

V2: Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021

por M. J. Pinchi - Pinchi / O. N. Pinchi - Pezo

Fecha de entrega: 13-ene-2023 08:54a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1992285000

Nombre del archivo: Olenka_Ninoska_Pinchi_Pezo_y_Madeline_Jossie_Pinchi_Pinchi.docx (819.74K)

Total de palabras: 14811

Total de caracteres: 79109



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



Obra publicada con autorización del autor

15

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTORAS:

Madeline Jossie Pinchi Pinchi

Olenka Ninoska Pinchi Pezo

ASESOR:

Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos

Tarapoto – Perú

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Características materno prenatales y ansiedad por ⁹COVID 19 en gestantes del
Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021

AUTORAS:

Madeline Jossie Pinchi Pinchi

Olenka Ninoska Pinchi Pezo

¹Sustentada y aprobada el 14 de diciembre de 2022, por los siguientes jurados:

.....
Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino

Presidente

.....
Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodriguez Obsta. Mg. Manuela Aurora Veja Celis

Secretario

Vocal

Constancia de Asesoramiento

El que suscribe **Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos**, por el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado: **Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021**, elaborado por los bachilleres en Obstetricia **Madeline Jossie Pinchi Pinchi** y **Olenka Ninoska Pinchi Pezo**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Para constancia, firmo en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 02 de julio del 2022



.....

Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos
Asesor

Declaratoria de Autenticidad



Madeline Jossie Pinchi Pinchi, con DNI N° 72322771 y **Olenka Ninoska Pinchi Pezo**, con DNI N° 73498225, egresados de la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de San Martín, autores de la tesis titulada: **Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 – marzo 2021.**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencia de las fuentes bibliográficas consultadas
3. Toda información que contiene la tesis no ha sido plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 27 de diciembre de 2022.



Madeline Jossie Pinchi Pinchi
DNI N°72322771



Olenka Ninoska Pinchi Pezo
DNI N°73498225

Dedicatoria

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres

Por su apoyo incondicional, por inculcarnos valores y principios éticos de la vida, por sus sacrificios que día a día mostraron para poder culminar satisfactoriamente nuestra carrera. El apoyo de nuestros padres fue clave importante para que tengamos las fuerzas necesarias de afrontar cada obstáculo que se presentaron durante nuestra vida universitaria

A nuestro Asesor

Por la paciencia para poder enseñarnos y guiarnos en este proceso tan largo para el desarrollo de nuestra tesis, de poder recibirnos y resolver cada duda que teníamos.

A nuestros docentes

A cada obstetra que nos enseñó cada experiencia de su vida, ya sea profesional o su misma vida personal, que nos motivaron a continuar con cada uno de nuestros objetivos. Cada una de ellas representó un motivo para nuestra vida.

Agradecimiento

A: Nuestros familiares ¹ que siempre nos mostraron su apoyo incondicional hacia nuestra persona, confiaron en nosotras.

¹ Nuestros amigos que pudimos hacer durante nuestra vida universitaria y durante el internado, que nos marcó una etapa de mucho aprendizaje para cada una de nosotras.

Los médicos, obstetras quienes nos apoyaron durante el internado, que con su constante enseñanzas pudimos desenvolvemos durante el año de internado, como también en la vida misma.

Al Obsta. Mg. Ángel Delgado Ríos ¹ por su apoyo constante de poder hacer realidad este trabajo.

La vida misma, por marcar etapas en nuestra vida que, por ellos, tuvimos las agallas de sobresalir a cualquier obstáculo, durante el proceso de aprendizaje.

Las autoras

Índice de contenido

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de Contenido	viii
Índice de tablas	ix
Resumen	ix
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCION	1
1.1 Marco conceptual	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Bases teóricas	9
1.4 Justificación	26
1.5 Problema	27
II. OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo general	28
2.2 Objetivos específicos	28
2.3 Hipótesis de investigación	28
2.4 Sistema de variables	29
III. MATERIAL Y METODOS	31
IV. RESULTADOS	37
V. DISCUSION	42
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	45
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	10 Error! Bookmark not defined.
IX. ANEXOS	Error! Bookmark not defined.

Índice de tablas

Tabla 1: Escala de niveles de la variable ansiedad por COVID-19 según dimensiones	Error! Bookmark not defined.
Tabla 2: Filiación y antecedentes	Error! Bookmark not defined.
Tabla 3: Datos basales del embarazo.....	Error! Bookmark not defined.
Tabla 4 Datos Basales del embarazo actual violencia, examen físico y laboratorio	Error! Bookmark not defined.
Tabla 5: Niveles de ansiedad	Error! Bookmark not defined.
Tabla 6: Tabla cruzada de número de abortos y ansiedad por covid 19.....	Error! Bookmark not defined.
Tabla 7: Tabla cruzada de antecedentes personales y ansiedad por covid 19	Error! Bookmark not defined.

Resumen

Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las características materno prenatales y el nivel de ansiedad por COVID 19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional y básica. Estuvo constituida de una muestra de 50 gestantes con Covid-19, instrumento utilizado fue un cuestionario. A través de las 50 encuestas aplicadas, se concluye A través de las 50 encuestas aplicadas, se concluye, que el 32% (16) hay más prevalencia de gestantes adolescentes, 56% (28) de gestantes alcanzaron estudios secundarios; en el 76% (38) de gestantes mantienen convivencia; la residencia en zona rural es de 54% (27). el 54% (27) son multigestas, el 48% (24) manifiesta haber tenido partos a término e hijos vivos, el 20% (10) de ellas no tienen PIG adecuado y, al comentar de cómo terminaron las gestaciones se han clasificado en aborto 12% (6). En los datos basales; en la sub dimensión de vacuna antitetánica el 50% (25) no tienen ninguna dosis de su vacuna antitetánica, en la sub dimensión de grupo y factor Rh el 84% (42) gestantes fueron del grupo sanguíneo O y todas del factor Rh Positivo, el 4% (2) fueron hospitalizadas durante su embarazo y ninguna gestante tuvo algún ingreso por emergencia; según la sub dimensión de violencia al 74% (37) que les realizaron su ficha de tamizaje de violencia el 6% (3) si sufrieron algún tipo de violencia y por último en la sub dimensión de exámenes de laboratorio el 90% (45) tienen una hemoglobina adecuada, el 98% (49) tienen una glucosa adecuada en sangre, en la dimensión social en las gestantes prevalece la ansiedad de nivel moderado con 82% (41); en la ansiedad psíquica prevalece la ansiedad de nivel moderado con un 86% (43), en agorafobia encontramos mayor incidencia en el nivel moderado con un 54% (27) y en la ansiedad con síntomas físicos hay mayor incidencia en el nivel leve con un 66% (33) de los casos. Prevaleciendo el nivel moderado de ansiedad de 3 de los 4 niveles de dimensión estudiada; teniendo en cuenta la asociación Chi-cuadrado de Pearson, las sub dimensiones de mayor relación entre las características maternas prenatales y la ansiedad por covid-19 en las gestantes son: abortos con valor de $P(0,015)$ y antecedentes familiares $P(0,003)$.

Palabras clave: Abortos, tipo de abortos, antecedentes familiares, ansiedad, Covid-19

Abstract

TITULO

Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021

I. INTRODUCCION

1.1 Marco conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 informó que el mundo enfrentaba una pandemia de COVID-19, seguida de un aumento gradual en la cantidad de infecciones y muertes causadas por la infección (1).

A medida que el número de casos causados por el virus aumentó rápidamente, el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud, declaró al Covid-19 como una pandemia mundial. Desde entonces, a partir de nuevas medidas de salud nos hemos visto sujetos a confinarnos en nuestros hogares, evitar la interacción social, por ende, nuestro estilo de vida.

Pandemias como la del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) han sido reportadas como situaciones estresantes que amenazan la salud física y mental (3).

El embarazo es una etapa de grandes cambios en la vida de una mujer. La enfermedad de Covid-19, está asociada a diversos riesgos maternos y perinatales, creando un gran desafío para la práctica de la obstetricia y la ginecología. Sin embargo, sigue habiendo poca consideración de los riesgos para la salud mental de las mujeres que plantean las condiciones de salud social causadas por COVID-19 y su impacto en el desarrollo fetal (4).

Por otro lado, se sabe que las mujeres embarazadas experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos que pueden hacerlas más susceptibles a infecciones respiratorias virales, incluido el Covid-19. Diferentes estudios demuestran que las mujeres embarazadas que presentan diversas infecciones respiratorias virales presentan un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación y resultados perinatales adversos en balance con mujeres no gestantes, debido a los cambios en la respuesta inmunitaria. Es bien sabido que las mujeres embarazadas son más vulnerables a una morbilidad, enfermedad grave o muerte en referencia a la población general, como se observa en otras

infecciones relacionadas con el coronavirus, incluso el SARS-CoV, el síndrome de Medio Oriente (MERS-CoV) y demás infecciones virales respiratorias como la influenza (5).

Las principales complicaciones perinatales se relacionaron con el parto pretérmino, representando el 25 %, muchas veces por decisión del obstetra de interrumpir precozmente el embarazo, con una mayor tasa de parto pretérmino tardío. Sin embargo, una alta tasa de ruptura prematura de membranas (9%) también se asocia con parto prematuro. No hubo evidencia de aumento de la mortalidad intrauterina o posnatal asociada con COVID-19. Curiosamente, en dos informes de casos múltiples, el primero con 83 mujeres embarazadas y el segundo con 108 mujeres embarazadas, los resultados maternos y perinatales son muy similares, similares a la serie de 118 casos (6).

Desde la perspectiva de la salud mental, una gran epidemia crea alteraciones psicosociales que pueden exceder la capacidad de la población afectada para hacerle frente. Incluso se puede argumentar que todos los ciudadanos están más o menos expuestos al estrés y al sufrimiento. Por lo tanto, se estima que la incidencia de trastornos mentales aumentará (dependiendo de la gravedad y vulnerabilidad del evento, entre un tercio y la mitad de la población expuesta puede desarrollar algún tipo de psicopatología). Cabe señalar que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan pueden clasificarse como trastornos, y la mayoría son reacciones normales ante situaciones anormales (7).

En medio de la pandemia de COVID-19, el bienestar psicológico de las mujeres en el período perinatal (embarazadas y recién dadas a luz) está en juego, pero a menudo se pasa por alto. El embarazo y el parto son períodos desafiantes durante los cuales las mujeres experimentan inmensos cambios fisiológicos y emocionales, dejándolas vulnerables a los trastornos psicológicos. Por lo general, entre el 10 % y el 15 % de las mujeres sufren depresión prenatal o ansiedad durante el embarazo, mientras que solo entre el 3 % y el 5 % de la población general sufre ansiedad o síntomas depresivos. Sin embargo, la situación precaria de una pandemia ha aumentado aún más la ansiedad entre las mujeres embarazadas debido a la inseguridad, una mayor susceptibilidad percibida a la

enfermedad y la gravedad de sus implicaciones en el trabajo de parto y el recién nacido (8).

Un estudio reciente observó que un tercio de las mujeres embarazadas y puérperas estaban deprimidas durante la primera ola de la enfermedad, al igual que las mujeres embarazadas que informaron niveles más altos de depresión después de la declaración de la pandemia de Covid-19 (29,6 % frente a 26. %). Siguiendo estas indicaciones, las mujeres embarazadas y puérperas tienen más miedo al contagio y al contagio del Covid-19 (9).

Cuando se trata de ansiedad, es común en las tres etapas del embarazo. Las manifestaciones difieren en trastornos de ansiedad en 5%, ansiedad generalizada en 3%, trastornos obsesivo-compulsivos en 6%, fobias sociales y de otro tipo en 13% y estrés postraumático en 10%. En cuanto a las causas de la ansiedad en las gestantes, la inestabilidad conyugal, frecuente en el tercer trimestre, indica un riesgo 8,5 veces mayor de ansiedad en la madre. Además, la presencia de esta patología está relacionada con el embarazo es o no deseado, y el rechazo del embarazo hace que la madre se sienta incómoda y niegue los cambios fisiológicos provocados por el desarrollo del embrión, tomándose más sensible a las situaciones cotidianas. Además, las diferentes situaciones en las que se encuentran las madres pueden causarles miedo a medida que experimentan cosas nuevas. Las mujeres embarazadas que están encamadas con ruptura prematura de membranas expresarán ansiedad, miedo, estrés y ansiedad debido a su situación actual. Cabe señalar que la ansiedad puede afectar el nacimiento de la madre y el desarrollo del feto. Existe un mayor riesgo de preeclampsia y fetos de bajo peso al nacer. En cuanto al desarrollo fetal, existe un alto riesgo de déficit de atención e inmadurez motora; los trastornos de conducta, la hiperactividad y los trastornos de ansiedad ocurren principalmente en la infancia (10).

1.2 Antecedentes

Urgellés, Segura y Álvarez et al. (2020), en su estudio “Caracterización clínico epidemiológica de las gestantes sospechosas y positivas a la COVID-19”, en el Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto de La Habana-Cuba. El tipo de estudio fue descriptivo, observacional, de corte transversal. La muestra fue constituida 56 pacientes en los cuales se crearon dos grupos de estudio, el Grupo I con las pacientes sospechosas de la enfermedad, y el Grupo II con las pacientes positivas a

la covid-19. Dentro de sus principales resultados se encontraron que las pacientes sospechosas, tenían una media de edad de 25 años, 51,0 % cursaba el tercer trimestre del embarazo, el 87,7% presentaba síntomas al ingreso, el 40,8 % no tenían comorbilidad, y en el 75,5 % no se determinó la fuente de posible contagio. Las pacientes positivas, tuvieron una media de edad de 27 años, 66,6 % estaba en el primer trimestre de la gestación, el 83,3 % asintomáticas y no presentaron comorbilidad. El 50 % fueron contacto de casos positivos, llegando a la conclusión que existen diferencias clínicas y epidemiológicas, entre las pacientes sospechosas y positivas a la COVID-19 (12).

Sanín, Velásquez y Mesa et al. (2020), ejecutaron un trabajo de investigación titulado “Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en embarazo, parto y lactancia”, en Medellín Colombia. En la metodología se realizó una revisión de artículos publicados sobre enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19 y embarazo y su implicación en cuanto a transmisión intrauterina, resultados maternos, perinatales y lactancia. Se realizó la búsqueda de artículos en inglés y español publicados en PubMed, Scopus y Embase utilizando términos MeSH: COVID-19 diagnostic testing, pregnancy, infectious Disease Transmission, Vertical, Coronavirus, severe acute respiratory syndrome coronavirus; y los términos DECS: Infecciones por coronavirus, Embarazo, Transmisión vertical de Enfermedad infecciosa, publicados hasta abril 4 de 2020. Los 25 artículos relevantes fueron recopilados, resumidos y redactados en un esquema de preguntas y respuestas. Dentro de los principales hallazgos se tiene que actualmente, no hay evidencia que sugiera que las pacientes embarazadas tengan más riesgo de adquirir infección por SARS-CoV2/COVID-19 o que el embarazo por sí mismo, sin otras comorbilidades o condiciones concomitantes, represente un factor de riesgo significativo para desarrollar neumonía grave o compromiso severo materno en enfermedad por coronavirus COVID-19. Las manifestaciones clínicas en la gestante suelen ser similares a las de la población general e incluyen: fiebre (83-100 %), tos (59-82 %), mialgias (11-35 %), cefalea (7-8 %) y diarrea (2-10 %). En cuanto a potenciales complicaciones del embarazo se plantea cierto riesgo incrementado de ruptura prematura de membranas, parto prematuro, taquicardia, estado fetal no tranquilizador y oligohidramnios, cuando la infección ocurre en el tercer trimestre del embarazo. Las embarazadas con sospecha de infección por

SARS-CoV2/COVID-19, con infección confirmada pero asintomática o en período de recuperación de una enfermedad leve, deben ser monitoreadas con ecografía obstétrica cada dos a cuatro semanas para evaluar el crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico (13).

Ayed, Embaireeg y Benawadh et al. (2020), en un estudio titulado “Características maternas y perinatales y resultados de embarazos complicados con COVID-19 en Kuwait”. En este estudio retrospectivo de base nacional, analizamos los registros médicos de todas las mujeres embarazadas infectadas con el SARS-CoV-2 y sus recién nacidos que ingresaron en el New-Jahra Hospital (NJH), Kuwait, en el cual participaron 185 mujeres, y se encontraron que se inscribieron 185 mujeres embarazadas infectadas con SARS-CoV-2 con una mediana de edad de 31 años (rango intercuartílico, IQR: 27.5–34), y la mediana de edad gestacional al momento del diagnóstico de la infección por SARS-CoV2 fue de 29 semanas (IQR: 18–34).a la mayoría (88 %) de estas mujeres tenían síntomas leves, siendo la fiebre (58 %) el síntoma de presentación más frecuente seguido de tos (50,6 %). Al momento del análisis, de las 185, 3 (1,6%) de las gestantes tuvieron un aborto espontáneo, 1 (0,54%) tuvo DIU no relacionado con el COVID-19, 16 (8,6%) tenían embarazos en curso y 165 (89%) tuvieron un nacido vivo. Solo 2 (1,1%) de estas mujeres desarrollaron neumonía grave y requirieron cuidados intensivos. Un total de 167 recién nacidos con dos pares de gemelos nacieron con una mediana de edad gestacional al nacer de 38 (IQR: 36-39) semanas. La mayoría de los recién nacidos estaban asintomáticos, y solo 2 de ellos dieron positivo el día 5 mediante una prueba de hisopado nasofaríngeo (14).

Budhram, Vannevel y Botha et al. (2020), realizaron un estudio titulado “Características maternas y resultados del embarazo de mujeres embarazadas hospitalizadas con infección por SARS-CoV-2 en Sudáfrica: un estudio de cohorte basado en la Red Internacional de Sistemas de Encuestas Obstétricas”. Fue un estudio de cohorte basado en la población utilizando un protocolo modificado del Sistema Internacional de Vigilancia Obstétrica. Se analizaron datos de gestantes con infección por SARS-CoV-2, hospitalizadas entre el 14 de abril de 2020 y el 24 de noviembre de 2020. La población estuvo conformada por 673 mujeres. Como resultados se obtuvieron que hubo 39 muertes con una tasa de letalidad de 6,3%: 32

(14,7%) muertes ocurrieron en mujeres ingresadas por enfermedad de COVID-19 en comparación con 7 (1,8%) en mujeres ingresadas por otras indicaciones. De las mujeres, 106 (15,9%) requirieron cuidados intensivos. La tuberculosis materna, pero no la coinfección por VIH u otras comorbilidades, se asoció con el ingreso por enfermedad de COVID-19. Las tasas de parto por cesárea no difirieron significativamente entre las mujeres admitidas por COVID-19 y las admitidas por otras indicaciones. Hubo 179 (35,4%) partos prematuros, 25 (4,7%) mortinatos, 12 (2,3%) muertes neonatales y 162 (30,8%) admisiones neonatales. Los resultados neonatales no difirieron significativamente de los de las mujeres infectadas ingresadas por otras indicaciones (15).

López, Pantoja y Mella et al. (2020), en un estudio titulado “Revisión de los riesgos maternos y perinatales en tiempos de COVID-19. Desafíos para el rol de la Matronería” en la ciudad de Santiago de Chile. El tipo de estudio estuvo basada en una revisión narrativa. Se consultaron artículos científicos de fuentes primarias indexados en las bases Scielo, Pubmed, Scope, WOS, mediante los siguientes términos de búsqueda: “embarazo” “transmisión vertical” “salud materna y perinatal”, “riesgos maternos y perinatales” “lactancia materna”, COVID-19”, “Coronavirus”. Hubo 3 etapas. Los temas analizados fueron: transmisión vertical, riesgos maternos y perinatales, lactancia materna. Los resultados muestran que las mujeres embarazadas pueden desarrollar COVID-19 grave en el caso de una enfermedad crónica. En el período perinatal, el mayor riesgo es el parto prematuro, generalmente cuando hay indicaciones médicas y parto por cesárea. El riesgo neonatal está asociado con la transmisión por proximidad y restricciones que pueden afectar la lactancia y las interacciones madre-hijo (16).

Awad, Simó y Molina et al. (2020), en su estudio “Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España”, en el país de España, fue un estudio cuantitativo, observacional, correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 695 mujeres gestantes confinadas, reclutadas a través de muestreo no probabilístico por conveniencia y de bola de nieve. Al final del estudio, los resultados indicaron que se observaron altos niveles de ansiedad durante la primera ola de la pandemia ($M = 25,20/DS = 11,07$). Los factores de riesgo para el estrés y la ansiedad prenatales fueron el nivel de ansiedad

relacionado con COVID-19 y el historial de salud mental. Un factor de riesgo específico para la ansiedad fue tener más de un hijo, mientras que un factor protector fue el acceso y disponibilidad de los servicios de salud (17).

Kahyaoglu y Kucukkaya (2020), en un estudio titulado “Ansiedad, depresión y factores relacionados en mujeres embarazadas durante la pandemia de COVID-19 en Turquía: un estudio transversal basado en la web” en el país de Turquía. Se realizó un estudio transversal en 403 mujeres embarazadas mediante una encuesta basada en la web. Para medir la ansiedad y la depresión se utilizó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. En el que encontraron que la prevalencia de ansiedad y depresión fue de 64,5% y 56,3%, respectivamente. El estado laboral, el estado de actividad física, la incomodidad con las visitas al hospital, tener información sobre COVID-19 y ser informado por los trabajadores de la salud sobre COVID-19 fueron factores relacionados con la ansiedad ($p < .05$). El nivel educativo, el estado de actividad física, la incomodidad con las visitas al hospital y tener información sobre COVID-19 fueron factores relacionados con la depresión ($p < .05$) (18).

Vara y Rimari (2020), realizaron un estudio titulado “Evaluación de la ansiedad en gestantes en tiempos del covid-19, en un hospital del callao” en el país de Perú. El enfoque de este estudio es el cuantitativo y su diseño transversal descriptivo. La población incluyó a 350 mujeres embarazadas tratadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Callao. Los resultados muestran que el más joven de los participantes tiene 14 años, el mayor tiene 42 años, la edad promedio es de 30,95 años. En cuanto al nivel de ansiedad, la ansiedad moderada representó el 76,3% ($n=267$), seguida de la ansiedad leve el 14,3% ($n=50$) y la ansiedad alta el 9,4% ($n=33$). En cuanto a la ansiedad estado, fue moderada con 78,6% ($n = 275$), seguida de leve con 16,9% ($n = 59$) y alta con 4,6% ($n = 16$). Para la ansiedad rasgo, un nivel moderado representó el 66 % ($n = 231$), seguido de un nivel alto en un 20 % ($n = 70$) y un nivel leve en un 14 % ($n = 49$) (19).

Chilipio y Campos (2020), en un estudio titulado “Manifestaciones clínicas y resultados materno-perinatales del covid-19 asociado al embarazo: una revisión sistemática” en Perú. Se revisaron publicado del 1 de enero al 15 de mayo de 2020;

y probado en mujeres embarazadas con COVID-19 confirmado (reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa [RT-PCR]). Resultados principales: Las mujeres del estudio tenían entre 20 y 42 años. Se presenta principalmente en el tercer trimestre del embarazo, seguido del segundo trimestre. En menor medida, quedaron embarazadas en el primer trimestre, y solo un estudio reportó reingreso durante la esperada licencia de maternidad por síntomas de Covid-19. La cesárea es el principal método de interrupción del embarazo, con una frecuencia que oscila entre el 40% y el 100%. Asimismo, la neumonía por COVID-19 fue indicada como indicación de cesárea en tres series y un reporte de caso. Cinco estudios informaron frecuencia cardíaca fetal anormal como indicación de cesárea y tres estudios informaron sufrimiento fetal agudo. Otras indicaciones comunes para cesárea fueron preeclampsia, cesárea previa, disfunción laboral e hipertransaminamia; otras indicaciones como incapacidad para inducir el parto, embarazo gemelar, edad materna avanzada y antecedentes de muerte fetal también se mencionaron con menor frecuencia. Las tasas más altas notificadas de bajo peso al nacer (BPN), parto prematuro y sufrimiento fetal agudo (SAF) fueron del 77,7 %, 66,6 % y 15,9 %, respectivamente. La muerte fetal se informó en solo un estudio, y el 44,4 % eran todos de madres gravemente afectadas por COVID-19. Solo un estudio informó asfixia en el 2% de los recién nacidos y dos estudios informaron 1 Apgar bajo de 1 minuto, ambos con enfermedad grave. Según el estudio que incluyó la mayoría de los casos, la tasa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) osciló entre 16,6% y 34,0%. Asimismo, la mortalidad neonatal, salvo dos casuísticas muy reducidas, apenas alcanza el 2% de los nacimientos. Tres estudios confirmaron la transmisión vertical de COVID-19 con un caso y otra publicación informó un caso indeterminado (21).

⁵⁶ Ramos y Quispe (2021), realizaron un estudio titulado “Nivel de ansiedad en tiempo de COVID – 19 en gestantes del Centro de salud ascensión – Huancavelica 2021”, en Perú. Como resultados obtenidos encontramos que “el 64.4% presentó ansiedad, 58.5% (158) mínima a moderada y el 5.9% (16) marcada a severa, el 35.19% (95) padecieron de COVID-19, de ellas el 81.25% tuvieron ansiedad marcada a severa y el 47.47% presentaron ansiedad mínima a moderada” (20).

Torres y Gárate (2021), realizaron un estudio titulado “Niveles de ansiedad en gestantes primigestas y multigestas durante el estado de emergencia sanitaria por infección del Virus SARS - COV2 Hospital II - 2 Tarapoto, septiembre 2020 - febrero 2021” en Perú. El tipo de estudio que se realizó es descriptivo comparativo de corte transversal con recolección prospectiva de datos, debido a que se realizó una única medición en el tiempo y solo son válidas por un tiempo determinado, mediante la escala de niveles de ansiedad de William Zung. La población estuvo constituida por 1334 gestantes (344 eran primigestas y 990 eran multigestas). El nivel de ansiedad que predomina más en las gestantes, tanto, primigestas y multigestas es el nivel moderado con el 53.25% en multigestas y 37.82% en primigestas, el segundo nivel más alto en ambos grupos es el de ansiedad severo con 29.41% en primigestas y 22.73% en multigestas. Se evidencia un nivel máximo de ansiedad de 27.73% en primigestas, mientras que en las multigestas solo se encontró un 2.59% (22).

1.3 Bases teóricas

1.3.1 Gestación

“Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Durante la gestación tiene lugar los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación, aproximadamente unos 9 meses” (23).

1.3.2 Características de la gestación

“Durante las primeras semanas de embarazo, la mujer puede sentir cansancio o somnolencia inusuales, aumento de la frecuencia al orinar, náuseas y vómitos; además, se interrumpe la menstruación. El embarazo se divide en tres trimestres que cubren los 9 meses. A medida que la gestación del feto avanza y este crece en tamaño y peso, el útero se posiciona sobre la pelvis y el abdomen de la madre crece notoriamente” (24).

5

- **Primer trimestre (0-12 semanas)**

Características en la mujer:

Suena raro, pero en la primera semana una mujer no está embarazada, porque recuerda, el embarazo se cuenta desde la última menstruación. En la 4ª semana, el cigoto (célula fecundada) se convierte en embrión, cuyas células se multiplican y adquieren funciones específicas. El período embrionario comienza en la quinta semana. (24).

Las mujeres pueden experimentar una mayor sensibilidad debido al engrosamiento de los lóbulos mamarios y el agrandamiento de los senos. La cintura es un poco más ancha, pero la sensación de embarazo no es evidente (24).

Características en el embrión/feto:

El embrión crece rápidamente y comienzan a formarse sus órganos más importantes: el cerebro, la médula espinal, el corazón, los riñones y los pulmones. A las 8 semanas tenía el tamaño de una naranja. En la semana 11 había alcanzado unos 9 cm de longitud y podía moverse libremente. Los órganos genitales aparecen en 11-14 semanas. Ocho semanas después de la fecundación, el embrión se convierte en feto (24)

- **Segundo trimestre (13-24 semanas)**

Características en la mujer:

Subes de peso muy rápido. Cuando cede la náusea, puede aparecer el apetito. Debido al peso del feto, la vejiga se comprime más, por lo que aumentan las ganas de orinar. Las hormonas aumentan, los pezones a menudo se oscurecen y pueden aparecer estrías (24).

Características en el feto:

Los riñones comienzan a funcionar y las neuronas se desarrollan en las áreas circundantes. En la semana 14, el feto puede tragar y comenzar a chuparse el dedo. Entre las semanas 15 y 18, aparece vello fino en la cabeza y se libera líquido del hígado y el páncreas. En el quinto mes, la placenta está completamente formada. En la semana 19, el feto mide unos 15 centímetros de largo y pesa de 300 a 400 g. La madre puede percibir los sutiles movimientos del feto (24).

- **Tercer trimestre (25-40 semanas)**

Características en la mujer:

Debido al tamaño del feto, la barriga alcanza un tamaño considerable. Los senos son más grandes de lo habitual, más oscuros y ligeramente caídos. La madre sufre de indigestión, pies hinchados, dificultad para respirar y trastornos del sueño (24).

Características en el feto:

Reacciona a los sonidos externos y aumenta la frecuencia e intensidad de los movimientos. A las 26 semanas medía 36 cm de largo y pesaba unos 850 g. Si bien siguió aumentando de peso, no fue tan alto como en el segundo trimestre. A las 35 semanas podía parpadear y sonreír. Entre las 38 y 40 semanas, los órganos están maduros, hay algo de espacio en el útero y puede nacer en cualquier momento. En humanos, los nacimientos múltiples (más de un bebé) no son tan comunes como en otros mamíferos, pero son posibles (25).

1.3.2 Control prenatal

La atención prenatal es una oportunidad para comunicarse directamente con las mujeres embarazadas y sus parejas, brindando información y orientación que promueva la construcción de conocimientos, la adopción y práctica de comportamientos saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas durante el parto. Embarazo, parto, maternidad y atención al recién nacido. En el control del embarazo es importante brindar información sobre los beneficios del parto institucional y brindar lineamientos que permitan la identificación temprana de las complicaciones del parto con el fin de reducir los riesgos para la salud y la vida de la gestante, puérpera y recién nacida. Por lo tanto, es preferible que la pareja o acompañante de la mujer embarazada esté presente durante las visitas prenatales. La información y orientación en el control del embarazo es una actividad de prevención facilitadora proporcionada por la comunicación interpersonal. Su objetivo es brindar información y orientación para crear una atmósfera de intercambio horizontal que les brinde a las mujeres embarazadas y sus parejas o parejas la confianza para continuar recibiendo atención prenatal y atención del parto en los establecimientos de salud. Los artículos ricos en información son aún más efectivos cuando van acompañados de ayudas de aprendizaje bien ilustradas y basadas en texto (26).

El número de controles prenatales recomendados por las diferentes instancias y organismos nacionales e internacionales varían, el MINSA recomienda 6

controles, la OMS 8 controles y American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 11 controles (27).

Con la atención prenatal, puede monitorear el crecimiento y la vitalidad de su bebé, el progreso de su embarazo y proporcionar contenido educativo para la salud del bebé, la familia y la comunidad para garantizar un embarazo y un desarrollo del bebé sin complicaciones y un parto saludable. Aunque el embarazo es un proceso natural, está lejos de ser perfecto y, en ocasiones, pueden presentarse complicaciones. Por lo tanto, otro de los objetivos de la atención prenatal es prevenir estas complicaciones, averiguar qué complicaciones pueden ocurrir durante el embarazo y detectarlas y tratarlas a tiempo. Toda la información relevante en los controles prenatales es registrada por el personal de salud en el carnet de control prenatal, este consta de aproximadamente 17 secciones, cada una con el propósito de recolectar información específica. En la parte superior izquierda, se registra el número de historia clínica de la gestante que se le asigna en el establecimiento de salud en el cual lleva sus controles, en la siguiente sección se registran los datos personales de gestante, tales como nombre y apellidos, DNI, datos de ubicación y contacto (dirección, número de celular, correo electrónico), la edad, estado civil, nivel de estudios alcanzados, ocupación, tipo de seguro, es decir, datos de identificación y contacto, así como información sociodemográfica. La siguiente sección registra los antecedentes obstétricos de la gestante, cantidad gestas, abortos, partos, datos del último parto (si lo tuviera), tipo de parto, nacidos vivos, nacidos muertos, recién nacido de mayor peso, lo cual brinda información importante respecto a los antecedentes de anteriores partos en la gestante. Sigue la sección de gestación anterior, donde se registra información del anterior periodo de gestación (a excepción de las gestantes embarazadas por primera vez). Ahí se registra la fecha, el tipo de terminación, en el caso haya ocurrido un aborto, se registra el tipo de aborto, información de la lactancia materna y lugar del parto. Enseguida se presenta la sección de antecedentes familiares, que es donde se consulta si la gestante cuenta con familiares directos que tengan antecedentes de algún tipo de enfermedad, como alergias, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades congénitas, entre otras. La siguiente sección tiene que ver con los antecedentes personales, donde se muestra una lista más amplia de enfermedades o complicaciones que pudiera

presentar la gestante y que es importante tener conocimiento en el establecimiento de salud. Igualmente existe una sección de vacunas previas, donde se toma conocimiento si la gestante cuenta con las vacunas necesarias y recomendables en el periodo de gestación (fiebre amarilla, rubeola, hepatitis B, papiloma). También se registra el peso y talla habitual de la gestante para tener un mayor control en cuanto a la evolución del embarazo y el cuidado de la madre, también existe una sección exclusivamente para el registro de la vacuna antitetánica, enseguida se registra el tipo de sangre de la gestante, y si es que la madre consume alguna droga o es fumadora. Asimismo, se registra la fecha del último periodo de menstruación, la edad gestacional según la ecografía con su respectiva fecha y la fecha probable de parto. En el caso que la gestante haya estado hospitalizada, se registra la fecha, el diagnóstico debidamente codificado (CIE 10), igualmente si la gestante fue atendida en el servicio de emergencia de algún establecimiento de salud, se registra la fecha y el diagnóstico. Existe también una sección de violencia de género, finalmente el registro de los exámenes físicos (clínico, mamas, cuello uterino, pelvis y odontológico) y el registro de los exámenes de laboratorio con una serie de pruebas necesarias durante el embarazo, donde se mide principalmente la hemoglobina y la glucosa de la gestante y la presencia que bacterias que podrían generar infección urinaria en la gestante (28).

1.3.3 Atención Prenatal Reenfocada.

Todos los establecimientos médicos brindarán atención prenatal reorientada, según la complejidad, que incluye: seguimiento, evaluación, prevención,¹⁴ diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que puedan afectar la morbilidad materna y perinatal para lograr la salud de los recién nacidos,¹⁴ sin poner en peligro la salud de la madre, teniendo en cuenta el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con un enfoque de género y transcultural. La primera visita prenatal debe durar al menos 40 minutos y las visitas posteriores deben durar al menos 25 minutos.¹³ La atención prenatal referida debe ser realizada por un profesional de la salud: un obstetra o un cirujano u obstetra, según la complejidad del centro médico (45).

- Educar a las mujeres embarazadas, sus familias y comunidades sobre el embarazo, el parto y la atención de la maternidad.
 - Capacitar en el reconocimiento de los signos de alarma del embarazo, parto y maternidad.
 - En todos los controles prenatales debe completarse una historia clínica perinatal de la madre. De acuerdo con el plan básico de la visita prenatal, ajuste el enfoque de la visita prenatal.
 - Valoración nutricional, orientación/recomendaciones y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
 - Si es necesario, preparar un plan de nacimiento apropiado para las diferentes culturas para la atención institucional del parto.
 - Detección y tratamiento oportuno de las complicaciones. Medición de proteinuria por tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
 - Fomentar y preparar la lactancia materna.
 - Un acompañante debe estar presente durante el cuidado, preferiblemente ambos cónyuges.
- ¹³ En el primer nivel de atención, el primer o segundo control prenatal debe ser realizado por un médico obstetra o cirujano, según el nivel de atención, para realizar un examen físico completo, evaluar resultados de laboratorio, identificar patología o complicaciones relacionadas e iniciar tratamiento si necesario. Un obstetra en atención secundaria y terciaria (45).

1.3.4 Ansiedad

El concepto de ansiedad hace referencia a una combinación de diversas manifestaciones físicas y psíquicas que no pueden atribuirse a un peligro real, sino que se manifiesta en forma de crisis o en un estado constante y difuso que provoca el pánico; sin embargo, otras características neuróticas como los síntomas obsesivo-compulsivos o histéricos no dominan la presentación clínica. Si bien la ansiedad se destaca por su proximidad al miedo, se diferencia del miedo en que el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante los estímulos presentes, mientras que la ansiedad se relaciona con el

futuro, la incertidumbre, se relaciona con las expectativas de lo predecible, en peligro (29).

1.3.5 Ansiedad y gestación

Es una respuesta adaptativa fisiológica caracterizada por Vigilancia constante. A lo largo del tiempo se ha intentado definir los trastornos de ansiedad como respuestas cognitivas y conductuales persistentes ante situaciones que se perciben como de riesgo, incluso pueden manifestarse como pensamientos sobre cosas que aún no han sucedido, pero pueden dar lugar a reacciones emocionales, todo lo cual puede ser observado en el proceso de adaptación en humanos, lo que aumenta la respuesta del sistema nervioso simpático y parasimpático. El embarazo se considera un momento crítico para la mujer porque los ajustes que requiere alteran su equilibrio emocional y la llevan a un estado emocional tenso, ansioso y/o temeroso, que ocurre en alrededor del 20% de los embarazos. En un estudio realizado por (Ana Gancedo-García, 2018) de 119 mujeres embarazadas, el 23,1% padecía ansiedad posparto. Una revisión sistemática de 57 estudios realizada por Lancaster et al (después de analizar 1361 artículos preseleccionados) identificó el estrés diario como un factor de riesgo bien documentado, que incluye situaciones de vida adversas, falta o debilidad de apoyo social en línea y violencia familiar. Debido a esto, la ansiedad durante el embarazo es una condición común pero infradiagnosticada debido a la presencia de síntomas típicos del embarazo. Como Woods et al. Un análisis de la Universidad de Washington encontró que el 78 por ciento de 1 522 mujeres embarazadas que fueron evaluadas reportaron cierto nivel de estrés y el 6 por ciento reportó mucho estrés. Si no se trata, puede poner en peligro la salud de la madre y el feto. La presencia de síntomas de ansiedad durante el embarazo afecta los mecanismos epigenéticos y los programas fetales que conducen a una desregulación persistente del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal, lo que tiene consecuencias para el feto ya que aumenta el riesgo de parto prematuro o bajo peso al nacer. diámetro de la cabeza La investigación sugiere que la ansiedad materna puede considerarse un mediador de cambios endocrinos y comportamientos de riesgo, como la falta de interés en las visitas prenatales y el crecimiento insuficiente del embarazo. En relación con los efectos de la ansiedad materna, los bebés tenían un desarrollo social y

emocional deteriorado a los 18 meses de edad. Por lo tanto, se puede concluir que la ansiedad materna es un factor de riesgo grave en la vida perinatal. (29).

1.3.6 Dimensiones de la ansiedad

“Se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real” (30).

Síntomas físicos

Consiste en síntomas como disnea, malestar torácico, inestabilidad, parestesias y escalofríos. En nuestro estudio, el dolor o la presión en el pecho tuvieron la mayor carga factorial entre los síntomas físicos. Una de las 4 dimensiones del 4DSQ son los síntomas físicos, de los cuales los síntomas más asociados a esta dimensión son los cardiovasculares. Además, entre los síntomas físicos de la Escala de Ansiedad de Hamilton, los síntomas cardiovasculares son los más importantes (31).

Fobia Social.

Esto incluye el miedo a hablar con otras personas, conocer gente nueva, ser visto haciendo algo, hacer un examen o ir a una entrevista de trabajo, quedar en ridículo y sentirse humillado o avergonzado. El ítem EAL-20 miedo a conocer gente nueva es el ítem más importante en la dimensión de fobia social correspondiente al ítem 12 de la Escala de Ansiedad Social de Liebovitz, que trata sobre "conocer extraños", y su carga factorial está en la dimensión no. El más alto de 1 se llama "interacción social". Además, el factor de ansiedad social EAL-20 corresponde al contenido de tres ítems de la escala corta de ansiedad social (mini-SPIN): “el miedo a la vergüenza me hace evitar hacer cosas o hablar con las personas”, “evito las actividades en donde soy el centro de atención” y “sentir vergüenza de parecer estúpido es uno de mis peores miedos”; y también con el del Social Phobia Screener (SOPHS) conformado por los siguientes 5 ítems: “¿Hasta qué punto te has sentido temeroso o

avergonzado de cualquier situación social durante el mes pasado?”, “¿El miedo o la vergüenza que experimentó durante el mes pasado fue excesivo o irrazonable?”, “Durante el mes pasado, ¿ha evitado alguna situación social debido a su miedo o vergüenza?”, “Durante el mes pasado, ¿cuánto ha sufrido a través de alguna situación social debido a su miedo o vergüenza?” y “Durante el mes pasado, ¿cuánto se ha interrumpido su trabajo, su hogar o su vida social debido a su miedo o vergüenza?” (31).

Ansiedad Psíquica

EAL-20 La angustia psicológica incluye síntomas como sentirse tenso, ansioso, temeroso, ansioso, agitado, mareado, confuso, asustado, asustado sin razón; sentirse intranquilo, tranquilo o en paz. El concepto de ansiedad psicológica es cercano al concepto de ansiedad y, además de las manifestaciones de la ansiedad (nerviosismo e inquietud), incluye algunos de los principales síntomas de la depresión (tristeza, desesperanza, bloqueo y falta de energía). Según un estudio de Wright et al. La angustia incluye síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ataques de pánico. El Cuestionario de síntomas de cuatro dimensiones (4DSQ) incluye una subescala de angustia para evaluar síntomas como tristeza, agitación, trastornos del sueño, poca energía, nerviosismo, irritabilidad, apatía, incapacidad para hacer frente y dificultad para pensar con claridad (31).

Agorafobia

Hay tres cosas involucradas: miedo a salir, entrar y salir de lugares concurridos y estar en las alturas. Según estudios psicométricos con el Inventario de Movimiento (mi), la agorafobia tiene 3 dimensiones: evitación de espacios públicos, evitación de espacios cerrados y evitación de espacios abiertos. El elemento eal-20 de miedo a las alturas corresponde a la dimensión de evitación mi. El ítem eal-20 sobre el miedo a salir de casa tiene un ítem similar mi, que se relaciona con evitar lugares abiertos y evitar espacios públicos. Finalmente, el ítem sobre lugares concurridos en eal-20 corresponde a la dimensión de evitar espacios públicos. Por otro lado, los ítems relacionados con lugares concurridos son similares a una evaluación visual guiada por computadora para el trastorno mental común de agorafobia; imágenes de multitudes acompañan

el texto de los temas mencionados, es: “¿tiene miedo de lugares donde hay mucha gente y de donde es difícil salir rápidamente?” (31).

1.3.7 El COVID 19 principales características

³⁶ El período medio de incubación es de 5,2 días (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 4,1–7,0). En la fase inicial, el tamaño del brote se duplicó cada 7,4 días y la tasa de reproducción basal se estimó en 2,2 (IC del 95 %: 1,4 a 3,9), lo que infirió evidencia de contagio. Mediados de diciembre de 2019. Se deben tomar medidas para prevenir o reducir la propagación de la infección entre las poblaciones de alto riesgo (32).

Tras analizar estos estudios, se ha iniciado una carrera mundial por identificar y descubrir la sustancia de este coronavirus, el COVID-19, para poder desarrollar una vacuna que pueda ayudar a frenar la pandemia, pero debido a su propagación entre diferentes grupos de población. La prevalencia es muy fuerte, el cambio en las condiciones materiales y mentales de vida ha obligado a la población mundial a adoptar estrategias como el aislamiento, el aislamiento y el distanciamiento social, paralizando diversas actividades productivas, comerciales y financieras en la mayoría de los países del mundo (33). Existe consenso en que la detección temprana de la enfermedad es fundamental para asegurar una atención oportuna y que el triaje de todos los casos sospechosos es la base del aislamiento, que actualmente es la medida preventiva y de control epidemiológico más adecuada. En algunos países, las predicciones incluso se hacen utilizando cuestionarios de selección y análisis de historial de viajes (histórico). El caso es que se sospeche cualquier síntoma de fiebre y/o enfermedad del tracto respiratorio inferior (tos, disnea y otros síntomas como mialgia, fatiga, flema, confusión, dolor de cabeza, dolor de garganta, secreción nasal, dolor, hemoptisis, diarrea y náuseas/vómitos, etc.) en los últimos 14 días, ya que el período de incubación varió de 2 a 10 días con una media aproximada de 5,2 días (34).

No es una excepción para las mujeres embarazadas, por su alta morbilidad y mortalidad en humanos, todo está enfocado a detener la progresión de su transmisión, y no existen tratamientos específicos disponibles. Todo se traslada a optimizar el programa para apoyar la enfermedad, aliviar los síntomas y

controlar la función de otros órganos. En otras palabras, COVID-19 es una enfermedad infecciosa altamente agresiva que requiere medidas de prevención y control, incluido el aislamiento obligatorio de los pacientes y la vigilancia de quienes han tenido contacto cercano con los pacientes (Comisión Nacional de Salud de la República Popular China, 2020a). Como resultado, en países como el nuestro, una parte importante de la población no puede generar recursos para satisfacer las necesidades básicas de alimentación y nutrición debido a la pérdida de empleo, y se trata de mujeres que quedaron embarazadas antes de que se declarara la pandemia, y las medidas tomadas para combatirlo en noviembre-diciembre de 2019 fueron las más afectadas por estar ubicadas en Wuhan, China (35).

De hecho, la OMS y otros organismos internacionales, a pesar de la alta tasa de mortalidad de la enfermedad (estimada en un 3-5%, lejos del 37% de mortalidad del MERS y del 10% del SARS), no recomiendan actividades comerciales, pero sí toman precauciones. en todos los casos, por ejemplo, evitando el contacto cercano con personas con infecciones respiratorias agudas; lávese las manos con frecuencia, especialmente después del contacto con personas enfermas o el medio ambiente; implementar un régimen de tratamiento de la tos adecuado; evitar el uso de productos animales crudos o poco cocidos; evitar el contacto cercano con animales de granja o animales salvajes, vivos o muertos (36).

Si bien todas las mujeres embarazadas necesitan mejorar el estado nutricional, algunas mujeres requieren un estado nutricional significativamente mejorado debido a la edad, el nivel educativo, el estado civil, el lugar de residencia y la ocupación y/o la paridad, el intervalo y los antecedentes obstétricos adversos. o Reducir su anemia para evitar el riesgo materno, fetal o perinatal durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto (37). Estos factores sociodemográficos y obstétricos se definen como “características generales de identificación según los cuales pueden ser utilizados como indicadores de valoración según los niveles en que estos se encuentran...” (38). Entre los factores sociodemográficos adoptados en este estudio, se consideraron la edad, el nivel educativo, el estado civil, el lugar de nacimiento, la ocupación, y entre los factores obstétricos de las gestantes, la paridad, el antecedente adverso del parto y el intervalo. El estado nutricional de las mujeres embarazadas se definió

como la evaluación de los niveles de micronutrientes como calcio, hierro, vitamina A o yodo para determinar los resultados de salud y/o prevenir complicaciones maternas y maternas durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio. Madre en lo que a su hijo se refiere (Black et al., 2013). El indicador más conocido y ampliamente utilizado es el índice de masa corporal (IMC), que proporciona una medida útil durante el embarazo. El IMC es "...un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²)" (39). La anemia en sí es una patología causada por la deficiencia de hierro (Fe), que afecta la formación de hemoglobina (Hb) en la sangre, y se puede considerar un estado anémico cuando el nivel de Hb es <11 g/dL. Esta carencia afecta directamente a la salud de la mujer embarazada, ya que debilita el sistema inmunológico y dificulta el paso del oxígeno a los tejidos. Las consecuencias pueden incluir un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y morbilidad y mortalidad materna e infantil (Ota et al., 2012). El mal estado nutricional y la anemia durante el embarazo son dos problemas socio-médicos con enormes costos sociales y económicos a nivel mundial, afectando el bienestar de madres e hijos y son prevenibles. El mal estado nutricional suele asociarse con concentraciones bajas de Hb14 durante el embarazo, lo que se asocia con altas demandas durante este período, ingesta insuficiente de micronutrientes, bajo contenido y/o biodisponibilidad de hierro y ácido fólico, y uso oportuno y adecuado de suplementos de hierro, deficiencia de hierro y anemia (40).

También hay evidencia de que los factores maternos no nutricionales, como los factores sociodemográficos y obstétricos, están asociados con el estado nutricional y la anemia (2019a). Por lo tanto, la edad es un factor de riesgo cuando el embarazo ocurre en mujeres embarazadas jóvenes (<19 años) o mayores (35 años o más). Primero, tu cuerpo aún no está completamente preparado para el embarazo, ya que aún está terminando su formación y desarrollo biofísico, especialmente los órganos del cuerpo (41). Durante la adolescencia, las mujeres experimentan profundos y complejos cambios físicos, anatómicos, psicológicos y sociales que finalmente conducen a la transformación de niños en adultos. El embarazo durante este período también

provoca diversas complicaciones durante el parto y en el posparto. Sin embargo, aún representan el 25% de los embarazos a nivel mundial, y estos embarazos son responsables de más del 50% de las patologías del embarazo en el período perinatal y posnatal (42). A partir de los 35 años, el riesgo de síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas es mayor, por lo que se recomienda realizar un cribado neonatal y realizar las pruebas necesarias para detectar estas anomalías y otros posibles problemas. Aunque este criterio no ha sido aceptado como un factor de riesgo característico o definitivo para las complicaciones del embarazo, el trabajo de parto y el parto, las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal (promedio mundial del 2,5 %) sugieren que debe investigarse. Existe la necesidad de identificar los posibles factores de riesgo que pueden influir en la incidencia de resultados adversos en el nacimiento y el recién nacido (43).

Por otra parte, el 90% de las gestantes adolescentes y/o adultas mayores son pobres y extremadamente pobres, y además de tener un bajo nivel educativo, la mayoría no logra completar la escuela secundaria, dejando a las gestantes expuestas constantemente a complicaciones durante el embarazo, el parto y entrega. Bajo peso al nacer, parto prematuro, etc. son los principales resultados de este tipo de embarazo (44).

La paridad también se considera un factor de riesgo asociado con el estado nutricional materno y la anemia, ya que se ha demostrado que la combinación de estos factores da como resultado la tasa más alta de partos prematuros con complicaciones de bajo peso al nacer y/o dilatación lenta (35).

1.3.8 Relación de la gestación y COVID-19

La información sobre COVID-19 durante el embarazo es muy limitada. Sin embargo, las mujeres embarazadas no parecen ser más susceptibles al virus que la población general. Sin embargo, es bien sabido que durante el embarazo, los cambios fisiológicos que predisponen a la gestante a síntomas respiratorios asociados a cambios en la inmunidad pueden ser factores que determinen el desarrollo de la infección por Covid-19. Las mujeres embarazadas suelen ser muy jóvenes. Y el sistema inmunológico debe adaptarse al aloinjerto, es decir, al embrión. Este período inmunológico durante el desarrollo fetal tiene una fase proinflamatoria y una fase antiinflamatoria. Estas citoquinas proinflamatorias

(INFgamma, IL1a, 1b, 6 y 12) y efectos antiinflamatorios (IL4-, 10, 13 y factores TGFβ) crean un entorno favorable para la adaptación materna a los antígenos fetales, los efectos antiinflamatorios pueden tener un papel protector, y Covid-19. Las enfermedades causadas por 19 pueden ser menos agresivas en esta población. Además, las mujeres embarazadas experimentan cambios fisiológicos y del sistema inmunitario que las hacen más susceptibles a las infecciones respiratorias virales, incluido el Covid-19. Por lo tanto, puede considerarse como un grupo más propenso a complicaciones médicas posteriores a la infección por SARS-CoV-2 (p. ej., proceso de neumonía) y complicaciones obstétricas (p. ej., parto prematuro) (46).

Efectos de la información sobre COVID-19

Hoy, gracias a la expansión y el fácil acceso al ciberespacio y las redes virtuales, las personas están cada vez más expuestas a una gran cantidad de información, a veces poco confiable, sobre crisis y epidemias de enfermedades. A medida que la información se vuelve más rápida y avanzada, puede convertirse en un nuevo desafío en las redes sociales. En consecuencia, la sociedad en su conjunto se verá cada vez más involucrada en las consecuencias directas de los problemas de salud mental, como la ansiedad por la salud y la ciberhipocondría, y además de las consecuencias directas, también habrá consecuencias indirectas de los problemas de salud mental. La pandemia de Covid-19 ha creado una espectacular proliferación de información, gran parte de ella sin evidencia científica, conocida como Infodemia, y el acceso a esta información a menudo está vinculado a servicios populares que están disponibles para nosotros, como la televisión, la radio y nuestro propio. Red Facebook, Twitter, WhatsApp, etc. Sin embargo, los pequeños filtros en la divulgación de información o la transmisión de información deliberadamente falsa se han convertido en un problema de salud (47).

En comparación con brotes virales anteriores, el COVID-19 parece ser una verdadera epidemia de información en las redes sociales. Sin embargo, el SARS y el MERS crearon pánico en todo el mundo, y el miedo al CoV-19 se exageró especialmente en las redes sociales. Esto hace que la desinformación se propague inusualmente rápido (la desinformación es información falsa o incorrecta 16, deliberadamente engañosa). En el contexto de la pandemia

actual, puede afectar dramáticamente todas las áreas de la vida, incluida la salud mental, ya que las búsquedas de la información más reciente sobre Covid-19 en Internet han aumentado del 50% al 70% de todas las generaciones, creando un entorno que aumenta la inseguridad y exagera la ansiedad y el racismo tanto en persona como en línea. El impacto de la pandemia de Covid-19 ha aumentado la desinformación. Inventar mensajes informativos sobre curas milagrosas que no están científicamente comprobadas, manipulación de gráficos que no dicen la verdad, teorías conspirativas sobre señales de Internet o mal uso de dispositivos médicos (como termómetros electrónicos que provocan la muerte de neuronas) o Contenido sacado de contexto que en última instancia contribuye a la salud pública. Esta sobrecarga de información se ve acentuada aún más por factores subjetivos, ya que se crea la impresión de que toda la información brindada es veraz, lo que crea incertidumbre sobre el estado de salud de la población, especialmente de las mujeres embarazadas, lo que también se asocia a la exposición constante a noticias sobre Riesgo y El miedo puede aumentar la sensación de victimización, incomodidad y vulnerabilidad personal, por lo que puede llevar a las personas a creer y confiar en lo que quieren creer, lo que puede cambiar su comportamiento y generar ansiedad. Por lo tanto, la información debe ser proporcionada por profesionales calificados que ayuden a distinguir lo conocido de lo desconocido, ayudando así a reducir la información falsa (48).

Definición de términos básicos

Miedo

“El miedo es una reacción psíquica que afecta nuestro organismo inhibiéndolo o provocando reacciones anómalas e inesperadas, que tiene por base la perturbación anímica, que desencadena la estética del miedo, sufrida por un sujeto; es la más antigua de todas las emociones humanas y se remonta a tiempos ancestrales” (49).

“Es la emoción choque de defensa ante un peligro inminente (real o putativo), normalmente externo, reconocido como tal por el individuo que lo padece” (50).

Estrés

“El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan” (51).

Depresión

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (52).

Resiliencia

“Es una adaptación positiva que supera las exposiciones de riesgo o la vulnerabilidad” (53).

“Es una capacidad o habilidad para afrontar exitosamente las adversidades” (54).

“Es el producto de una interrelación de factores que se activan como un proceso dinámico” (55).

12 Consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo

Cuando una drogadicta embarazada da a luz un feto violento o maltratado. Por lo tanto, el uso de medicamentos en mujeres embarazadas aumenta el riesgo para la madre y el feto. Las sustancias tóxicas como el alcohol y las drogas en mujeres embarazadas pueden afectar el crecimiento normal del feto. Las mujeres embarazadas generalmente usan no solo una sustancia tóxica, sino también una mezcla de sustancias como el tabaco y el alcohol. Este tipo de pacientes corren el riesgo de contraer infecciones como la hepatitis B, la hepatitis C, el virus de la inmunodeficiencia humana y tienen una atención prenatal inadecuada. La tasa más alta de consumo de drogas se encuentra entre las mujeres jóvenes que consumen drogas regularmente durante el embarazo (56).

Las consecuencias del uso de estas sustancias dependen del tiempo de uso, la dosis y el número de semanas de embarazo cuando el feto está en riesgo, por ejemplo: ¹² malformaciones congénitas, síndrome de abstinencia, ¹² infecciones de transmisión sexual, muerte fetal. En la mayoría de los casos, una adolescente embarazada no cuenta con el apoyo de sus padres o parejas, por lo que la adolescente busca refugio de las drogas, lo que resulta en un embarazo no deseado, descuidando así su salud y la salud del feto (57).

Violencia en el embarazo

“La consecuencia producida por violencia familiar varía de acuerdo a la edad gestacional, tipo y frecuencia de las violencias; por lo tanto, la violencia podría conllevar a problemas de la salud física, mental, conducta social y reproductiva; cuando el maltrato es iniciado antes de concebir es posible que sea un embarazo no deseado” (58).

Cuando los pacientes violentos buscan atención médica, es probable que presenten lesiones de diferente ubicación y gravedad, como sangrado vaginal, ²⁶ infección del tracto urinario e hipertensión inducida por el embarazo. Además, se sospechan ¹² infecciones de transmisión sexual, desnutrición y anemia. En tales casos, el abuso puede conducir a un parto prematuro, ruptura prematura de membranas y muerte fetal (58).

Periodo intergenésico

Según la ³⁸ OMS, se considera período intergenésico al período que va desde la fecha del último evento obstétrico hasta el inicio del siguiente embarazo (última menstruación (FUM))¹. El evento de nacimiento puede ser un aborto espontáneo o parto (vaginal o cesárea) (59).

³ Paridad

Es el número de partos de una mujer, sea por vía vaginal o cesárea. Nulípara es aquella ³ mujer que no ha parido nunca, primípara aquella mujer que ha parido o pare por primera vez y multípara es la mujer que ha parido de dos a más veces (varias veces) (60).

Mala histórica obstétrica

Se considera aquellas mujeres que han presentado “especialmente aborto a repetición, bajo peso de nacimiento previo o macrosomía, restricción de crecimiento intrauterino, parto prematuro, preeclampsia- eclampsia, muerte fetal o neonatal previa, anomalía congénita mayor, cirugía uterina previa” (60).

Anemia en gestantes

¹ La anemia se define “por la reducción de la concentración de la hemoglobina y/o el hematocrito. Las manifestaciones clínicas pueden ser inespecíficas. El diagnóstico precoz y el tratamiento son cruciales para evitar o paliar las consecuencias a largo plazo sobre los principales órganos y sistemas del organismo” (61).

“El cuerpo usa el hierro para producir hemoglobina, una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno a los tejidos. Durante el embarazo, es necesario duplicar la cantidad de hierro que necesitan las mujeres no embarazadas. Su cuerpo necesita este hierro para producir más sangre y proporcionar más oxígeno a su bebé” (62).

“Si no tiene suficientes reservas de hierro o no obtiene suficiente hierro durante el embarazo, puede desarrollar anemia por deficiencia de hierro. La anemia grave durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y depresión posparto” (62).

1.4 Justificación

El embarazo es un momento gratificante pero desafiante en la vida que requiere ¹¹ un ajuste físico, psicológico y social a un nuevo papel, ya que el estado emocional de la mujer varía de un embarazo a otro. Las mujeres embarazadas suelen experimentar ansiedad e incertidumbre durante una pandemia, lo que puede deberse a la falta de información o al miedo a la infección, y su salud emocional puede verse afectada. Para 2020, se estima ⁴⁸ que habrá más de 100 millones de mujeres embarazadas en todo el mundo que ⁴⁰ estarán poniendo en riesgo a sus bebés y su salud por el COVID-19 debido a su mayor vulnerabilidad a la infección por coronavirus (11).

Respecto a lo antes mencionado podemos decir que hay un buffet de información acerca de los cambios significativos en la mujer gestante en el aspecto psicológico pero desde el punto de vista fisiológico, sin embargo hay poca información recopilada sobre las

repercusiones que tiene la COVID 19 en la mujer gestante y su salud mental , sabiendo que esta etapa es de mayor vulnerabilidad para padecer psicopatología pero en mayor escala específicamente la ansiedad tal como lo menciona un estudio realizado en Turquía en el 2020, los cuales informaron niveles altos de ansiedad por rasgos. Concluyendo así que, las mujeres embarazadas mostraron altos niveles de ansiedad durante la pandemia por COVID-19 (11).

Sin embargo no es el único aspecto de la mujer gestante que se vuelve vulnerable en esta etapa sino que también se experimenta cambios físicos, lo cual a veces la pone en situaciones de vulnerabilidad ocasionando problemas maternos y fetales, que puede afectar el proceso de desarrollo del bebé y el bienestar de la gestante y más que todo en el contexto de la COVID19 (11).

Es por ello que valiéndose de lo antes mencionado podemos decir que este estudio es de suma importancia dentro del contexto de la actual pandemia, dado que hasta la fecha no existen muchos estudios sobre la repercusión que tiene la COVID 19 en las características materno prenatales y la ansiedad , y hasta la fecha no hay investigaciones sobre el mismo tema dentro de la Región San Martín, de ahí el interés en estudiar específicamente las Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

Dentro del estudio también se investigará la relación que existe entre las características maternas prenatales y la ansiedad, todo ello en el contexto del COVID 19 puesto que hay estudios que señalan que la ansiedad repercute negativamente en la gestante trasluciéndose en complicaciones maternas prenatales dado que existe una estrecha relación entre el binomio madre y niño, pero no hay estudios que señalen las estrecha relación de estas en el contexto COVID 19.

En base a lo mencionado anteriormente podremos seguir o iniciar otros estudios del caso para establecer programas de salud mental en colaboración con los especialistas en este rubro, además se podrá abrir otras investigaciones del caso en la región y el país respecto al tema antes mencionado para la toma de precauciones y la disminución de riesgos que puede tener la diada madre-niño no únicamente a nivel psicológico sino también a nivel físico

1.5 Problema

¿Cuál es la relación entre las características materno prenatales y el nivel de ansiedad por COVID 19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- ✓ Determinar la relación entre las características materno prenatales y el nivel de ansiedad por COVID 19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar la filiación y antecedentes según las sub dimensiones: sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gestación anterior, antecedentes familiares y personales en las gestantes.
- ✓ Identificar los datos basales del embarazo actual según las sub dimensiones: antitetánica, tipo de sangre, hábitos nocivos , hospitalización y emergencia en las gestantes.
- ✓ Identificar los datos basales del embarazo actual según las sub dimensiones: violencia/género, examen físico y exámenes de laboratorio en las gestantes.
- ✓ Determinar el nivel de ansiedad por covid-19 según las dimensiones: social, psíquica, agorafobia y síntomas en las gestantes.
- ✓ Determinar la sub dimensión de mayor relación entre las características maternas prenatales y la ansiedad por covid-19 en las gestantes.

2.3 Hipótesis de investigación

H1. Existe relación significativa entre las características materno prenatales y la ansiedad generada por COVID 19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

H2. No existe relación significativa entre las características materno prenatales y la ansiedad generada por COVID 19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

Hipótesis específicas

- ✓ La filiación y antecedentes según las sub dimensiones sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gestación anterior, antecedentes familiares y personales en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, en el periodo marzo 2020 - marzo 2021 son adecuados.
- ✓ Los datos basales del embarazo actual según las sub dimensiones peso y talla, antitetánica, tipo de sangre, hábitos nocivos, fecha de última menstruación, hospitalización y emergencia en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto en el periodo marzo 2020 - marzo 2021 son óptimos.
- ✓ Los datos basales del embarazo actual según las sub dimensiones violencia/género, examen físico y exámenes de laboratorio en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto en el periodo marzo 2020 - marzo 2021, son favorables.
- ✓ El nivel de ansiedad por covid-19 según las dimensiones social, psíquica, agorafobia y síntomas en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto en el periodo marzo 2020 - marzo 2021, es alto.
- ✓ Existe relación significativa entre las dimensiones de las características materno prenatales y la ansiedad por covid-19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto en el periodo marzo 2020 - marzo 2021.

2.4 Sistema de variables

Variable X

Características materno prenatales

Variable Y

Ansiedad por COVID

III. MATERIAL Y METODOS

Recursos

➤ **Recursos Humanos**

02 Tesistas

01 Asesor

➤ **Recursos materiales, equipos y servicios**

Materiales

- Mascarillas
- Guantes
- Protector facial
- Mameluco descartable
- Alcohol de 90 grados
- Hojas bond A4
- Lápiz
- Lapicero
- Borrador

Equipos

- Laptop
- Impresora Epson L130

Servicios

- Servicios de impresión
- Servicios de transporte
- Servicio de internet

Presupuesto

Nº	Descripción de Bienes	Código Clasificación de Gasto	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
SERVICIOS						
S1	Servicios de Impresión	2.3.2.7.1.1.6	fichas	200	0.5	100,00
S2	Servicio de transporte	2.3.2.1.1.1.	pasajes	30	5	150,00
S3	Servicio de internet	2.3.2.2.2.3	mes	5	120,0	600,00
S4	Servicios de asesor estadístico	2.3.2.6.4.1	pruebas	5	80	800,00
				SUB TOTAL		1650,00
BIENES						
B1	Mascarillas	2.3.1.8.2.1	unidad	10	5,00	50,00
B2	Mameluco descartable	2.3.1.2.1.2	unidad	8	20,00	160,00
B3	Hojas bond	2.3.1.2.1.2	millar	1	30,00	30,00
B4	Lápiz	2.3.1.5.1.2	unidad	2	1,00	2,00
B5	Lapicero	2.3.1.5.1.2	unidad	6	2,50	15,00
B7	Borrador	2.3.1.5.1.2	unidad	2	1,50	3,00
				SUB TOTAL		260,00
				TOTAL		1910,00

3.2 Tipo de Investigación

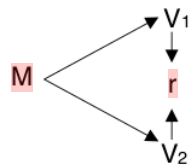
Está planteado con enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional y básica porque su finalidad es adquirir de forma sistemática y metódica nuevos conocimientos con el único fin de ampliar conocimientos sobre una determinada realidad.

3.3 Nivel de investigación

Descriptivo - Correlacional. Porque pretende medir el grado de asociación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto específico. En el caso de la presente investigación se pretende conocer el nivel de ansiedad a consecuencia de la pandemia por COVID 19 que se asocian a las características materno prenatales en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto.

3.4 Diseño de investigación

Diseño no experimental. En la presente investigación se tomarán los datos a las unidades de análisis (gestantes) sin aplicar ningún estímulo o fuente de variación, las variables no serán manipuladas intencionalmente y se utilizará el diseño correlacional cuyo gráfico es el siguiente:



Donde:

V1: Característica materno prenatales

V2: Ansiedad

M: Gestantes del Hospital II-2 Tarapoto

r: Relación entre las variables.

3.5 Población y muestra

Población

Está constituida por el total de 530 gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

Muestra

De acuerdo al tamaño de la población, se estimará el tamaño de muestra a través de un muestreo aleatorio simple.

6

Criterios de inclusión

- ✓ Gestantes de 15 a 49 años.
- ✓ Gestante **con** al menos seis controles a más en un establecimiento de salud.
- ✓ Gestantes con conocimiento del objetivo de la investigación y disponible a brindar información.

Criterios de exclusión

- ✓ Gestante con productos con malformación congénita.
- ✓ Gestante que se niegue a brindar información.
- ✓ Gestante menor de 15 años o mayor de 49 años.

Como se conoce se calcula la siguiente formula:

$$x = \frac{N \times Z \frac{2}{a} \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z \frac{2}{a} \times p \times q}$$

En donde:

N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Aplicando la fórmula de manera separada:

$$n = \frac{550 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.05^2(550 - 1) + 1.96 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{550 \times 3.8416 \times 0.05 \times 0.95}{0.0025(549) + 3.8416 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{100.3618}{1.3725 + 0.182476}$$

$$n = \frac{100.3618}{1.554976}$$

$$n = 51.68$$

$$n = 52$$

32

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos será la revisión documentaria y el instrumento de investigación una ficha de recolección de datos, donde se registrará información respecto a las características materno prenatales de las gestantes tomando como referencia la información contemplada en las normas técnicas administrativas para la atención integral de la salud materno perinatal, plasmados en el carnet prenatal con las siguientes dimensiones: filiación y antecedentes con los indicadores sociodemográficas, antecedentes obstétricos, familiares y personales, datos basales del embarazo actual con los indicadores: peso y talla, antitetánica, tipo de sangre, hábitos nocivos, fecha de última menstruación, hospitalización, emergencia, violencia/genero, examen físico y exámenes de laboratorio, mientras que para la medición del nivel de ansiedad se adaptó un instrumento validado por Lozano y Vega (2018) que nos permitan calcular de forma cuantitativa la variable.

Para medir la variable ansiedad se aplicará un instrumento que se encuentra diseñado con una escala de Likert con cinco niveles (de nunca a siempre), a los cuales se les asignará puntajes del 1 al 5. Dentro de cada dimensión de la variable se tomarán rangos para determinar el nivel de ansiedad en cada escala, así como del total de la variable, tal como se presente en la siguiente tabla.

Tabla 1 Escala de niveles de la variable ansiedad por COVID-19 según dimensiones

Dimensiones	Rangos	Niveles
Social	5 - 11	Leve
	12 - 18	Moderado
	19 - 25	Grave
Psíquica	9 - 20	Leve
	21 - 32	Moderado
	33 - 45	Grave
Agorafobia	5 - 11	Leve
	12 - 18	Moderado
	19 - 25	Grave
Síntomas físicos	6 - 13	Leve
	14 - 21	Moderado
	22 - 30	Grave
Total	25 - 58	Leve
	59 - 92	Moderado
	93 - 125	Grave

Para la medición de la variable de características materno prenatales se asignarán puntajes de cada indicador o ítems del instrumento de recolección de datos y se calcularán los rangos de acuerdo a la información disponible, en esta variable se usarán tres niveles: bueno, regular y malo.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados a través de los instrumentos mencionados, primeramente, serán ordenados, organizados y sistematizados en una matriz en hojas de cálculo de Microsoft Office Excel 2019 con el cual se elaborarán tablas y gráficos estadísticos de carácter descriptivo a través de frecuencias simple y porcentuales, luego serán procesados y analizados de manera automatizada utilizando Software IBM SPSS versión 25.0. a través de un análisis inferencial con pruebas de hipótesis estadísticas

IV. RESULTADOS

4.1 **Tabla 2: Filiación y antecedentes según las sub dimensiones: sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gestación anterior, antecedentes familiares y personales en las gestantes**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤19	16	32%
20-30	21	42%
31-40	12	24%
≥45	1	2%
G. INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	14	28%
SECUNDARIA	28	56%
SUPERIOR	3	6%
UNIVERSITARIO		
SUPERIOR	5	10%
NO UNIVERSITARIO		
E. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONVIVIENTE	38	76%
SOLTERA	8	16%
CASADA	4	8%
RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	23	46%
RURAL	27	54%
GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MULTIGESTA	47	94%
GRANMULTIGESTA	3	6%
PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULÍPARA	26	52%
MULTÍPARA	22	44%
GRAN MULTÍPARA	2	4%
ANT. FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	28%
NO	36	72%
ANT. PERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	20%
NO	40	80%
RUBEOLA y HEPATITIS B	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	33	66%
SI	17	34%
PAPILOMA VIRUS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	40	80%
SI	10	20%
FIEBRE AMARILLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	41	82%
SI	9	18%

1

Fuente: Encuesta realizada en el hospital II-2 Tarapoto

Interpretación

De los 50 casos encuestados el 32% son adolescentes menores de 19 años, el 42% son gestantes de 20-30 años, el 24% son gestantes de 31-40 años y el 2% son gestantes mayores de 45 años; grado de instrucción el 28% son de nivel primario, el 56% son de nivel secundario, el 6% son de nivel superior no universitario y el 10% son de superior no universitario; del estado civil 76% son convivientes, el 16% son solteras y el 8% son casadas; en residencia el 46% son de zonas urbanas y el 54% rural; en gestas encontramos el 94% multigestas y el 6% gran multigestas; en partos el 52% son nulíparas, el 44% múltiparas y el 4% gran múltipara; en antecedentes familiares el 28% si presenta y el 72% no presenta: en antecedentes personales el 20% si presenta y el 80% no presenta; en vacunas contra la rubeola y hepatitis B el 34 % si se vacunaron y el 66% no; contra el papiloma humano el 20% si se vacunaron y el 80% no; contra la fiebre amarilla el 18% si se vacunaron y el 82% no se vacunaron.

4.2 Tabla 3: Datos basales del embarazo actual según las sub dimensiones: antitetánica, tipo de sangre, hábitos nocivos, hospitalización y emergencia en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

DOSIS ANTITETÁNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	50%
NO	25	50%
GRUPO SANGUÍNEO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	4	8%
B	4	8%
O	42	84%
FACTOR RH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POSITIVO	50	100%
HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	4%
NO	48	96%

Fuente: Encuesta realizada en el hospital II-2 Tarapoto

Interpretación

De 50 casos encuestados el 50% tienen su dosis antitetánica, 8% son de grupo sanguíneo A, el 8% son de grupo B, y el 84% son de grupo O; el 100% del Factor Rh son Positivo; el 4% han sido hospitalizados y el 96% no han sido hospitalizadas

4.3 Tabla 4: Datos Basales del embarazo actual violencia, examen físico y laboratorio en las gestantes del hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020-marzo 2021.

FICHA TAMIZAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	37	74%
NO	13	26%
VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	6%
NO	34	68%
EXAMEN DE MAMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	47	94%
SIN EXAMEN	3	6%
EXAMEN DE CÉRVIX	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	43	86%
SIN EXAMEN	7	14%
EXAMEN ODONTOLÓGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	12	24%
SIN EXAMEN	38	76%
HEMOGLOBINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADA	45	90%
BAJA	5	10%
GLUCOSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADA	49	98%
SIN EXAMEN	1	2%

Fuente: Encuesta realizada en el hospital II-2 Tarapoto

Interpretación

De 50 casos encuestados, el 26% (13) no les realizaron su ficha de tamizaje de violencia, el 74% (37) si les realizaron su ficha de tamizaje de violencia de las cuales el 68% (34) NO sufrieron ningún tipo de violencia y el 6% (3) si sufrieron algún tipo de violencia; 100% (50) salieron normales su examen clínico, el 94% (47) salió normal su examen de mamas, el 6% (3) no se le realizo el examen de mamas, el 86% (43) salió normal su examen de cérvix, el 14% (7) no se realizó el examen de cérvix, el 78% salió normal en el examen de pelvis, el 24% salió normal su examen odontológico y el 76% no se realizó su examen odontológico; 90% (45) tienen una hemoglobina adecuada, el 10% (5) tienen una hemoglobina baja, el 98% (49) tienen una glucosa adecuada y el 2% (1) no se le realizó la prueba de glucosa en sangre.

4.4 Tabla 5: Niveles de ansiedad por covid-19 según las dimensiones: social, psíquica, agorafobia y síntomas en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

DIMENSIÓN 1:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOCIAL		
LEVE	4	8%
MODERADO	41	82%
GRAVE	5	10%
TOTAL	50	100%
DIMENSIÓN 2:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PSÍQUICA		
LEVE	4	8%
MODERADO	43	86%
GRAVE	3	6%
TOTAL	50	100%
DIMENSIÓN 3:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGORAFOBIA		
LEVE	5	10%
MODERADO	27	54%
GRAVE	18	36%
TOTAL	50	100%
DIMENSIÓN 4:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍNTOMAS FÍSICOS		
LEVE	33	66%
MODERADO	17	34%
GRAVE	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta realizada en el hospital II-2 Tarapoto

Interpretación

De 50 casos encuestados el 8% (4) tienen ansiedad social leve, el 82% (41) tienen ansiedad social moderada. El 10% (5) tienen ansiedad social grave. El 8% (4) tiene ansiedad psíquica leve, el 86% (43) tienen ansiedad psíquica moderada, el 6% (3) tiene ansiedad psíquica grave. El 10% (5) tienen agorafobia leve, el 54% (27) tienen agorafobia moderada, el 36% (18) tienen agorafobia grave. El 66% (33) tienen ansiedad con síntomas físicos leve, el 34% (17) tienen ansiedad con síntomas físicos moderada, el 0% no presentan ansiedad con síntomas físicos.

4.5 Tabla 6: Tabla cruzada de número de abortos y ansiedad por covid 19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

Tabla cruzada				
Recuento	ANSIEDAD			Total
		LEVE	MODERADO	
ABORTOS	0	3	37	40
	1	0	6	6
	2	0	4	4
	3	0	0	0
Total		3	47	50

Pruebas de chi-cuadrado

	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,015

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.
Fuente: Encuesta realizada en el hospital II-2 Tarapoto

Interpretación

De 50 casos encuestados, de 0 abortos 3 presentan ansiedad leve y 37 moderada, de 1 aborto 6 presentan ansiedad moderada, de 2 abortos: 4 presentan ansiedad moderada. En base al estadístico de asociación Chi-cuadrado de Pearson y al comparar con el grupo de control se evidenció que existe relación significativa entre abortos y ansiedad por covid-19. Todo ello debido a que el valor de P es 0.015, es decir $P < 0.05$.

Tabla 7: Tabla cruzada de antecedentes personales y ansiedad por covid 19 en las gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021.

Tabla cruzada				
Recuento		ANSIEDAD		Total
		LEVE	MODERADO	
ANT.	NINGUNO	2	34	36
FAMILIARES	SINDROME DE DOWN	0	1	1
	DIABETES	1	4	5
	HIPERTENSION ARTERIAL	0	4	4
	ALERGIAS	2	0	2
	ENFERMEDAD CONGENITA	0	1	1
	NEOPLASIA	0	1	1
Total		5	45	50

Pruebas de chi-cuadrado

	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,003

a. 13 casillas (92,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

¹
Fuente: Encuesta realizada en el hospital II-2 Tarapoto

Interpretación

De 50 gestantes encuestadas, 2 con ansiedad leve y 34 con ansiedad moderada; no tienen antecedentes familiares, 1 gestante con ansiedad moderada posee como antecedente familiar síndrome de down, 4 con ansiedad moderada y 1 con ansiedad leve tienen antecedentes familiares de diabetes, 4 gestantes que tienen ansiedad moderada presentan como antecedente familiar; hipertensión arterial, además, 1 con ansiedad leve presentan antecedentes de alergias y finalmente 1 gestante con ansiedad moderada también poseen antecedentes de enfermedad congénita y neoplasia (cada una respectivamente). En base al estadístico de asociación Chi-cuadrado de Pearson y al comparar con el grupo de control se evidenció que existe relación significativa entre antecedentes familiares y ansiedad por covid-19. Todo ello debido a que el valor de P es 0.003, es decir $P < 0.05$.

V. DISCUSION

5.1 En cuanto al objetivo específico I, sobre la filiación y antecedentes según las sub dimensiones: sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gestación anterior, antecedentes familiares y personales en las gestantes. de antecedentes según las sub dimensiones: antecedentes obstétricos, gestación anterior en las gestantes; el 94% son multigestas. Resultado que no mantiene relación con el estudio de Awad N, Simó S, Molina Y, “et al” (2020), titulado “Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España”, que menciona como un factor de riesgo específico para la ansiedad fue tener más de un hijo/a, ya que en nuestro estudio encontramos que el número de hijos no es determinante para la ansiedad por covid-19

5.2 En cuanto al objetivo específico II sobre los datos basales del embarazo actual según las sub dimensiones: antitetánica, tipo de sangre, hábitos nocivos, hospitalización y emergencia en las gestantes se encontró que de los datos basales el 4% (2) fueron hospitalizadas durante su embarazo y ninguna gestante tuvo algún ingreso por emergencia porque le podemos inferir o decir que no mantienen relación con el estudio de Budhram S, Vannevel V, Botha T, “et al”, (2020), titulado “Características maternas y resultados del embarazo de mujeres embarazadas hospitalizadas con infección por SARS-CoV-2 en Sudáfrica: un estudio de cohorte basado en la Red Internacional de Sistemas de Encuestas Obstétricas”. Se analizaron

datos de gestantes con infección por SARS-CoV-2, hospitalizadas entre el 14 de abril de 2020 y el 24 de noviembre de 2020. La población estuvo conformada por 673 mujeres. Como resultados se obtuvieron que hubo 39 muertes con una tasa de letalidad de 6,3%: 32 (14,7%) muertes ocurrieron en mujeres ingresadas por enfermedad de COVID-19 en comparación con 7 (1,8%) en mujeres ingresadas por otras indicaciones.

5.3 En cuanto al objetivo específico III sobre los datos basales del embarazo actual según las sub dimensiones: violencia/género, examen físico y exámenes de laboratorio en las gestantes de acuerdo a los resultados según la sub dimensión de violencia al 74% (37) que les realizaron su ficha de tamizaje de violencia el 6% (3) si sufrieron algún tipo de violencia no tienen relación con el estudio de Osma-Zambrano S, Lozano-Osma M, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. (2019) titulado *Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia)*. Resultados: Se estudiaron 244 gestantes, con un promedio de 24.8 años. la ansiedad se asoció a presencia de depresión, razón de prevalencia: 13.3, IC 95% (6.3-28.1); presencia de violencia psicológica, razón de prevalencia: 2.3, IC 95% (1.1-4.8) y tener confianza en la pareja, razón de prevalencia: 3.4, IC 95% (1.5-8.2).

5.4 En cuanto al objetivo específico IV sobre el nivel de ansiedad por covid-19 según las dimensiones: social, psíquica, agorafobia y síntomas en las gestantes, en la investigación se encontró en la dimensión social en las gestantes prevalece la ansiedad de nivel moderado con 82% (41); en la ansiedad psíquica prevalece la ansiedad de nivel moderado con un 86% (43), en agorafobia encontramos mayor incidencia en el nivel moderado con un 54% (27) y en la ansiedad con síntomas físicos hay mayor incidencia en el nivel leve con un 66% (33) de los casos, prevaleciendo el nivel moderado de ansiedad de 3 de los 4 niveles de dimensión estudiada . Resultados que guardan relación con el estudio de Vara L, Rimari F, (2020), titulado “*Evaluación de la ansiedad en gestantes en tiempos del covid-19, en un hospital del callao*” en el país de Perú. Los resultados de este fueron, en relación al nivel de ansiedad, predomino el nivel moderado con 76,3% (n=267). En cuanto a la ansiedad de estado, predomino el nivel moderado con 78,6% (n=275). En relación a la ansiedad de rasgo, predomino el nivel moderado con 66% (n=231).

5.5 En cuanto al objetivo V sobre la mayor relación entre las características maternas prenatales y la ansiedad por covid-19 en las gestantes en la presente investigación se

encontró , las sub dimensiones de mayor relación entre las características maternas prenatales y la ansiedad por covid-19 en las gestantes son: abortos y antecedentes familiares ($P \leq 0.05$); guardan relación con el estudio realizado por Ayed A, Embaireeg A, Benawadh A, “et al” (2020), titulado “Características maternas y perinatales y resultados de embarazos complicados con COVID-19 en Kuwait” siendo uno de sus resultados de las 185, 3 (1,6%) de las gestantes tuvieron un aborto espontáneo.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1** Según la sub dimensión sociodemográfica el 32% (16) prevalece con gestantes adolescentes; 56% (28) de gestantes alcanzaron estudios secundarios; el 76% (38) de gestantes mantienen convivencia; la residencia en zona rural es de 54% (27), según la sub dimensión de antecedentes obstétricos el 54% (27) son multigestas, el 48% (24) manifiesta haber tenido partos a término e hijos vivos, el 20% (10) de ellas no tienen PIG adecuado y, al comentar de cómo terminaron las gestaciones se han clasificado en aborto 12% (6).
- 6.2** De acuerdo con los resultados encontrados de los datos basales; el 50% (25) no tienen ninguna dosis de vacuna antitetánica; el 84% (42) gestantes fueron del grupo sanguíneo O y todas del factor Rh+; el 4% (2) fueron hospitalizadas durante su embarazo.
- 6.3** Para datos basales del embarazo; según la sub dimensión de violencia al 74% (37) que les realizaron la ficha de tamizaje de violencia el 6% (3) sufrieron algún tipo de violencia; en la sub dimensión de exámenes de laboratorio el 90% (45) tienen hemoglobina adecuada y el 98% (49) tienen una glucosa adecuada en sangre.
- 6.4** De acuerdo al nivel de ansiedad en la dimensión social en las gestantes, prevalece la ansiedad de nivel moderado con 82% (41); en la ansiedad psíquica prevalece la ansiedad de nivel moderado con un 86% (43); el 54% (27) en agorafobia con nivel moderado y en ansiedad con síntomas físicos un 66% (33) con nivel leve. Prevalenciando el nivel moderado de ansiedad de 3 de los 4 niveles de dimensión estudiada.
- 6.5** Según la asociación Chi-cuadrado de Pearson, las sub dimensiones de mayor relación entre las características maternas prenatales y la ansiedad por covid-19 en las gestantes son: abortos y antecedentes familiares ($P \leq 0.05$).

- 6.6 No existe relación entre las características materno prenatales y ansiedad por covid-19 en las gestantes.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Realizar una vigilancia adecuada (prevención primaria) en las zonas rurales, haciendo énfasis en los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva para evitar embarazos precoces haciendo uso de métodos anticonceptivos.
- 7.2 Continuar con la extensión de los programas de Promoción y Prevención de la salud, para alcanzar a mayor población con conciencia sobre la importancia de la vacunación y el momento adecuado durante la gestación, además de mantenernos alerta a riesgos y hábitos que puedan alterar el curso de la gestación.
- 7.3 Aplicar sostenidamente la ficha de tamizaje de violencia, para detección y derivación oportuna al responsable de salud mental, también realizar el adecuado llenado del carné prenatal para facilitar mejor información y diagnóstico antes una investigación.
- 7.4 Al profesional del área de salud mental, realizar un estudio más completo y brindar el manejo adecuado cubriendo las necesidades psicológicas de las gestantes ya que el propio embarazo fisiológicamente son cambios hormonales frecuentes y sumado a todo eso estamos atravesando una pandemia del cual no sabemos qué consecuencias específicamente pueden traer el Covid-19 hacia la madre o el feto.
- 7.5 Impulsar a una investigación más detallada sobre la relación entre las características maternas prenatales y la ansiedad por covid-19 en las gestantes debido a que el presente estudio no se ha determinado que factores influyen en la gestación con Covid-19.

V2: Características materno prenatales y ansiedad por COVID 19 en gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, marzo 2020 - marzo 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
5	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	tesis.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	ojs.revistamaternofetal.com Fuente de Internet	1%
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%

9	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
11	www.revistaagora.com Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
15	1library.co Fuente de Internet	<1 %
16	revistaagora.com Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	pepsic.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.unp.edu.pe	

Fuente de Internet

<1 %

21

www.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

22

Submitted to Universidad Católica
Nordestana

Trabajo del estudiante

<1 %

23

Submitted to Universidad Católica de Santo
Domingo

Trabajo del estudiante

<1 %

24

scielo.sld.cu

Fuente de Internet

<1 %

25

www.medbox.org

Fuente de Internet

<1 %

26

lookformedical.com

Fuente de Internet

<1 %

27

Submitted to Universidad Popular del
César,UPC

Trabajo del estudiante

<1 %

28

pt.scribd.com

Fuente de Internet

<1 %

29

Submitted to Universidad Católica De Cuenca

Trabajo del estudiante

<1 %

30

www.france24.com

Fuente de Internet

<1 %

31	www.gobiernocalvas.gob.ec Fuente de Internet	<1 %
32	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
34	sostelemedicina.ucv.ve Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad Distrital FJDC Trabajo del estudiante	<1 %
36	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
38	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
39	www.cancer.org Fuente de Internet	<1 %
40	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
41	inba.info Fuente de Internet	<1 %
42	scielo.isciii.es Fuente de Internet	<1 %

43	repositorio.espe.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
44	Submitted to unsaac Trabajo del estudiante	<1 %
45	Submitted to Universidad Abierta para Adultos Trabajo del estudiante	<1 %
46	Submitted to Universidad Anahuac México Sur Trabajo del estudiante	<1 %
47	contextocolima.com Fuente de Internet	<1 %
48	Submitted to Pontifical Catholic University of Puerto Rico Trabajo del estudiante	<1 %
49	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
50	repositorio.uam.es Fuente de Internet	<1 %
51	roderic.uv.es Fuente de Internet	<1 %
52	www.medigraphic.com Fuente de Internet	<1 %
53	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %

54	canalsocial.net Fuente de Internet	<1 %
55	eduarea.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
56	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
57	saludyhumanidad.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
58	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
59	www.guiainfantil.com Fuente de Internet	<1 %
60	www.lavanguardia.com Fuente de Internet	<1 %
61	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
62	americanae.aacid.es Fuente de Internet	<1 %
63	bigo.mx Fuente de Internet	<1 %
64	studylib.es Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 10 words

Excluir bibliografía Activo