2	2	57	A. mínima	
42	Negativo	29	III Trimestre	29	Normal	Secundaria	Segundigesta	4	3	4	4	4	4	2	2	3	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3	4	54	A. mínima	
43	Negativo	38	III Trimestre	25	Normal	Superior	Segundigesta	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	1	4	4	4	4	1	1	4	1	66	A. marcada		
44	Negativo	35	III Trimestre	30	Normal	Superior	Multigesta	4	4	2	4	4	1	3	2	3	3	1	2	1	4	4	4	3	1	3	4	54	A. mínima	
45	Negativo	37	III Trimestre	23	Normal	Superior	Primigesta	2	4	4	4	4	1	1	2	2	1	1	1	3	1	4	3	1	1	3	2	45	A. mínima	
46	Negativo	27	III Trimestre	24	Normal	Superior	Primigesta	1	1	1	2	1	1	1	2	2	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	29	Normal	
47	Negativo	36	III Trimestre	30	Normal	Superior	Primigesta	3	1	1	3	4	1	1	3	4	2	2	1	3	1	1	1	1	1	3	1	38	Normal	
48	Negativo	34	III Trimestre	23	Normal	Superior	Primigesta	4	1	1	4	3	1	1	4	3	2	1	1	1	1	4	4	1	4	3	1	45	A. mínima	
49	Negativo	26	II Trimestre	29	Normal	Secundaria	Multigesta	2	1	4	4	4	1	4	4	3	2	1	1	3	3	4	3	4	1	3	2	54	A. mínima	
50	Negativo	31	III Trimestre	33	Normal	Secundaria	Primigesta	3	1	4	3	4	3	3	4	3	2	1	1	3	2	4	4	3	1	4	4	57	A. mínima	

51	Negativo	32	III Trimestre	33	Normal	Superior	Segundigesta	1	1	1	4	1	4	4	4	1	4	1	1	3	3	3	1	1	4	2	1	45	A. mínima	
52	Negativo	26	II Trimestre	23	Normal	Superior	Primigesta	4	1	4	4	4	1	1	2	3	1	1	1	1	3	4	4	4	1	1	3	4	48	A. mínima
53	Negativo	24	II Trimestre	30	Normal	Superior	Segundigesta	1	1	4	4	4	1	1	4	3	1	2	1	3	4	1	4	1	1	4	4	49	A. mínima	
54	Negativo	38	III Trimestre	43	Añosa	Secundaria	Gran multigesta	4	2	4	4	4	2	4	4	4	2	3	1	3	4	4	4	1	3	4	2	63	A. marcada	
55	Negativo	37	III Trimestre	28	Normal	Superior	Primigesta	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	3	3	4	4	1	2	3	1	42	Normal	
56	Negativo	38	III Trimestre	20	Normal	Secundaria	Segundigesta	2	2	2	1	4	1	1	1	3	1	1	1	3	1	2	2	4	1	2	2	37	Normal	
57	Negativo	32	III Trimestre	31	Normal	Secundaria	Primigesta	4	2	4	2	3	2	2	2	3	1	2	1	2	4	4	4	4	4	4	2	56	A. mínima	
58	Negativo	40	III Trimestre	30	Normal	Secundaria	Multigesta	2	1	1	1	3	1	2	2	4	2	2	1	3	1	4	3	3	3	3	1	43	Normal	
59	Negativo	39	III Trimestre	33	Normal	Superior	Multigesta	4	2	4	4	4	2	4	4	3	2	2	1	3	1	4	4	4	2	4	2	60	A. marcada	
60	Negativo	41	III Trimestre	27	Normal	Primaria	Gran multigesta	2	3	1	2	3	1	1	2	3	2	1	1	3	3	4	4	3	1	3	1	44	Normal	

