



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres
embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora

**Trabajo de titulación previa a la obtención
del título de Médica General**

AUTORA

Karen Ivonne Vélez Sánchez

DIRECTORA

Med. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc

LOJA – ECUADOR

2024

ii. Certificación

Loja, 01 de marzo de 2023

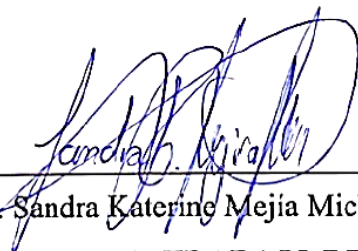
Med. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber dirigido, orientado y discutido en todas sus partes del desarrollo del trabajo de titulación denominado **“Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora”**, de autoría de la Srta. Karen Ivonne Vélez Sánchez, estudiante de la carrera de Medicina Humana, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Universidad Nacional de Loja para los procesos de obtención del título de Médico General, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Atentamente:



Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría del trabajo de titulación

Yo, **Karen Ivonne Vélez Sánchez**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:  _____

Cédula de identidad: 1104345473

Fecha: 04 de octubre del 2024

Correo electrónico: karen.velez@unl.edu.ec

Teléfono: 0967076528

iv. Carta de Autorización

Yo, Karen Ivonne Vélez Sánchez, declaro ser la autora del Trabajo de Titulación denominado “**Ansiedad y riesgo obstétrico producida en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora**” como requisito para optar por el título de **Médica General**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo en la ciudad de Loja, a los cuatro días del mes de octubre del dos mil veinticuatro, firma:



Karen Ivonne Vélez Sánchez

AUTORA

Cédula: 1104345473

Email: karen.velez@unl.edu.ec

Teléfono: 0967076528

Dirección: Av. Orillas del Zamora y Clodoveo Carrión 03-58

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del Trabajo de Titulación: Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc

Tribunal de Grado:

Presidente/a: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

Primer Vocal: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova

Segundo Vocal: Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo

v. Dedicatoria

A Dios quién ha sido mi compañía y mi guía en el sendero para lograr mis objetivos.

A mis padres por todo su apoyo incondicional, por inculcarme valores y principios éticos de la vida, por todos los sacrificios que día a día mostraron para ayudarme a culminar satisfactoriamente mi carrera y estar junto a mí en todo momento.

A mi viejo luchador que me apoyó en todo momento y nunca dudo de mí, sé que estaría muy orgulloso de todo lo que he hecho y hasta donde he llegado.

vi. Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por haberme brindado salud, fuerza y la capacidad para llegar al punto en el que me encuentro.

A mi directora de trabajo de titulación Dra. Sandra Mejía, quien gracias a su conocimiento, experiencia y responsabilidad me ayudó con la dirección de este trabajo de investigación.

A mi familia, en especial a mis padres quienes me han brindado un apoyo incondicional y han sido un pilar fundamental en mi vida.

A mis amigos por todas las experiencias compartidas en el transcurso de nuestra formación académica.

A todos, mil gracias.

Karen Ivonne Vélez Sánchez

Autora

vii. Índice de Contenido

i. Portada	i
ii. Certificación	ii
iii. Autoría de titulación	iii
iv. Carta de Autorización	iv
v. Dedicatoria	v
vi. Agradecimiento	vi
vii. Índice de Contenido	vii
viii. Índice de Tablas	viii
ix. Índice de Anexos	ix
1. Título	1
2. Resumen	2
Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1 Ansiedad	7
4.1.1 Factores de riesgo	8
4.1.1.1 Factores predisponentes	8
4.1.1.2 Factores de riesgo desencadenantes	8
4.1.2 Clasificación	9
4.1.3 Criterios diagnósticos DSM-IV	10
4.1.4 Ansiedad perinatal	11
4.1.4.1 Definición	11
4.1.4.2 Epidemiología	11
4.1.4.3 Causas	11
4.1.4.4 Manifestaciones Clínicas	12
4.1.4.5 Diagnóstico	14
4.1.4.6 Tratamiento	14
4.1.5 Ansiedad en el puerperio inmediato	15
4.2 Riesgo obstétrico	17
4.2.1 Definición	17
4.2.2 Epidemiología	17
4.2.3 Factores de riesgo obstétrico	17
4.2.4 Clasificación	19
4.2.5 Medidas preventivas	20
4.2.6 Control prenatal	20
4.2.7 Evaluación y categorización según el MSP	21
6. Metodología	24
7. Resultados	27
8. Discusión	32
9. Conclusiones	34
10. Recomendaciones	35
11. Bibliografía	36
12. Anexos	40

viii. Índice de tablas

Tabla 1. Categorización del riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora periodo febrero-marzo 2022	27
Tabla 2. Nivel de ansiedad-estado en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora periodo octubre febrero-marzo 2022	28
Tabla 3. Nivel de ansiedad-rasgo en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora febrero-marzo 2022	29
Tabla 4. Relación entre la ansiedad-estado en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022	30
Tabla 5. Relación estadística entre la ansiedad estado y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo febrero-marzo 2022 ...	30
Tabla 6. Relación entre la ansiedad-rasgo en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022	31
Tabla 7. Relación estadística entre la ansiedad rasgo y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo febrero-marzo 2022....	31

ix. Índice de Figuras

Figura 1. Ubicación del Hospital General Isidro Ayora.....	24
---	----

ixx. Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación y pertinencia del trabajo de titulación	40
Anexo 2. Designación de director de tesis	41
Anexo 3. Autorización para recolección de datos	43
Anexo 4. Certificación de inglés	44
Anexo 5. Consentimiento informado	45
Anexo 6. Escala de Riesgo Obstétrico del Ministerio de Salud Pública	47
Anexo 7. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	52
Anexo 8. Base de datos	55
Anexo 9. Tablas anexas	59
Anexo 10. Proyecto de tesis	64

1. Título

“Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora”

2. Resumen

En la actualidad uno de los problemas más comunes de la población nacional/internacional son los trastornos de ansiedad, sus síntomas afectan a cualquier persona en determinado momento de la vida. Al presentarse en gestantes, pueden existir cambios psicofisiológicos e incluso morfológicos en los niños, como bajo peso al nacer y alteración de la actividad y el desarrollo fetal. Por ello este estudio tuvo la finalidad de categorizar el riesgo obstétrico en gestantes, identificar el nivel de ansiedad y establecer la relación existente entre la ansiedad y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital General Isidro Ayora de Loja. Se utilizó un enfoque cuantitativo en una muestra constituida por un total de 138 embarazadas atendidas en el área de gineco-obstetricia, a quienes se aplicó el consentimiento informado, la Escala de Riesgo Obstétrico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Obteniendo que 46.38% gestantes tuvieron riesgo obstétrico bajo entre los 20-24 años. En el estado de ansiedad puntuaron en la subescala (A/E) bajo riesgo con 16.67% principalmente en mujeres de 20-24 años, en la subescala (A/R) registraron bajo riesgo en 12%, en mayor proporción entre los 20-24 años. Finalmente se determinó relación estadística entre la ansiedad estado y riesgo obstétrico. El riesgo aumenta mientras mayor es la edad de la paciente y la ansiedad en su mayoría se presentó por la falta de conocimiento sobre su estado y carencia de apoyo familiar.

Palabras clave: trastornos ansiosos, ansiedad materna, gravidez, complicaciones en el embarazo.

Abstract

Currently, one of the most common problems in the national and international population is anxiety disorders, and its symptoms can affect anyone at certain times of life. When it occurs in pregnant women, certain changes in psychophysiology and even in the morphology of children can occur, as well as low birth weight and alterations in foetal activity and development. Therefore, the study aimed to categorise obstetric risk in pregnant women, identify the level of anxiety and establish the relationship between anxiety and obstetric risk in pregnant women who attended the Isidro Ayora General Hospital in Loja. A quantitative approach was used in a sample of 138 pregnant women attended in the gynaecological-obstetric area, to whom informed consent, the Obstetric Risk Scale of the Ministry of Public Health of Ecuador and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were applied. The results showed that 46.38% of the pregnant women were at low obstetric risk between the ages of 20-24 years. Regarding anxiety status, 16.67% scored low risk on the subscale (A/E), mainly in women aged 20-24 years, and 12% scored low risk on the subscale (A/R), with a higher proportion in women aged 20-24 years. Finally, a statistical relationship was found between state anxiety and obstetric risk. Risk increases with increasing patient age and anxiety was mostly due to lack of knowledge of the patient's condition and lack of family support.

Key words: anxiety disorders, maternal anxiety, gravidity, pregnancy complications.

3. Introducción

El embarazo es el estado fisiológico por el que la mayoría de las mujeres les gustaría pasar en algún momento de sus vidas. Esta situación, aunque es positiva puede manifestar en el organismo de la madre grandes cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que involucran una mayor vulnerabilidad para la madre y feto, al haber varios tipos de complicaciones en el embarazo que podrían llevar a la muerte, se produce en la madre gran ansiedad y preocupación.

La ansiedad puede definirse como la anticipación de un peligro o desgracia futura, acompañada de sentimientos de disforia (desagradable) y/o síntomas de tensión somática.

El objetivo previsto del daño puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar las acciones necesarias para afrontar la amenaza.

La ansiedad perinatal es el miedo y la incertidumbre durante el embarazo. Afecta a una de cada diez madres, especialmente a las primerizas y en los primeros meses de embarazo. Consiste en sentimientos casi constantes de tristeza y malestar emocional y se acompaña de diversas manifestaciones somáticas. Esta es una afección grave y causa mucho sufrimiento al paciente. Generalmente, a estas mujeres embarazadas se les puede diagnosticar ansiedad antes de su embarazo y la transición a la maternidad se verá afectada por una ansiedad persistente. Aparte de eso, surgirán temores sobre el embarazo, el bienestar del bebé, el papel de la madre, etc. La mujer casi nunca está calmada y siente una tristeza flotante porque algo anda mal. (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2021).

Cada día, en todo el mundo, unas 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015, se estima que hubo 303.000 muertes entre mujeres durante o después del embarazo y el parto. Desde 1990, varios países subdesarrollados han reducido las tasas de mortalidad materna a la mitad. Entre 1990 y 2015, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (TMM) disminuyó solo un 2,3% anual en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000, se ha producido una aceleración de esta disminución. En algunos países, la disminución anual de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superó el 5,5%. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019).

Las hemorragias y la preeclampsia se mantienen como los principales motivos para la muerte de la madre. En el año 2021 han aumentado “las causas indirectas”, que resultan de alguna enfermedad existente antes del embarazo, este indicador ascendió al 50%. En 2019, el 34,35% de las muertes maternas se debieron a esa causa. En 2020 hubo una cifra récord de muertes por abortos: 10 en total. En años anteriores, se registró oficialmente que entre 5 y 6 de las muertes

más elevadas se produjeron después del parto. El 37,42% de las mujeres falleció a las 24 horas de haber dado a luz; 21,47% en el posparto medio; y 19,63% en el puerperio final. El 20,86% falleció durante el embarazo y el 0,61% durante el parto. (UNICEF, 2020).

Según el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de Mortalidad Materna (2017) con mayor frecuencia, las mujeres pobres y pertenecientes a comunidades indígenas y afrodescendientes de la región reciben una atención de salud inadecuada y discriminatoria. Deben hacer frente a múltiples obstáculos para acceder a servicios de calidad, entre ellos: barreras geográficas, económicas, culturales y sociales y suelen sufrir mayores tasas de morbilidad y mortalidad. En la región, los países con mayor presencia indígena y afrodescendiente son Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Haití, México, Perú y República Dominicana, los cuales tienen la mayor mortalidad materna, ya sea medida como RMM o como número absoluto de defunciones, como es el caso de Brasil y México.

Todos estos datos nos indican que el riesgo obstétrico se ha convertido en un problema global el cual con las debidas precauciones y el control prenatal adecuado se podría controlar, la mayoría de las muertes tanto maternas como fetales son evitables si se mejorara la atención durante el embarazo, y no solo es necesario un buen control del embarazo, también una atención psicológica adecuada de las gestantes debido a que diversos estudios sugieren que la ansiedad en gestantes puede actuar como un factor de riesgo. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el riesgo obstétrico y ansiedad en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora?

Este trabajo busca estudiar la ansiedad prenatal que muchas veces pasa desapercibida, además del riesgo obstétrico que se puede producir durante el embarazo. Tenemos estudios limitados sobre la ansiedad prenatal por lo que con esta investigación ayudará a poder detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo antes posible, así como brindar una atención integral a las mujeres embarazadas, con el fin de reducir el sufrimiento y prevenir el riesgo obstétrico.

La presente investigación se engloba en el objetivo de desarrollo sostenible de la salud y bienestar de OMS y forma parte de las prioridades de la investigación del Ministerio de Salud Pública: Sistema Nacional de Salud, área “Maternas”, línea “Obstrucción de la labor”, sublíneas “Población vulnerable e Impacto psicosocial”, y enmarcado en la primera línea de investigación, Salud enfermedad Materno Infantil de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, por lo que la existe viabilidad del proyecto.

Se planteó como objetivo general: Analizar la ansiedad y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora en el periodo marzo – abril 2022 y como objetivos específicos: categorizar el riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, identificar el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora y establecer la relación existente entre la ansiedad y riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

4. Marco Teórico

4.1 Ansiedad

Según Virues, R. (2017), el término "ansiedad" proviene del latín "anxietas", que significa "congoja" o "aflicción". Consiste en un estado de malestar psicofísico que se caracteriza por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se percibe como una amenaza inminente y de causa indefinida. La distinción fundamental entre la ansiedad patológica y normal es que la primera se basa en una percepción errónea o distorsionada de la amenaza. La ansiedad puede paralizar al individuo y causar pánico cuando es muy intensa y aguda.

Según la American Psychiatric Association (2018) la ansiedad se define como “un sentimiento de amenaza/miedo ante la anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de sentimiento de disforia y/o síntomas somáticos de tensión. Son persistentes y duran al menos cuatro semanas en niños/adolescentes y seis o más meses en adultos”.

La ansiedad es un proceso muy común en la población general y aún más en las consultas de atención primaria de salud (APS), en donde algunos estudios indican que puede llegar a estar presente en un 20% a 40% de los usuarios. (Sempere et al. 2017)

Los trastornos de ansiedad son aquellos que tienen características de miedo y ansiedad excesiva, así como cambios en su comportamiento. Mientras que la ansiedad es una respuesta emocional a una amenaza futura, real o imaginaria, el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente. A veces, las acciones evitativas generalizadas reducen el nivel de miedo o ansiedad. Los trastornos de ansiedad son un tipo específico de respuesta al miedo que causa crisis de pánico. Las crisis de pánico no solo ocurren con la ansiedad; también pueden ocurrir con otros trastornos mentales. (American Psychiatric Association, 2018)

El trastorno de pánico es aquel en el que se presentan crisis de pánico (CP) inesperadas y recurrentes sin relación aparente con ninguna circunstancia desencadenante, que se acompaña de inquietud o preocupación por la aparición de nuevas crisis o de sus consecuencias. En esta enfermedad quizá el punto más importante es su adecuado reconocimiento, ya que es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencia tanto hospitalarios como APS. Así, entre el 18% y 25% de los pacientes que consultan a los servicios de urgencia o consultas externas de cardiología por episodios de palpitations o taquicardia cumplen criterios de CP. (Sempere et al. 2017)

4.1.1 Factores de riesgo

Según Forcadell, E. (2019) los trastornos de ansiedad tienen 2 grupos de factores: los factores predisponentes que hacen que unas personas tengan más posibilidad de padecer el trastorno que otras, y los factores de riesgo desencadenantes que son los que hacen aparecer ya el trastorno.

4.1.1.1 Factores predisponentes

- **Antecedentes familiares:** hay un componente familiar en el desarrollo de algunos trastornos de ansiedad, lo que significa que, si una persona tiene uno de estos trastornos, las personas cercanas a ella también tienen más probabilidades de desarrollar el trastorno. Esto no quiere decir que los hijos de una persona con un trastorno de ansiedad lo desarrollen. Esto no significa que los hijos de alguien con un trastorno de ansiedad lo desarrollen.

- **Tóxicos en el embarazo:** ciertas situaciones o la exposición a ciertas sustancias durante el embarazo (problemas nutricionales severos, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, ciertos medicamentos o niveles altos de cortisol, entre muchos otros) pueden ponerla en riesgo de desarrollar varios tipos de trastornos, incluidos los trastornos de ansiedad.

- **Estilo de crianza:** también existen factores relacionados con el estilo de crianza que pueden crear una predisposición a desarrollar un trastorno de ansiedad. Relación insegura entre el bebé y el cuidador (p. ej., no responder a las necesidades del niño al realizar solicitudes, adoptar un estilo de crianza opuesto o no transmitir condiciones de seguridad y amor incondicional), así como estilos de crianza demasiado autoritarios o sobreprotectores. más vulnerable a estos trastornos.

4.1.1.2 Factores de riesgo desencadenantes

- **Estrés:** situaciones estresantes como las que se derivan de los problemas en el trabajo, en la familia o en las relaciones sociales, son propicias para la aparición de síntomas de ansiedad.

- **Personalidad:** es otro factor que a veces puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad es la "forma de vida" de una persona. Las personas que tienden a ser inhibidas y tímidas pueden tener más probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad. Sin embargo, debe recordarse que no existe un único factor de riesgo identificable para el desarrollo de estos trastornos. Además, a la hora de intervenir, los factores de riesgo no son tan importantes como los factores que contribuyen al mantenimiento del trastorno. Este es objeto de intervención psicológica y debe modificarse para obtener buenos resultados, independientemente de la causa del trastorno.

4.1.2 Clasificación

Tenemos algunos criterios universales que pertenecen a dos clasificaciones de trastornos mentales, que nos ayudarán a determinar si a el comportamiento de una persona se lo puede diagnosticar como trastornos de ansiedad (tabla 1).

- **DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA):** enumera doce trastornos de ansiedad
- **CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS):** donde los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.

Cuadro 1. Clasificación de trastornos de ansiedad

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastornos de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

Fuente: American Psychiatric Association (2018). Trastornos de ansiedad. En A. VA (Ed.), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5 (189). Panamericana.

Gómez, R., A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. Superintendencia Nacional de Salud, 7, 66–73.

4.1.3 Criterios diagnósticos DSM-IV

Según la American Psychiatric Association (2018) el trastorno de ansiedad tiene algunos criterios que nos guiarán a su diagnóstico:

- Ansiedad y preocupaciones excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

- Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

- La ansiedad o preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños solo se requiere uno de estos síntomas:

- Inquietud o impaciencia.

- Fatigabilidad fácil.

- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

- Irritabilidad.

- Tensión muscular.

- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

- El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a la posibilidad de presentar una crisis de pánico (como en el trastorno por pánico), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad de separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener síntomas físicos múltiples (como en trastorno de somatización) o padecer de una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas o fármacos) o una enfermedad médica (ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

4.1.4 Ansiedad perinatal.

Acorde a Espinoza, D. (2016) la Organización Mundial de la Salud reconoce a la enfermedad mental perinatal como un problema importante de salud pública, al menos 1 de cada 10 mujeres

presenta un problema mental serio durante el embarazo o en el primer año postparto. Se estima que entre el 10 y 20% de las gestantes experimentan ansiedad. Sin embargo, la verdadera prevalencia de estos trastornos podría ser mucho mayor porque muchas mujeres no los tienen diagnosticados. Además, se ha observado que la prevalencia es mayor en naciones de bajos y medianos ingresos en comparación con las naciones desarrolladas.

Definición. Se define como la anticipación aprensiva de un futuro peligro o amenaza acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión durante el embarazo y hasta 1 año después del parto. (Espinoza, D., 2016)

Usualmente esta es una afección que no desaparece y empeora con el paso del tiempo. Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2011), “una importante proporción de mujeres experimentan un nivel excesivo de ansiedad hasta el grado de interferir gravemente en su funcionamiento psicológico y social. Es común que esto ocurra durante el embarazo y el puerperio, con complicaciones adicionales a la situación”.

En las mujeres en estado de gestación y hasta un año después del parto puede presentar síntomas de ansiedad y depresión conocidos como Trastornos del estado de ánimo y ansiedad en el período perinatal (PMAD), donde la ansiedad forma parte y es una preocupación a nivel mundial ya que tiene consecuencias graves como preeclampsia, hipertensión, prematuridad, desarrollo fetal lento, bajo peso, variaciones con el crecimiento fetal y alteraciones en el desarrollo eje hipotálamo hipófisis adrenal del recién nacido.

4.1.4.2 Epidemiología. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), pueden afectar a 15 de cada 100 mujeres embarazadas debido a las diversas preocupaciones que conlleva pensar en la responsabilidad de concebir una vida. En general los trastornos de ansiedad son más frecuentes en la mujer que en el hombre durante toda la edad reproductiva. El trastorno de pánico en particular tiene una frecuencia de 2% entre la población general. (OPS, 2011)

Según la Organización Woman's. (s.f.) aproximadamente 6 de cada 100 mujeres embarazadas (6 %) y 10 de cada 100 mujeres puérperas (10 %) sufren ansiedad.

4.1.4.3 Causas. Actualmente se cree que los cambios hormonales y bioquímicos asociados con el embarazo influyen en la gravedad o precipitación del trastorno de pánico. El aumento de la concentración de progesterona durante el embarazo es uno de los factores que podrían ayudarlo. (OPS, 2011)

Por un lado, el desajuste hormonal común durante el embarazo puede causar ansiedad. Además, las mujeres pueden experimentar ansiedad durante la gestación debido a los cambios que implica la maternidad, las preocupaciones por el desarrollo del bebé, la gran carga afectiva

que implica el embarazo y las ganas de preparar el hogar para la llegada del bebé. El "síndrome del nido" afecta a más mujeres de lo que parece. (Pajares, B., 2022)

Acorde a la American Psychiatric Association (2018) la ansiedad en el embarazo se asocia con una edad gestacional más corta y tiene implicaciones negativas para el neurodesarrollo fetal y los resultados del niño.

La población femenina en edad reproductiva ha mostrado ser la más vulnerable a desarrollar trastornos de ansiedad; según Serrano, S., Campos, P., & Yhuri, N. (2016) se debe a diferencias psicosociales, psicoculturales, hormonales, neuroquímicas, patrones de activación y respuesta a estímulos ambientales. Para lo que se han postulado dos posibles asociaciones entre los factores psicosociales y los niveles de hormona liberadora de corticotropina (CRH): el primero, las mujeres con estrés o ansiedad presentan mayores niveles de cortisol circulantes que podrían estimular la producción de CRH placentaria. En segundo lugar, se ha visto que la CRH derivada de la placenta afecta el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) materno, lo cual podría influir en el origen de los síntomas de ansiedad. Algunos estudios postulan que la activación crónica del eje HPA y el sistema nervioso autónomo, tanto de la madre como del feto, activan respuestas tempranas que podrían desencadenar el trabajo de parto.

El embarazo, el nacimiento y la lactancia causan alteraciones fisiológicas significativas que incluyen variaciones hormonales, así como cambios en el sistema de neurotransmisores que podrían estar relacionados con los síntomas de ansiedad. Los agonistas B adrenérgicos, como la terbutalina, que se utiliza en el parto prematuro, provocan ataques de pánico y síntomas de ansiedad, son otras causas potenciales. Por lo tanto, el hipertiroidismo debe ser considerado como un diagnóstico diferencial. (Wedel, K., 2018)

4.1.4.4 Manifestaciones Clínica: Según Wedel, K. (2018) los síntomas y trastornos de ansiedad pueden darse de la siguiente manera: desorden de ansiedad 5%, ataques de pánico 5%, ansiedad generalizada 3%, trastorno obsesivo compulsivo 6%, fobia social y otras fobias 13% y estrés postraumático 10%.

Los síntomas de los trastornos de ansiedad perinatal son similares a los de las mujeres no embarazadas, como preocupación constante, nerviosismo, náuseas y vómitos más frecuentes, fatiga, piernas inquietas, labilidad extrema, insomnio, falta de concentración, problemas de sueño y apetito y sensación de pérdida de la memoria. Además, puede manifestarse en comportamientos de reaseguro excesivo, como contar constantemente los movimientos del feto, llamar y visitar al médico con frecuencia, quejas sin una causa física evidente, solicitar ecografías adicionales o solicitar una cesárea. Además, es comúnmente relacionado con problemas obstétricos y neonatales como preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer,

apagar bajo y problemas de lactancia. Según la literatura, los síntomas de ansiedad durante el periodo perinatal no son estáticos, y en algunas mujeres pueden ser transitorios y desaparecer eventualmente, mientras que en otras pueden continuar. La intensidad de estos síntomas puede estar relacionada con la gravedad de los efectos negativos en la salud materna e infantil. (Espinoza, D., 2016).

Conforme a la Organización Panamericana de la Salud (2011) todo episodio de pánico comprende dos grupos de síntomas:

4.1.4.4.1 Síntomas Ideativos.

- **Despersonalización:** la mujer siente que no es ella misma quien está viviendo en ese momento, sino alguien más. Se siente como si no estuviera dentro de sí misma o como si se viera desde afuera.

- **Desrealización:** se siente que lo que está viviendo es como una película de cine, es decir, que no está viviendo en la realidad, sino que es una espectadora de lo que pasa a su alrededor, que se siente como irreal o falso.

- **Miedo de morir o de tener un infarto:** la persona siente literalmente que se podría morir y con frecuencia, sobre todo en los primeros ataques, termina en una sala de urgencias del hospital general.

4.1.4.4.2 Síntomas Somáticos.

- Parestesias: sensación de hormigueo en las manos, brazos, piernas y otras partes del cuerpo
- Sensación de “falta de aire” o de que no se puede respirar lo suficiente, o bien que los pulmones no se llenan a satisfacción de la paciente.

- Sensación de ahogamiento, o bien de que algún objeto está atorado en la garganta sin poderlo desalojar.

- Dolor intenso en el pecho.
- Temblor, tanto de las manos como del resto del cuerpo
- Sudoración de las manos y de todo el cuerpo, debido al estado de alarma y ansiedad.
- Escalofríos o “bochornos” (sensación de calor generalizado).
- Sensación de mareo o a punto de desmayo.
- Náusea o malestar abdominal.

Los episodios de pánico pueden durar varios minutos (hasta veinte o más), pero generalmente son más breves. Después de los primeros ataques de ansiedad, a menudo la paciente tendrá miedo de tener otro en el momento menos esperado. Aparece entonces una nueva ansiedad, el temor al siguiente ataque. Éstos no necesariamente ocurren cuando la mujer está en una situación “de riesgo”. (OPS, 2011)

4.1.4.5 Diagnóstico: para realizar un diagnóstico los síntomas deben causar un deterioro en el funcionamiento de la paciente, y sin tratamiento, pueden convertirse en padecimiento crónico. (Wedel, K., 2018).

Los síntomas tempranos de la ansiedad pueden ser detectados durante el embarazo, lo que permite la detección y el tratamiento oportunos, que son cruciales para el bienestar de la gestante y su descendencia. Por lo tanto, muchos países se han enfocado en establecer sistemas de manejo clínico que garantizan la entrega de un servicio multidisciplinario de alta calidad para estas mujeres vulnerables, lo que ha logrado reducir la mortalidad asociada a los problemas de salud mental perinatal. (Espinoza, D., 2016).

4.1.4.6 Tratamiento: según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008), los objetivos del tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y del trastorno de ansiedad (TA) en la atención primaria son los siguientes: aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar y/o aconsejar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la eficacia en términos de costo/beneficio. Se debe diseñar un plan de tratamiento integral que incluya medidas psicosociales, biológicas y farmacológicas.

De acuerdo con el National Institute for Health and Clinical Excellence (2018) el manejo de los problemas de salud mental durante el embarazo y el puerperio difiere de otros debido a la naturaleza de esta etapa de la vida y el impacto potencial de cualquier dificultad y tratamiento sobre la mujer y el bebé. Hay riesgos asociados con tomar medicación psicotrópica en el embarazo y durante la lactancia y riesgos de suspender la medicación por un problema de salud mental existente, un riesgo de gran importancia es la psicosis en el posparto. (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2018)

Antes de iniciar el tratamiento durante el embarazo, se debe acordar con la mujer la relación beneficio/riesgo de los psicofármacos y los posibles beneficios de la intervención psicológica. Se recomienda empezar con una terapia conductual dirigida y, en caso de ser necesario, se puede administrar benzodiazepinas como tratamiento a corto plazo de la ansiedad a mujeres embarazadas.

Si una mujer embarazada ha tomado medicación psicotrópica con riesgo teratogénico conocido en cualquier momento del primer trimestre se debe: confirmar el embarazo lo antes posible, explicar que se debe suspender o cambiar el medicamento después de confirmar el embarazo (puede no eliminar el riesgo de malformaciones fetales), se debe ofrecer pruebas de detección de anomalías fetales y asesoramiento sobre la continuación del embarazo, explicar la necesidad de un control adicional y los riesgos para el feto si continúa tomando el medicamento.

Busque el consejo de un especialista si no está seguro de los riesgos asociados con medicamentos específicos. (NICE, 2018)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2011) la psicoterapia puede ser la primera intervención en una gestante o mujer postparto, especialmente durante el primer trimestre del embarazo, cuando los episodios no son muy frecuentes, graves o incapacitantes. En este momento, se debe tener más cuidado al usar cualquier medicamento. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual puede ayudar a las personas con trastorno de pánico. Es relativamente breve (de tres a seis meses) e incorpora enfoques psicoeducativos y técnicas para prevenir los ataques, como la utilización de técnicas de biorretroalimentación como la respiración lenta de tipo "abdominal", así como la reorganización cognitiva y la exposición gradual a los agentes que causan el miedo, una vez que son evidentes.

Si los síntomas son relativamente leves es más probable que el tratamiento sea eficaz. Si el trastorno es grave (ataques muy frecuentes o un trastorno claramente incapacitante) es posible que se requiera tratamiento psicofarmacológico en conjunto con la psicoterapia.

Los dos principales grupos de medicamentos usados para la ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos. Deben evitarse los medicamentos benzodiazepínicos y sólo usarse por tiempo breve en casos de gravedad, aunque preferiblemente nunca durante el embarazo. Todos los benzodiazepínicos tienen el riesgo y se transfieren rápidamente por la placenta hacia el bebé, por lo que es importante evitar que el feto sea expuesto. Los principales peligros de la exposición del feto a estos fármacos son en tres áreas: posibles efectos teratógenos, toxicidad en el neonato y consecuencias conductuales en la etapa postnatal. En cuanto a la teratogenicidad, el mayor riesgo es durante el primer trimestre del embarazo.

4.1.5 Ansiedad en el puerperio inmediato

La ansiedad es más que sentirse ansioso por una situación específica; ocurre cuando los sentimientos de ansiedad y estrés no desaparecen, no pueden controlarse fácilmente y suceden sin una razón particular. La ansiedad que se desarrolla durante el año posterior al nacimiento se llama ansiedad posnatal. Estudios científicos aseguran que 14-16% de las mujeres tienen niveles clínicos de ansiedad durante el embarazo y un 8-10% de las mujeres tienen niveles clínicos de ansiedad después del parto. (Estrada, R., 2021)

De acuerdo a García, A. (2021) algunas de las causas que pueden provocar la aparición de la ansiedad postparto son las siguientes:

- **Cambios físicos:** tras el parto se produce un desequilibrio de los niveles de hormonas (estrógenos y progesterona) que puede contribuir a la aparición de síntomas depresivos o de ansiedad.

- **Problemas emocionales:** sentimientos de culpa o sentimientos de falta de control pueden aparecer tras el nacimiento del bebé que puedan provocar que nuestro organismo lo perciba como una situación amenazante y aparezca la sintomatología ansiosa.

La ansiedad postparto se distingue de la depresión postparto principalmente en lo siguiente: mientras que la depresión está relacionada con sentimientos de tristeza o desánimo, la ansiedad consiste en una preocupación excesiva de que algo malo pueda pasarle al bebé, desarrollándose incluso conductas compulsivas. Este trastorno suele ser más habitual en las mujeres que ya han experimentado anteriormente síntomas de ansiedad, las que sufren mucho estrés durante la recuperación o las que carecen de ayuda o apoyo. (Vicente, P., 2021)

Además de los síntomas psicológicos y emocionales que experimenta la madre después de tener al bebé, también puede experimentar algunos síntomas físicos como: dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, dolor de estómago, sofocos, diarreas o tensión muscular. Es importante saber reconocer estos síntomas a tiempo para poder acudir a un especialista y tratar la ansiedad postparto lo antes posible y de la forma adecuada. (Losada, T., 2022)

El tratamiento psicológico de primera línea de elección para los trastornos de ansiedad es la terapia cognitivo – conductual. Diferentes estudios muestran una reducción significativa de los síntomas de ansiedad como en la sintomatología depresiva en las mujeres embarazadas y que habían dado a luz. Así mismo, también los programas de reducción del estrés basado en la atención plena, en los que, a través de ejercicios de conciencia plena, como la explicación corporal, el andar consciente o la práctica de ejercicios de conciencia plena informales durante la vida diaria y ejercicios cognitivos que incluyen autoobservación y autocompasión. Este tipo de programas mostraba una mejoría en la sintomatología ansiosa de las mujeres embarazadas. (García, A., 2021)

4.2 Riesgo Obstétrico

4.2.1 Definición

Barragán, O. et al (2017) señalan que el “embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario”.

Se llama “de alto riesgo” al embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal. Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. (Donoso, B., 2017)

4.2.2 Epidemiología

Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado, además el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas. (Sánchez Gaitán, E., 2019)

4.2.3 Factores de riesgo obstétrico

Factor de riesgo es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud, son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Se habla de utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte evitables o reducibles si se emprenden acciones antes de que ocurran (Chiquito García, M., 2016).

En la valoración del riesgo perinatal distinguimos dos niveles de actuación; la clasificación de las gestantes en bajo riesgo o alto riesgo, en el que el objetivo es determinar cuáles son los embarazos que tienen una mayor probabilidad de presentar resultados perinatales adversos por estar asociados a uno o más factores de riesgo obstétrico. **Cuadro 2.** (Sánchez Gaitán, E., 2019)

Cuadro 2. Factores de riesgo obstétrico

Factores de riesgo sociodemográfico	Antecedentes reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad materna \leq 18 años ● Edad materna \geq 35 años ● Obesidad: IMC \geq 30 ● Delgadez: IMC $<$ 18,5 ● Tabaquismo ● Alcoholismo ● Drogadicción ● Nivel socioeconómico bajo ● Riesgo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> ● Esterilidad en tratamiento $>$ 2 años ● Abortos de repetición ● Antecedentes de prematuridad ● Antecedentes de crecimiento intrauterino retardado ● Antecedentes de muerte perinatal ● Antecedentes de nacido con defecto congénito ● Hijo con lesión neurológica residual ● Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Incompetencia cervical ● Malformación uterina
Antecedente médicos	Factores de riesgo del embarazo actual
<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión arterial ● Enfermedad cardiaca ● Enfermedad renal ● Diabetes mellitus ● Endocrinopatías ● Enfermedad respiratoria crónica ● Enfermedad hematológica ● Epilepsia y otras enfermedades neurológicas ● Enfermedad psiquiátrica ● Enfermedad hepática con insuficiencia ● Enfermedad autoinmune con afectación sistémica ● Tromboembolismo ● Patología médico-quirúrgica grave 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión inducida por el embarazo ● Anemia grave ● Diabetes gestacional ● Infección urinaria de repetición ● Infección de transmisión perinatal ● Isoinmunización Rh ● Embarazo múltiple ● Polihidramnios / oligohidramnios ● Hemorragia genital ● Placenta previa en > 32 semanas ● Crecimiento intrauterino restringido ● Defecto congénito fetal ● Estática fetal anormal en > 36 semanas ● Amenaza de parto pretérmino ● Rotura prematura de membranas ● Tumoración uterina ● Patología médico-quirúrgica grave

Fuente: SEGO. Control prenatal del embarazo normal (Internet). Madrid; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2010 (Recuperado 2021): Disponible en: www.Prosego.com/guias-practicas-de-asistencia.

La multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio, relacionándose estrechamente con la morbimortalidad materna, según estudios realizados por diferentes autores. Los que refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuye su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de las partes blandas, sangrados post parto por atonía uterina. (Chiquito García, M., 2016).

Acorde a Hernández Rubio, M. (2016) conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar de manera oportuna a todas aquellas jóvenes en riesgo, para determinar las estrategias de prevención. Entre los principales factores a considerar se encuentra: menarca temprana, inicio precoz de relaciones sexuales, familia disfuncional, bajo nivel educativo, migración en busca de mejores oportunidades de empleo, falta o distorsión de

la información sobre metodología anticonceptiva, menor temor a las enfermedades venéreas, relaciones sexuales sin método de planificación familiar y abuso sexual. Caso contrario, el embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años. Como consecuencia de la incorporación de la mujer al mundo laboral, la mortalidad materna en mujeres de 40 años es 7 veces mayor respecto a mujeres de menor edad.

4.2.4 Clasificación

Según las normas del Ministerio de Salud Pública (2016), la clasificación del riesgo obstétrico se define de la siguiente forma:

- **Riesgo 1 - Bajo riesgo:** Condiciones socio-económicas desfavorables. (pobreza extrema, desempleo, analfabetismo), control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales, edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años en el primer embarazo, adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos, drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, gran multiparidad (mayor de 3 gestas), incompatibilidad Rh, infección de vías urinaria y flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes, período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

- **Riesgo 2 - Alto riesgo:** Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%), embarazo múltiple, enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedades inmunológicas, hipertensión), polihidramnios u oligoamnios, epilepsia, historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino, enfermedades neuro-psiquiátricas, infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo b, citomegalovirus, herpes 2, HPV; presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación, desnutrición y obesidad, asma.

- **Riesgo Inminente:** Amenaza de parto pretérmino, cardiopatías, diabetes gestacional descompensado o en tratamiento, hemorragia vaginal, ruptura prematura de membranas 10 mayor de 12 horas, SIDA clínico, trastornos hipertensivos en el embarazo, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (<110 latidos por minutos > 160 latidos por minuto o falta de movimientos. fuente.

4.2.5 Medidas preventivas

Para garantizar una mejor calidad de vida de la gestante, resulta importante la programación preventiva de patologías que amenazan la salud materno-infantil, en los niveles de atención primario y secundario, de manera que se identifiquen precozmente situaciones de salud en la mujer, facilitando el tratamiento correspondiente para evitar la pérdida del producto de la

concepción, que también ayuda a prevenir secuelas tanto físicas y psicológicas en el futuro de estas pacientes. (Hernández, M., 2021)

Conforme a la Organización Panamericana de Salud (2011) haciendo énfasis en las embarazadas con alto riesgo obstétrico, se debe proporcionar una atención prenatal de calidad a toda la población gestante.

1. Prevención primaria: que engloba promoción y protección a la salud.

● Atención preconcepcional el cual tiene como objetivo promover la salud de la mujer y la de su futura descendencia, estas citas deben de formar parte de la asistencia prenatal, en esta consulta médica se identifica patologías maternas y se recomienda la toma de vitamina prenatal como ácido fólico a diario, también se brinda enseñanza sobre el peso.

- Atención prenatal periódica.
- Dieta saludable.
- Peso controlado.
- No consumo de sustancias tóxicas como el tabaquismo, alcoholismo, drogas ilegales.

2. Prevención secundaria: consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz.

3. Prevención terciaria: representada por rehabilitación y el desarrollo del mecanismo social que inserte a todas las embarazadas de alto riesgo a un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. (Sánchez Gaitán, E., 2019).

4.2.6 Control prenatal

El control prenatal constituye el conjunto de procedimientos y actividades que realiza el equipo de salud durante el embarazo con el propósito de establecer la presencia de factores de riesgo en la gestante y/o enfermedades que pueden afectar al binomio madre-hijo. Esta, se considera la actividad médica más frecuente mundialmente, cubriendo una gama amplia de condiciones maternas o paternas que son potencialmente peligrosas para la madre o el feto (Hernández, M., 2021).

La Organización Mundial de la Salud (2018) propende por una atención prenatal de calidad, ofrecida por profesionales capacitados para garantizar altos estándares de atención durante el embarazo, mediante la promoción de salud, cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades. Además, ofrece apoyo psicológico a la gestante, la familia y la comunidad.

4.2.7 Evaluación y categorización según el MSP

Según la guía sobre Normas para la atención Materna e infantil, se considera que la atención prenatal debe ser precoz, periódica e integral (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006).

- **Precoz:** captación de la gestante, preferiblemente, desde la ausencia de la primera menstruación o al menos durante el primer trimestre de la gestación, permitiendo el desarrollo oportuno de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.

- **Periódica:** la asistencia a 13 consultas se considera lo ideal; aunque, el nivel mínimo es de cinco controles: uno en la primera mitad del embarazo, otra en la semana 20, la 32 y la 36; luego de eso, se recomiendan dos cada dos semanas hasta el momento del parto. La periodicidad varía ante la presencia de factores o complicaciones que se presenten. Por ejemplo: si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, resulta adecuado que siga un programa de diez citas; mientras que, una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas.

- **Integral:** la atención prenatal debe abarcar todas las dimensiones que potencialmente pueden alterar el curso del embarazo: biológica, psicológica y social. Todo eso desde principios de interculturalidad y equidad.

Cuadro 3. Recomendación de la frecuencia de controles prenatales según la edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES
< 32 semanas	Consulta mensual
32-36 semanas	Consulta cada 2 semanas
> 36 semanas	Consulta cada semana hasta el momento del parto

Fuente: Normas para la Atención Materna e Infantil (2013).

Debido a que no todas las personas tienen la misma probabilidad de desarrollar una enfermedad y morir a causa de ella, se crea la necesidad de identificar factores de riesgo a partir de aquellos con un bajo grado de asociación con elementos con un alto grado de relevancia. La detección de riesgo obstétrico es una práctica fundamental para predecir problemas futuros y brindar un tratamiento oportuno y adecuado, mejorando la salud perinatal con reducción de la morbilidad neonatal para la clasificación poblacional, la herramienta utilizada en este caso es la Escala de Riesgo Obstétrico, la cual es un instrumento validado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como una adaptación de la Escala de riesgo Minsal Chile como alternativa válida recomendada para la detección de gestantes en riesgo.

El Ministerio de Salud Pública (2019), para estratificar a la población de gestantes utiliza esta herramienta que combina los factores de riesgo identificados, otorgándoles una puntuación obtenida de acuerdo a la fuerza de asociación con la patología que se busca prevenir. Se estructuraron los factores de riesgo en 6 grupos con sus respectivas variables y puntuación.

Estos grupos están compuestos por varios ítems que tienen un valor de 1-3 puntos. Si hay la presencia de 2 o más factores en cada grupo, el puntaje mayor es 3. Para poder interpretar los resultados nos basamos en el puntaje obtenido, se habla de un riesgo bajo cuando va de 0-3, de un riesgo alto cuando va de 4-6 y un riesgo muy alto >7.

- **Antecedentes:** son aquellos factores de riesgo vinculados con antecedentes personales, obstétricos y familiares.

- **Factores Socioeconómicos:** son factores sociales, económicos y culturales que caracterizan a una gestante de forma individual dentro de una estructura social y permiten determinar si pertenece a un grupo vulnerable.

- **Factores Nutricionales:** el estado nutricional de la mujer y en particular de la gestante, determinará un impacto positivo o negativo en el desarrollo del embarazo. Estos factores predisponen la aparición de complicaciones, por lo cual se debe realizar el monitoreo de la ganancia durante la gestación.

- **Patología Pélvico Genital:** toda patología que afecta al tracto genital y al canal de parto es un factor de riesgo para desencadenar complicaciones maternas neonatales.

- **Patología obstétrica actual:** toda comorbilidad que presente la gestante constituye un factor de riesgo relevante con impacto directo en la morbilidad materna neonatal.

- **Discapacidad:** la gestante con discapacidad física o intelectual constituye un grupo poblacional vulnerable para el desarrollo de complicaciones materno neonatales.

Una vez sumados los puntajes de cada riesgo identificado en la gestante se obtiene un valor que permite agruparlas en tres categorías según el Ministerio de Salud Pública (2019):

- **Riesgo bajo o tipo 0:** embarazos en curso normal que no presentan ningún factor de riesgo identificado o que presentan factores de riesgo no relevantes en la evaluación. Puntaje total en la escala de riesgo de 0-3.

- **Riesgo alto o tipo I:** embarazos con determinados factores de riesgo que por su presencia pueden generar potenciales complicaciones. Puntaje en la escala de riesgo de 4-6.

- **Riesgo muy alto o tipo II:** embarazos con factores de riesgo de alta relevancia que precisan medidas oportunas y manejo multidisciplinario. Puntaje en la escala de riesgo igual o mayor a 7.

5. Metodología

5.1 Área de estudio

Se llevó a cabo en el Hospital General Isidro Ayora de Loja, el cual se encuentra ubicado en la Av. Manuel Agustín Aguirre y Manuel Monteros esquina, 2Q4V+HGP, Loja.

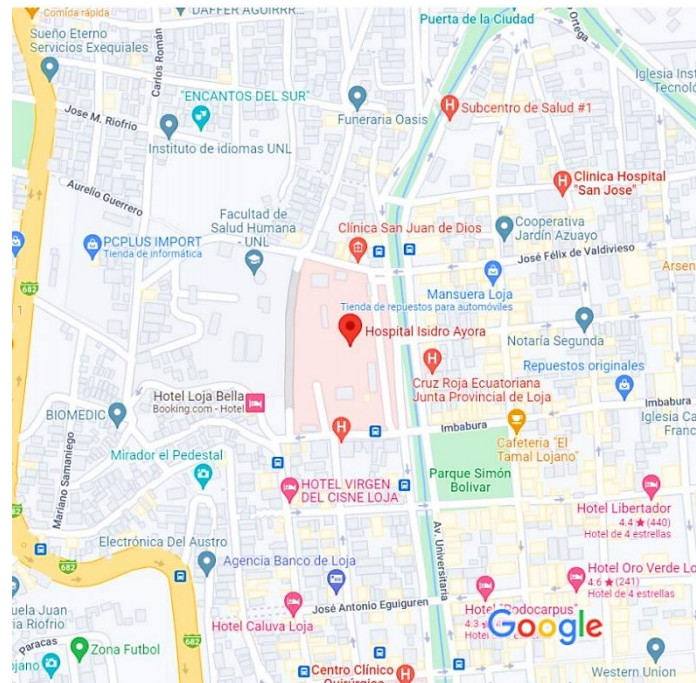


Figura 1. Ubicación del Hospital General Isidro Ayora

Fuente: <https://maps.app.goo.gl/J9BvrdYHQWRQkdZz7>

5.2 Procedimiento

5.2.1 Enfoque metodológico

Cuantitativo

5.2.2 Técnica

El presente estudio se realizó mediante la recolección de información a través del consentimiento informado, la Escala de Riesgo Obstétrico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) los cuales fueron aplicados a las embarazadas que acudieron al Hospital General Isidro Ayora.

5.2.3 Tipo de diseño

El tipo de diseño que se utilizó para el estudio fue de tipo prospectivo y de corte transversal.

5.2.4 Unidad de estudio

El universo estuvo compuesto por las embarazadas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo marzo-abril 2022.

5.2.5 Muestra y tamaño de la muestra

La muestra estuvo constituida por 138 mujeres gestantes que acudieron al área de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de marzo-abril 2022.

5.2.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

5.2.6.1 Criterios de inclusión

- Embarazadas que acudieron al Hospital Isidro Ayora y que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado.
- Pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional.
- Pacientes que se encontraron en la etapa de puerperio inmediato.

5.2.6.2 Criterios de exclusión

- Gestantes con discapacidad intelectual.
- Gestantes con antecedentes de trastorno de ansiedad y que se entraron en tratamiento.

5.2.7 Instrumentos

5.2.7.1 Consentimiento informado (Anexo 5): es un documento médico formal elaborado en base a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente haciendo que reciba la información necesaria para su participación libre y voluntaria en el estudio denominado “Ansiedad y Riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora”. El consentimiento consta de la siguiente información: breve introducción sobre el estudio, nombre del investigador, director de tesis, introducción, el propósito y tipo de investigación, criterios de selección de los participantes, participación voluntaria, beneficios, riesgos, confidencialidad y manejo de información, derecho a negarse o retirarse del proyecto, nombre del participante, contactos, firmas y fecha.

5.2.7.2 Escala de Riesgo Obstétrico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (Anexo 6): un instrumento validado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como una adaptación de la Escala de riesgo Minsal Chile en el 2019, su finalidad es estratificar a las gestantes, esta herramienta combina los factores de riesgo que se identifican en las embarazadas, otorgándoles una puntuación. Estos factores de riesgo se distribuyen en 6 grupos: antecedentes, factores socioeconómicos, factores nutricionales, patología pélvica genital, patología obstétrica actual y la discapacidad. Estos grupos están compuestos por varios ítems que tienen un valor de 1-3 puntos. Si hay la presencia de 2 o más factores en cada grupo, el puntaje mayor es 3. Para poder interpretar los resultados nos basamos en el puntaje obtenido, se habla de un riesgo bajo cuando va de 0-3, de un riesgo alto cuando va de 4-6 y un riesgo muy alto >7.

5.2.7.3 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Anexo 7): es un instrumento que se elaboró por R. L. Gorsuch, R. E. Lushene y Charles Spielberger para investigar los fenómenos de la ansiedad mediante una autoevaluación de dos conceptos independientes como estado y como rasgo. Está constituido de dos subescalas: Ansiedad-Estado (A/E) el cual mide el estado o condición emocional transitoria del organismo humano que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad; y Ansiedad-Rasgo (A/R) hace referencia a las características de la personalidad de cada individuo que hacen que este sea más o menos propenso a padecer estados de ansiedad. Este cuestionario consta de 20 ítems en cada subescala con un total de 40 preguntas, utilizando una puntuación tipo Likert. La puntuación de cada subescala oscila entre 0-60 puntos. En cada escala tenemos ítems que tienen una puntuación de 0-3; en la subescala de A/E 0=nada, 1=algo, 2=bastante, 3=mucho, en la subescala A/R 0=casi nunca, 1=a veces, 2=a menudo, 3=casi siempre. Para realizar la interpretación de los resultados obtenidos en estas subescalas nos basamos en las puntuaciones obtenidas en donde en la subescala A/R se habla de bajo riesgo cuando presenta valores de 0-16, tendencial promedio con valores de 17-23, promedio de 24-25, sobre promedio de 26-32 y alto riesgo de 33-60, en la subescala A/E se habla de bajo riesgo cuando presenta valores de 0-14, tendencia al promedio de 15-19, promedio de 20-22, sobre promedio de 23-31 y alto riesgo con un valor de 32-60, la cual se podrá interpretar tanto en adolescentes como adultos.

5.3 Procesamiento y análisis de datos

Luego de haber realizado la revisión bibliográfica correspondiente con la investigación, se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, se solicitó la designación del director de tesis, una vez aprobada la pertinencia se realizaron los trámites correspondientes para recopilar los datos de las embarazadas que acudieron a control prenatal y las que estaban en puerperio inmediato en el Hospital General Isidro Ayora para la recolección de los datos.

Se empezó con la recolección de datos a las pacientes que acudieron al servicio de ginecología, con la ayuda del consentimiento informado del MSP, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) elaborado por R. L. Gorsuch, R. E. Lushene y Charles Spielberger y la Escala de Riesgo Obstétrico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) con el fin de cumplir todos los objetivos planteados.

Una vez obtenida la información y guiándose en las variables planteadas, se realizó la tabulación de la base de datos en el programa de Excel, se ordenaron los mismo y se realizaron las tablas que permitieron construir el análisis con su frecuencia, porcentaje. La relación entre las variables se realizó mediante el programa IBM SPSS.

6. Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo

Categorizar el riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora en el periodo marzo - abril 2022.

Tabla 1. Categorización del riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora periodo marzo - abril 2022

Riesgo Obstétrico	Edad															
	10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	2	1.33	6	4.00	24	16.00	15	10.00	11	7.33	4	2.67	2	1.33	64	46.38
Alto	0	0.00	12	8.00	11	7.33	12	8.00	11	7.33	7	4.67	0	0.00	53	38.41
Muy Alto	0	0.00	2	1.33	1	0.67	2	1.33	4	2.67	7	4.67	5	3.33	21	15.22
Total	2	1.33	20	13.33	36	24.00	29	19.33	26	17.33	18	12.00	7	4.67	138	100.00

Fuente: Escala de Riesgo Obstétrico del MSP aplicada a embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Elaboración: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Análisis: Luego de aplicar la escala de riesgo del Ministerio de Salud Pública, de 138 mujeres gestantes, 46.38% (n=64) mostraron riesgo obstétrico bajo, predominando en edades de 20-24 años con 16% (n=24), el 38.41% (n=53) correspondientes a mujeres con riesgo obstétrico alto entre las edades de 15-19 y 25-29 años con 8% (n=12) respectivamente, y el 15.22% (n=21) con riesgo obstétrico muy alto presentes en el grupo de 35-39 años con 4.67% (n=7).

6.2 Resultados para el segundo objetivo

Identificar el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022.

Tabla 2. Nivel de ansiedad-estado en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora periodo marzo - abril 2022

Niveles de Ansiedad Estado	Edad															
	10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo riesgo	1	0.67	9	6.00	18	12.00	13	8.67	14	9.33	6	4.00	6	4.00	67	48.55
Tendencia al promedio	0	0.00	4	2.67	7	4.67	7	4.67	3	2.00	4	2.67	0	0.00	25	18.12
Promedio	0	0.00	1	0.67	2	1.33	3	2.00	2	1.33	2	1.33	0	0.00	10	7.25
Sobre el promedio	1	0.67	5	3.33	5	3.33	1	0.67	4	2.67	5	3.33	0	0.00	21	15.22
Alto riesgo	0	0.00	1	0.67	4	2.67	5	3.33	3	2.00	1	0.67	1	0.67	15	10.87
Total	2	1.33	20	13.33	36	24.00	29	19.33	26	17.33	18	12.00	7	4.67	138	100.00

Fuente: STAI, cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de C. Spielberger y R.E. Lushene aplicada a embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Elaboración: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Análisis: Posterior a aplicar el cuestionario de ansiedad estado-rasgo de la de C. Spielberger y R.E. Lushene, en la subescala de ansiedad-estado, de 138 gestantes, el 48.55% (n=67) obtuvo una puntuación de bajo riesgo, presentándose en mayor proporción entre las edades de 20-24 años con un porcentaje de 12%, un 18.12% (n=25) puntuó tendencia al promedio entre las edades de 20-24 años con un 4.67% (n=7); el 15.22% (n=21) obtuvo una puntuación del 3.33% entrando en el nivel sobre promedio entre las edades de 15-24, 20-24 y 35-39 años, el 10.87% (n=15) puntuó alto riesgo con un 3.33% (n=5) entre las edades comprendidas entre 25-29 años, y un 7.25% (n=10) con sobre promedio presentes entre las edades de 25-29 años con un porcentaje de 3.33% (n=5).

Tabla 3. Nivel de ansiedad-rasgo en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora marzo - abril 2022

Niveles de Ansiedad Rasgo	Edad															
	10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo riesgo	1	0.67	11	7.33	25	16.67	18	12.00	16	10.67	6	4.00	6	4.00	83	60.14
Tendencia al promedio	0	0.00	2	1.33	5	3.33	5	3.33	5	3.33	10	6.67	0	0.00	27	19.57
Promedio	0	0.00	1	0.67	2	1.33	0	0.00	1	0.67	0	0.00	0	0.00	4	2.90
Sobre el promedio	1	0.67	1	0.67	3	2.00	5	3.33	2	1.33	2	1.33	1	0.67	15	10.87
Alto riesgo	0	0.00	5	3.33	1	0.67	1	0.67	2	1.33	0	0.00	0	0.00	9	6.52
Total	2	1.33	20	13.33	36	24.00	29	19.33	26	17.33	18	12.00	7	4.67	138	100.00

Fuente: STAI, cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de C. Spielberger y R.E. Lushene aplicada a embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Elaboración: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Análisis: Luego de aplicar el cuestionario de ansiedad estado-rasgo de la de C. Spielberger y R.E. Lushene, en la subescala de ansiedad-rasgo del total de las gestantes estudiadas el 60.14% (n=83) obtuvo una puntuación bajo riesgo con un 16.67% (n=25) principalmente entre las edades de 20-24 años, el 19.57% (n=27) puntuó tendencia al promedio especialmente en el grupo de 35-39 años con un porcentaje del 6.67% (n=10); el 10.87% (n=15) puntuó sobre el promedio con un porcentaje mayor de 3.33% (n=5) entre las edades de 25-29 años; el 6.52% (n=9) se encuentra en el nivel de alto riesgo en el grupo de 15-19 años edad con un 3.33% (n=5) y finalmente el 2.90% (n=4) obtuvo una puntuación promedio, la cual estaba presente con un 1.33% (n=5) en las pacientes entre 20-24 años de edad.

6.3 Resultado para el tercer objetivo

Establecer la relación existente entre la ansiedad y riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo-abril 2022.

Tabla 4. Relación entre la ansiedad estado y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022

Niveles de Ansiedad Estado	Riesgo Obstétrico							
	Bajo		Alto		Muy Alto		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo riesgo	39	26.00	19	13.00	9	6.00	67	48.55
Tendencia al promedio	14	9.33	10	7.00	1	1.00	25	18.12
Promedio	1	0.67	7	5.00	2	1.00	10	7.25
Sobre el promedio	7	4.67	10	6.67	5	3.33	22	15.94
Alto riesgo	3	2.00	10	6.67	1	0.67	14	1.14
Total	64	42.67	56	37.00	18	12.00	138	100.00

Fuente: Datos Recolectados sobre la Ansiedad y riesgo obstétrico producida en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Elaboración: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Tabla 5. Relación estadística entre la ansiedad estado y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022.

		Riesgo Obstétrico	Subescala A/E
Riesgo Obstétrico	Pearson Correlation	1	,240**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	138	138
Subescala A/E	Pearson Correlation	,240**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	138	138

Nota: **. La correlación es significativa en un nivel de 0.01 (2-colas)

Fuente: Datos Recolectados sobre la Ansiedad y riesgo obstétrico producida en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Elaboración: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Análisis: Se interpretaron los datos recolectados y de las 138 gestantes estudiadas, el 42.67% (n=64) presentaron un nivel de riesgo obstétrico bajo y 48.55% (n=67) un nivel de bajo riesgo en la subescala de ansiedad-estado. Determinándose la relación estadística significativa entre el riesgo obstétrico y trastorno de ansiedad-estado con un valor de p de 0.005.

Tabla 6. Relación entre la ansiedad rasgo y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022

Niveles de Ansiedad Estado	Riesgo Obstétrico							
	Bajo		Alto		Muy Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo riesgo	48	32.00	26	17.00	9	6.00	83	60.14
Tendencia al promedio	8	5.33	14	9.00	5	3.00	27	19.57
Promedio	0	0.00	4	3.00	0	0.00	4	2.90
Sobre el promedio	7	4.67	5	3.33	2	1.33	14	10.14
Alto riesgo	1	0.67	7	4.67	2	1.33	10	7.25
Total	64	42.67	56	37.00	18	12.00	138	100.00

Fuente: Datos Recolectados sobre la Ansiedad y riesgo obstétrico producida en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Elaboración: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Tabla 7. Relación estadística entre la ansiedad rasgo y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo – abril 2022.

		Riesgo Obstétrico	Subescala A/R
Riesgo Obstétrico	Pearson Correlation	1	,320**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	138	138
Subescala A/R	Pearson Correlation	,320**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	138	138

Nota: **. La correlación es significativa en un nivel de 0.01 (2-colas)

Fuente: Datos Recolectados sobre la Ansiedad y riesgo obstétrico producida en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Elaboración: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Análisis: Se analizaron los datos respectivos y de las 138 gestantes estudiadas, el 42.67% (n=64) presentaron un nivel de riesgo obstétrico bajo y 60.14% (n=83) un nivel de bajo riesgo en la subescala de ansiedad-rasgo. Evidenciándose la relación estadística significativa entre el riesgo obstétrico y trastorno de ansiedad-rasgo con un valor de p de 0.000.

7. Discusión

Al categorizar el riesgo obstétrico en mujeres embarazadas con la escala de riesgo obstétrico del Ministerio de Salud Pública, el 46.38% de gestantes presentó riesgo obstétrico bajo en los grupos de edad de 20-24 años, el 38.41% con riesgo obstétrico alto entre las edades de 15-19 y 25-29 años, y el 15.22% con riesgo obstétrico muy alto en el grupo de 35-39 años; datos similares se mencionan en el estudio, (Chacho y García, 2019) “Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga”, Cuenca; donde consideran que la edad entre 16 a 35 representa un riesgo elevado para el desarrollo de patologías. Al igual que (Vilca, 2020), el cual evidencia en su estudio que la edad de la población analizada para presentar riesgos oscilaba entre los 20-35 años de edad.

En cuanto a la ansiedad en las gestantes de acuerdo a la subescala de Ansiedad Estado fue de 12% y en la de Ansiedad Riesgo un 16.67%, obteniendo una puntuación total de bajo riesgo en las gestantes de 20 a 24 años de edad, las embarazadas de 15-24 años puntuaron en la subescala de Ansiedad Estado un nivel de sobre promedio con 3.33% y en la subescala de Ansiedad Riesgo un 3.33% encontrándose en nivel de alto riesgo; y con 3.33% las mujeres entre 35-39 años se encontraban en nivel sobre promedio en la subescala (A/E) y con 6.67% en la subescala (A/R) manifestando tendencia al promedio. Un estudio realizado por Asencio, C. y Sangay, J. (2021) sobre los “Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas en el centro de salud Pachacútec de la ciudad de Cajamarca, 2021”, nos indica que, de las 50 mujeres embarazadas atendidas en este centro, en los rangos de edad 18-20 años (18%), 21-25 (18%), 26-30 (20%) y > 31 (24%), no presentaron ansiedad. Por otro lado, las gestantes que se encuentra con nivel de ansiedad de mínimo a moderado son entre los 21-30 (6%) y de los 18-20 y >31 (4%), resultados similares a este estudio.

Se demostró que existe relación entre el riesgo obstétrico y la ansiedad, al igual que el estudio “Factores Asociados a Ansiedad perinatal en Gestante” realizado por Espinoza, D. (2018) en el que se demostró que, dentro de los factores obstétricos en el análisis multivariado, se encontró que las gestantes con complicaciones del embarazo tienen mayor probabilidad de desarrollar ansiedad perinatal en contraste con las que no presentaron dichas complicaciones. Se explica que las complicaciones del embarazo estén significativamente asociadas a la ansiedad perinatal ya que conforman situaciones que pueden llegar a poner en peligro el curso del embarazo, la salud del feto y de la madre; actuando como un estresor y contribuyendo que la gestante permanezca en un estado de alerta continuo.

8. Conclusiones

5 de cada 10 gestantes que fueron atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, presentaron riesgo obstétrico bajo en los grupos de edad de 20-24 años, mientras que 4 de cada 10 mujeres evidenciaron riesgo obstétrico alto entre las edades de 15-19 y 25-29 años, finalmente 1 de cada 10 mujeres presentaron riesgo obstétrico muy alto en las edades de 35-39 años.

Respecto al nivel de ansiedad en la subescala ansiedad-estado se evidenció que en 5 de cada 10 mujeres predominó bajo riesgo en el grupo de 20-24 años de edad, 2 de cada 10 mujeres puntuaron tendencia al promedio en las edades de 35-39 años y 1 de cada 10 mujeres en edades de 25-29 años con nivel de ansiedad promedio; y, en la subescala de ansiedad-rasgo el 6 de cada 10 gestantes manifestaron prevalencia en el nivel de bajo riesgo en el grupo etario de 20-24 años.

Se evidenció relación estadísticamente significativa entre riesgo obstétrico y ansiedad en las gestantes que fueron atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, esto quiere decir que mientras menor sea la edad de las gestantes menor riesgo obstétrico presentará y a mayor edad, mayor riesgo.

9. Recomendaciones

Al primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud se recomienda, que el personal de psicología acompañe a las mujeres desde el inicio del embarazo para realizar el diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno en caso de presentarse trastornos mentales como la ansiedad.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública mediante los Centros de Salud tipo A realizar la captación y seguimiento a todas las mujeres en periodo de gestación hasta los 42 días del puerperio, optimizando todos los controles prenatales de una mujer gestante, evitando así la presencia de riesgo obstétrico.

A las gestantes se recomienda acudir a todos los controles prenatales programados y en caso de presentar signos de alarma de ansiedad, asistir a la consulta con un especialista.

10. Bibliografía

- American Psychiatric Association (2018). Trastornos de ansiedad. En A. VA (Ed.), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5 (189). Panamericana.
- Barragán Hernández, O., Cruz Quintero, J. A., Maldonado López, L. A., Avela Ocaño, A., & Peralta Peña, S. A. (2017). Vista de nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. *Sanus*. Recuperado 2021, de <https://sanus.unison.mx/index.php/sanus/article/view/70/50>
- Barragán, O., Cruz, J., Maldonado, L., Favela, A., & Peralta, S. (2017). Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. *Sanus*. Recuperado 2022, de <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/70/50>
- Benítez, A. (2016). Ansiedad ante la Muerte en pacientes con una enfermedad terminal del Municipio de Tejupilco, [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM Temascaltepec Extensión Tejupilco]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/59138>
- Chacho, M., & García, A. (2019). Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga", Cuenca. Obtenido de Universidad de Cuenca: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32018/1/Proyecto%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf>
- Chiquito García, M. (2016). "Riesgo obstétrico y perinatal en adolescentes embarazadas, plan preventivo". (Tesis para la obtención del grado de magíster en "ginecología infanto juvenil y salud reproductiva del adolescente"). Universidad de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/41874>
- Donoso, B. (2017). Embarazo de alto riesgo. *Medwave*. Recuperado 2022, de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>
- Espinoza, D. (2016). Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes, [Tesis para título de médico cirujano, Universidad privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional de la Universidad privada de Antenor Orrego https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2192/1/re_med.huma_daniela.espinoza_factores.asociados.a.ansiedad.perinatal.en.gestantes_datos.pdf
- Estrada, R. (2021). Ansiedad postparto. *clinicaperezbryan.es*. Recuperado 2022, de <https://www.clinicaperezbryan.es/ansiedad-postparto/>

- Federación de Asociaciones de Matronas de España. FAME. (2021). La ansiedad perinatal. Recuperado 2021, de <https://www.federacion-matronas.org/2021/06/15/ansiedad-perinatal-fame/>
- Forcadell, E., Lázaro, L., Fullana, M., & Lera, S. (2019). Causas de los Trastornos de Ansiedad. Clínica Barcelona. Recuperado 2021, de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/causas-y-factores-de-riesgo>
- García, A. (2021). Ansiedad postparto: causas y síntomas. Norte Hispana Seguros. Recuperado 2022, de <https://www.nortehispana.com/canal/embarazo-y-bebe/post/ansiedad-postparto-causas-y-sintomas#h2-0>
- Gómez, R., A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. Superintendencia Nacional de Salud, 7, 66–73.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2006/10.
- Grupo de trabajo regional para la reducción de mortalidad materna. GTRO. (2017). Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. GTRO. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
- Hernández Rubio, M. (2016). "Determinación del riesgo obstétrico para la referencia oportuna de la paciente con embarazo de alto riesgo en el primer nivel de atención". (Trabajo de grado de especialización). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/228062>
- Hernández, M. (2021). "Control prenatal y prevención de riesgo obstétrico en mujeres de un área rural. Riobamba, 2020". (Trabajo de titulación), Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7988>
- INEC. (2020). Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2020. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2020/Principales_resultados_ENV_EDF_2020.pdf
- Losada, T. (2022). Trastorno perinatal: Ansiedad postparto. Criar con Sentido Común. Recuperado 2022, de <https://www.criarconsentidocomun.com/ansiedad-posparto/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2006). Normas para la Atención Materna e Infantil. En: Vigilancia Epidemiológica e Investigación. Quito: MSP.

- Ministerio de Salud Pública. (2016). Clasificación de Riesgo Obstétrico. Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de la Salud, Coordinación Zonal 5. Salud. Quito: Ministerio de Salud Pública. Recuperado 2015, de Coordinación Zonal 5 - SALUD, Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de la Salud: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/anexo%20%20%20clasificaci%C3%93n%20de%20riesgos%20obst%C3%89tricos.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Gaceta de muerte materna. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización. MSP; 2019, Disponible en <http://salud.gob.ec>
- Morán, S. (2021). La mortalidad materna se disparó 20 puntos en Ecuador durante la. Plan V. Recuperado 2021, de <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-mortalidad-materna-se-disparo-20-puntos-ecuador-durante-la-pandemia>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE. (2018). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Collaborating Centre for Mental Health. Recuperado 2022, de <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2011). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. En J. Maldonado-Durán (Ed.), Salud Mental Perinatal (179-198). Panamericana.
- Pajares, B. (2022). Ansiedad durante el embarazo. inatal. Recuperado 2022, de <https://inatal.org/el-embarazo/los-sintomas/el-sistema-nervioso-y-las-emociones/223-ansiedad-durante-el-embarazo>
- Sánchez Gaitán, E. (2019). Factores para un embarazo de riesgo. Revista Médica Sinergia, 4(9), e319. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.319>
- Sempere, E., Vicens, C., Mut del Río, F., y Salazar, J. (2017). Criterios de utilización de los medicamentos para tratar la ansiedad aguda y crónica. <http://www.residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/165%20medicamentos%20para%20ansiedad%20aguda%20y%20ronica.pdf> (Sempere et al. 2017)
- Serrano, S., Campos, P., & Yhuri, N. (2016). Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. scielo. Recuperado 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2016/cog163f.pdf>
- UNICEF. (2019). Mortalidad materna. UNICEF. Recuperado 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

- UNICEF. (2020). Lo que debes saber sobre las muertes fetales. Recuperado 2021, de <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>
- Vicente, P. (2021). Ansiedad postparto: causas y síntomas. Psicología Nafría. Recuperado 2022, de <https://psicologianafria.com/ansiedad-postparto/>
- Vilca, L. (2020). Prevalencia y factores asociados a morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca año 2019. Obtenido de Universidad Nacional del Altiplano: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13629/Vilca_Mamani_Lenin_Jovao.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Virues, R. (2017). Estudio sobre ansiedad. PSICOM. Recuperado 2021, de <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Wedel, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. Revista médica sinergia. Recuperado 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>
- Woman's. (s.f.). Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el período perinatal. Recuperado 2021, de <https://www.womans.org/-/media/pdfs/spanishpostpartumdisordersbrochure.pdf?la=en&hash=dda7359347ea0c802c62eb82ff716649e7d885b7>

11. Anexos

Anexo 1: Aprobación y pertinencia del trabajo de titulación.



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0123-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 20 de Enero de 2022

Srta. Karen Ivonne Vélez Sánchez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"ANSIEDAD Y RIESGO OBSTÉTRICO PRODUCIDO EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"** de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 19 de Enero de 2022, por el Dr. Marco Medina, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, **se considera aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

Anexo 2. Designación de director de tesis.



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0140-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 24 de Enero de 2022

Dr. Marco Medina
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: **"ANSIEDAD Y RIESGO OBSTÉTRICO PRODUCIDO EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"**, autoría de la Srta. Karen Ivonne Vélez Sánchez.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Empleada académica/estudiante por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PAJUA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT



Oficio Nro. 0888-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 28 de Abril de 2022

Dra. Sandra Mejía Michay
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: **"ANSIEDAD Y RIESGO OBSTÉTRICO PRODUCIDO EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"**, autoría de la Srta. Karen Ivonne Vélez Sánchez, en vista que el anterior Director Dr. Marco Medina, ya no cuenta con carga horaria para este periodo académico.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 3. Autorización para la recolección de datos.



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Ayora
Proceso de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-08-M

Loja, 16 de Febrero del 2022

Srta. Karen Ivonne Vélez Sánchez.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "Ansiedad y Riesgo Obstétrico producido en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo del mismo en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Responsable de Ginecología y Obstetricia para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL



Anexo 4. Certificación de inglés

CERTIFICA:

Que el documento aquí presentado es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la Tesis "Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora" elaborado por la estudiante Karen Ivonne Vélez Sánchez, con número de cédula 1104345473 de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a los interesados hacer uso del presente documento en lo que estimen conveniente.

Loja, 04 de septiembre de 2024



Lic. Luz América Jiménez Gaona

**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE
IDIOMA INGLÉS**

Anexo 5. Consentimiento informado



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente formulario de consentimiento informado se dirige a las embarazadas que acuden al Hospital general Isidro Ayora, a quienes se les invita a participar en el proyecto de investigación denominado “Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora”.

Investigador: Vélez Sánchez Karen Ivonne

Director de tesis: Dr. Marco Medina Sarmiento

A continuación, pongo a su disposición la información necesaria y a su vez solicito a usted la autorización para la ejecución de la presente investigación.

Propósito: Esta investigación tiene como propósito establecer la relación que existe entre el riesgo obstétrico y la ansiedad en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora en el periodo octubre 2021 – agosto 2022.

Participación voluntaria: Su participación en el presente estudio de investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir si desea participar o no. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar los siguientes cuestionarios anexos a este documento que tomará entre 20-30 minutos aproximadamente.

A quién contactar: En caso de presentar alguna inquietud puede comunicarse en cualquier momento que usted crea conveniente al siguiente número celular 0967076528 o escribir al correo karen.velez@unl.edu.ec

Yo _____ con cédula de identidad N° _____, doy mi consentimiento voluntario para formar parte en el presente estudio de investigación “Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora”; autoría de la señorita Vélez Sánchez Karen Ivonne, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. Por tal razón, consiento de forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos participar en esta investigación por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado.

Firma del participante

Anexo 6. Escala de Riesgo Obstétrico del Ministerio de Salud Pública



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

ESCALA O SCORE DE RIESGO

La Escala de riesgo obstétrico es un instrumento validado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como una adaptación de la Escala de riesgo Minsal Chile en el 2019

Para estratificar a la población de gestantes se utilizará esta herramienta que combina los factores de riesgo identificados, otorgándoles una puntuación obtenida de acuerdo a la fuerza de asociación con la patología que se busca prevenir.

Se estructuraron los factores de riesgo en 6 grupos con sus respectivas variables y puntuación.

Estos grupos están compuestos por varios ítems que tienen un valor de 1-3 puntos. Si hay la presencia de 2 o más factores en cada grupo, el puntaje mayor es 3. Para poder interpretar los resultados nos basamos en el puntaje obtenido, se habla de un riesgo bajo cuando va de 0-3, de un riesgo alto cuando va de 4-6 y un riesgo muy alto >7 .

1. ANTECEDENTES

Son aquellos factores de riesgo vinculados con antecedentes personales, obstétricos y familiares.

1. Antecedentes	Puntaje
➤ Gestante igual o menor de 14 años	3
➤ Gestante 14 (1 día) a 19 años	1
➤ Gestante mayor de 35 años hasta 39 años	1

➤ Gestante \geq de 40 años	2
➤ Primípara tardía \geq 40 años	2
➤ Gran múltipara \geq 4 gestas	1
➤ Infertilidad	1
➤ Aborto	1
➤ Aborto habitual \geq 2	2
➤ Embarazo ectópico / molar	1
➤ Mortinato	2
➤ Óbito fetal	2
➤ Hijo con malformaciones congénitas mayores	2
➤ Hijo con bajo peso de nacimiento $<$ 2500 gr	3
➤ Hijo con macrosomía al nacimiento $>$ 4000gr	3
➤ Periodo intergenésico \leq 18 meses	2
➤ Periodo intergenésico $>$ 5 años	1
➤ Embarazo producto de violencia sexual	3
➤ Antecedente preeclampsia / eclampsia*	3
➤ Madre o hermana con preeclampsia	2
➤ Cicatriz uterina previa con embarazo $>$ 32 semanas (miomectomía, rotura uterina, cesárea)	2
➤ Cicatriz uterina previa. Tres o más cesáreas con embarazo $>$ 28 semanas	3
➤ Ningún control prenatal en embarazo con mayor a 20 semanas	2
➤ Presenta tres o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Son factores sociales, económicos y culturales que caracterizan a una gestante de forma individual dentro de una estructura social y permiten determinar si pertenece a un grupo vulnerable.

2. Factores socioeconómicos	Puntaje
Sin instrucción	1

Alcoholismo, tabaco y droga	3
Violencia basada en género, Disfunción Familiar, Movilidad Humana	1
Gestante Callejizada, Indigente, vive sola	1
Presenta tres o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

3. FACTORES NUTRICIONALES

El estado nutricional de la mujer y en particular de la gestante, determinará un impacto positivo o negativo en el desarrollo del embarazo. Estos factores predisponen la aparición de complicaciones, por lo cual se debe realizar el monitoreo de la ganancia durante la gestación.

3. Factores nutricionales	Puntaje
➤ Desnutrición materna IMC < 18	3
➤ Obesidad IMC > 30	3
➤ Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	1
➤ Glicemia basal mayor a 92 mg/DI	2
➤ Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

4. PATOLOGÍA PÉLVICO GENITAL

Toda patología que afecta al tracto genital y al canal de parto es un factor de riesgo para desencadenar complicaciones maternas neonatales.

4. Patología pélvico genital	Puntaje
➤ Patología cervical (LIEAG/NIC II o III, ca in situ)	3
➤ Condilomatosis vulvovaginal	2
➤ Malformación urogenital	2
➤ Infecciones vaginales a repetición (tres o más episodios) en el embarazo	2
➤ Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

5. PATOLOGÍA OBSTÉTRICA ACTUAL

Toda comorbilidad que presenta la gestante constituye un factor de riesgo relevante con impacto directo en la morbilidad materna neonatal.

5. Patología obstétrica actual	Puntaje
➤ Embarazo prolongado > 41 semanas*	3
➤ Embarazo + DIU	2
➤ Rh negativo no sensibilizada	1
➤ Rh negativo sensibilizada (isoimmunizada)*	3
➤ ITS (sífilis, hepatitis)	2
➤ VIH*	3
➤ TORCH IgM positivo*	3
➤ Infección de tracto urinario a repetición	2
➤ Anemia HB < 10 (corregida)	2
➤ Anemia HB < 7 (corregida)*	3
➤ Trastorno hipertensivo*	3
➤ Colestasis intrahepática/	3
➤ Hemorragia primera mitad del embarazo	2
➤ Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
➤ Amenaza parto prematuro	3
➤ Embarazo múltiple	3
➤ Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	3
➤ Polihidramnios / oligohidramnios	2
➤ Gestación con malformaciones fetales mayores	3
➤ Diabetes*	3
➤ Cardiopatías*	3
➤ Enfermedades neuropsiquiátricas*	3
➤ Insuficiencia renal crónica*	3
➤ Hipotiroidismo sin tratamiento*	2
➤ Lupus eritematoso sistémico*	3
➤ Síndrome antifosfolípido*	3
➤ Trombocitopenia < 100000 plaquetas*	3
➤ Tuberculosis materna activa*	2
➤ Cáncer*	3

➤ Otras patologías relevantes	3
➤ Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

Aquellas variables marcadas con asterisco (*corresponden a factores de riesgo de alta relevancia, que por sí solas determinan una atención prioritaria dentro de las primeras 72 horas.

6. DISCAPACIDAD

La gestante con discapacidad física o intelectual constituye un grupo poblacional vulnerable para el desarrollo de complicaciones materno neonatales.

6. Discapacidad mayor al 30%	Puntaje
➤ Física	2
➤ Intelectual	3
➤ Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

Interpretación de los resultados

Riesgo	Resultado
Bajo o tipo 0	
Alto	
Muy Alto	

Anexo 7. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

Es un instrumento que se elaboró para investigar los fenómenos de la ansiedad mediante una autoevaluación de dos conceptos independientes como estado y como rasgo. Está constituido de dos subescalas: Ansiedad-Estado (A/E) el cual mide el estado o condición emocional transitoria del organismo humano que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad; y Ansiedad-Rasgo (A/R)

SUBESCALA ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

ANSIEDAD-ESTADO	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3

7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

SUBESCALA ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: a continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3

14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

RESULTADO

Anexo 8. Base de datos

N°	EDAD	ESTADO GESTACIONAL	SUBESCALA A/E	INTERPRETACIÓN	SUBESCALA A/R	INTERPRETACIÓN	ESCALA RIESGO O	INTERPRETACIÓN
1	37	E-20	25	Sobre Promedio	31	Sobre Promedio	15	Muy Alto
2	21	E-32	5	Bajo	12	Bajo	7	Alto
3	18	P-41+1	24	Sobre Promedio	35	Alto	9	Alto
4	43	E-36	25	Sobre Promedio	33	Alto	7	Alto
5	31	P-41+1	14	Bajo	6	Bajo	3	Bajo
6	30	E-37	38	Alto	39	Alto	8	Muy Alto
7	16	E-34	3	Bajo	14	Bajo	6	Alto
8	33	E-22	25	Sobre Promedio	17	Tendencia Promedio	11	Muy Alto
9	22	E-31	19	Sobre Promedio	16	Bajo	5	Alto
10	25	E-20	9	Bajo	26	Sobre Promedio	2	Bajo
11	22	P-39	13	Bajo	12	Bajo	1	Bajo
12	17	P-40	29	Sobre Promedio	35	Alto	9	Muy Alto
13	28	E-27	7	Bajo	15	Bajo	10	Muy Alto
14	33	E-37	15	Bajo	17	Tendencia Promedio	8	Muy Alto
15	15	P-40	13	Bajo	15	Bajo	3	Bajo
16	17	E-30	16	Sobre Promedio	15	Bajo	6	Alto
17	39	P-38+2	12	Bajo	17	Tendencia Promedio	3	Bajo
18	37	P-38+1	17	Sobre Promedio	14	Bajo	7	Muy Alto
19	32	P-40	14	Bajo	12	Bajo	4	Alto
20	17	E-23	30	Sobre Promedio	30	Sobre Promedio	2	Bajo
21	39	P-40+2	29	Sobre Promedio	32	Sobre Promedio	8	Muy Alto
22	23	P-40+3	13	Bajo	16	Bajo	4	Alto
23	29	E-39	10	Bajo	5	Bajo	4	Alto
24	30	P-38+1	6	Bajo	7	Bajo	0	Bajo
25	28	P-39	10	Bajo	16	Bajo	6	Alto
26	31	E-39	33	Alto	29	Sobre Promedio	5	Alto
27	22	E-38	5	Bajo	9	Bajo	2	Bajo
28	24	E-31	11	Bajo	10	Bajo	3	Bajo
29	31	E-35	13	Bajo	10	Bajo	7	Muy Alto
30	18	E-37	20	Tendencia Promedio	16	Bajo	0	Bajo
31	41	E-37	10	Bajo	11	Bajo	8	Muy Alto
32	33	P-40	17	Tendencia Promedio	14	Bajo	3	Bajo
33	29	E-30	36	Alto	26	Sobre Promedio	5	Alto
34	26	E-24	15	Tendencia Promedio	17	Tendencia Promedio	2	Bajo
35	28	E-36	7	Bajo	9	Bajo	2	Bajo
36	22	P-38+6	35	Alto	20	Tendencia Promedio	6	Alto
37	16	P-38+3	17	Tendencia Promedio	17	Tendencia Promedio	5	Alto
38	18	E-26	10	Bajo	10	Bajo	2	Bajo

39	41	P-40	8	Bajo	6	Bajo	7	Muy Alto
40	33	P-39+2	26	Sobre Promedio	25	Promedio	5	Alto
41	36	P-40	17	Tendencia Promedio	16	Bajo	5	Alto
42	36	E-29	12	Bajo	17	Tendencia Promedio	4	Alto
43	26	E-34	8	Bajo	10	Bajo	2	Bajo
44	26	P-40	18	Tendencia Promedio	14	Bajo	0	Bajo
45	37	E-34	23	Sobre Promedio	20	Tendencia Promedio	3	Bajo
46	21	E-38	9	Bajo	14	Bajo	2	Bajo
47	24	E-18	33	Alto	22	Tendencia Promedio	6	Alto
48	36	P-38+4	9	Bajo	11	Bajo	7	Muy Alto
49	31	E-34	8	Bajo	5	Bajo	2	Bajo
50	35	E-39	11	Bajo	11	Bajo	1	Bajo
51	23	E-34.8	33	Alto	25	Promedio	6	Alto
52	24	E-37.2	28	Sobre Promedio	28	Sobre Promedio	3	Bajo
53	32	P-38+4	22	Promedio	14	Bajo	4	Alto
54	23	E-26	32	Alto	31	Sobre Promedio	2	Bajo
55	27	E-38	16	Tendencia Promedio	8	Bajo	0	Bajo
56	19	E-26	13	Bajo	11	Bajo	5	Alto
57	25	E-35	12	Bajo	13	Bajo	7	Muy Alto
58	20	E-22	12	Bajo	11	Bajo	2	Bajo
59	38	E-37	16	Tendencia Promedio	8	Bajo	5	Alto
60	37	P-40	7	Bajo	8	Bajo	1	Bajo
61	35	E-35	20	Promedio	17	Tendencia Promedio	8	Muy Alto
62	28	E-39	17	Tendencia Promedio	13	Bajo	2	Bajo
63	19	P-40	8	Bajo	15	Bajo	4	Alto
64	22	E-28	31	Sobre Promedio	22	Tendencia Promedio	3	Bajo
65	22	P-40+5	7	Bajo	13	Bajo	0	Bajo
66	28	E-21	47	Alto	37	Alto	3	Bajo
67	24	E-31.2	6	Bajo	11	Bajo	3	Bajo
68	18	E-22	11	Bajo	9	Bajo	3	Bajo
69	21	P-39	13	Bajo	10	Bajo	2	Bajo
70	30	P-40	15	Tendencia Promedio	13	Bajo	0	Bajo
71	39	E-39	22	Promedio	20	Tendencia Promedio	9	Muy Alto
72	29	P-40	10	Bajo	13	Bajo	6	Alto
73	43	P-41+1	13	Bajo	16	Bajo	7	Muy Alto
74	35	P-41	27	Sobre Promedio	20	Tendencia Promedio	4	Alto
75	39	P-39	30	Sobre Promedio	23	Tendencia Promedio	9	Muy Alto
76	28	E-8	20	Promedio	22	Tendencia Promedio	6	Alto
77	14	P-38	28	Sobre Promedio	31	Sobre Promedio	2	Bajo
78	34	P-39	14	Bajo	17	Tendencia Promedio	3	Bajo
79	30	E-38	20	Promedio	23	Tendencia Promedio	5	Alto

80	30	P-36	12	Bajo	10	Bajo	3	Bajo
81	32	P-39	5	Bajo	12	Bajo	5	Alto
82	21	E-25	25	Sobre Promedio	33	Alto	4	Alto
83	19	P-39	13	Bajo	12	Bajo	5	Alto
84	16	P-37	24	Sobre Promedio	35	Alto	6	Alto
85	21	P-40	19	Tendencia Promedio	16	Bajo	2	Bajo
86	31	E-31	29	Sobre Promedio	35	Alto	6	Alto
87	35	E-36	15	Tendencia Promedio	17	Tendencia Promedio	6	Alto
88	33	P-36	6	Bajo	16	Bajo	0	Bajo
89	25	E-38	29	Sobre Promedio	32	Sobre Promedio	3	Bajo
90	21	E-31	16	Tendencia Promedio	15	Bajo	2	Bajo
91	36	E-26	12	Bajo	17	Tendencia Promedio	4	Alto
92	24	E-33	20	Promedio	19	Tendencia Promedio	6	Alto
93	23	E-39	16	Tendencia Promedio	13	Bajo	5	Alto
94	30	P-38+3	11	Bajo	14	Bajo	4	Alto
95	23	P-40	13	Bajo	16	Bajo	2	Bajo
96	21	P-39+2	17	Tendencia Promedio	16	Bajo	3	Bajo
97	30	P-40	10	Bajo	5	Bajo	3	Bajo
98	24	E-29	6	Bajo	7	Bajo	2	Bajo
99	26	E-34	8	Bajo	10	Bajo	3	Bajo
100	14	P-40	10	Bajo	16	Bajo	3	Bajo
101	28	E-34	18	Tendencia Promedio	14	Bajo	0	Bajo
102	30	E-38	33	Alto	29	Sobre Promedio	6	Alto
103	30	E-18	23	Sobre Promedio	20	Tendencia Promedio	0	Bajo
104	18	P-38+3	5	Bajo	9	Bajo	4	Alto
105	26	P-40	32	Alto	31	Sobre Promedio	0	Bajo
106	28	P-39+2	11	Bajo	10	Bajo	3	Bajo
107	24	P-40	16	Tendencia Promedio	8	Bajo	0	Bajo
108	22	E-29	13	Bajo	10	Bajo	2	Bajo
109	32	E-34	13	Bajo	11	Bajo	3	Bajo
110	28	P-40	20	Promedio	16	Bajo	6	Alto
111	44	E-34	12	Bajo	13	Bajo	8	Muy Alto
112	20	E-38	10	Bajo	11	Bajo	2	Bajo
113	20	E-18	12	Bajo	11	Bajo	3	Bajo
114	29	P-41	36	Alto	26	Sobre Promedio	4	Alto
115	20	P-39	20	Promedio	17	Tendencia Promedio	2	Bajo
116	27	E-38	35	Alto	20	Tendencia Promedio	5	Alto
117	24	P-38	17	Tendencia Promedio	13	Bajo	0	Bajo
118	25	P-39	17	Tendencia Promedio	17	Tendencia Promedio	0	Bajo
119	22	E-38	10	Bajo	8	Bajo	0	Bajo
120	44	P-36	7	Bajo	13	Bajo	3	Bajo

121	27	P-39	8	Bajo	6	Bajo	5	Alto
122	17	E-25	31	Tendencia Promedio	22	Promedio	6	Alto
123	24	P-37	6	Bajo	11	Bajo	2	Bajo
124	44	E-36	11	Bajo	9	Bajo	3	Bajo
125	26	E-38	13	Bajo	12	Bajo	2	Bajo
126	21	E-31	30	Sobre Promedio	30	Sobre Promedio	5	Alto
127	26	P-40+5	20	Promedio	16	Bajo	4	Alto
128	28	E-21	12	Bajo	17	Tendencia Promedio	6	Alto
129	20	E-31.2	26	Sobre Promedio	25	Promedio	5	Alto
130	16	E-22	47	Alto	37	Alto	5	Alto
131	16	P-40	8	Bajo	5	Bajo	3	Bajo
132	31	E-39	12	Bajo	11	Bajo	4	Alto
133	25	E-34.8	17	Tendencia Promedio	13	Bajo	4	Alto
134	21	E-37.2	11	Bajo	9	Bajo	6	Alto
135	18	P-38+4	20	Promedio	22	Tendencia Promedio	4	Alto
136	19	E-26	24	Sobre Promedio	35	Alto	4	Alto
137	33	P-39+2	16	Tendencia Promedio	13	Bajo	4	Alto
138	36	P-38	35	Alto	20	Tendencia Promedio	5	Alto

Anexo 9. Tablas anexas

Relación entre la ansiedad estado y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022.

Subescala A/E		Subescala A/R		Escala Riesgo Obstétrico	
f	%	f	%	f	%
1	0,7	4	2,9	14	10,1
4	2,9	3	2,2	3	2,2
5	3,6	2	1,4	23	16,7
5	3,6	5	3,6	24	17,4
7	5,1	6	4,3	18	13,0
3	2,2	9	6,5	18	13,0
9	6,5	11	8,0	17	12,3
7	5,1	6	4,3	8	5,8
10	7,2	11	8,0	6	4,3
12	8,7	8	5,8	4	2,9
3	2,2	5	3,6	1	,7
4	2,9	13	9,4	1	,7
7	5,1	13	9,4	1	,7
9	6,5	1	,7		
2	1,4	7	5,1		
2	1,4	5	3,6		
9	6,5	2	1,4		
2	1,4	3	2,2		
2	1,4	3	2,2		
3	2,2	1	,7		
4	2,9	2	1,4		
2	1,4	2	1,4		
1	0,7	4	2,9		
2	1,4	2	1,4		
4	2,9	2	1,4		
3	2,2	5	3,6		
2	1,4	2	1,4		
2	1,4	1	0,7		
4	2,9				
3	2,2				
2	1,4				
1	0,7				
2	1,4				
Total	138	138	100,0	138	100,0

Frecuencia y porcentaje de la ansiedad rasgo en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022.

		AR			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	4	2,9	2,9	2,9
	6,00	3	2,2	2,2	5,1
	7,00	2	1,4	1,4	6,5
	8,00	5	3,6	3,6	10,1
	9,00	6	4,3	4,3	14,5
	10,00	9	6,5	6,5	21,0
	11,00	11	8,0	8,0	29,0
	12,00	6	4,3	4,3	33,3
	13,00	11	8,0	8,0	41,3
	14,00	8	5,8	5,8	47,1
	15,00	5	3,6	3,6	50,7
	16,00	13	9,4	9,4	60,1
	17,00	13	9,4	9,4	69,6
	19,00	1	,7	,7	70,3
	20,00	7	5,1	5,1	75,4
	22,00	5	3,6	3,6	79,0
	23,00	2	1,4	1,4	80,4
	25,00	3	2,2	2,2	82,6
	26,00	3	2,2	2,2	84,8
	28,00	1	,7	,7	85,5
	29,00	2	1,4	1,4	87,0
	30,00	2	1,4	1,4	88,4
	31,00	4	2,9	2,9	91,3
	32,00	2	1,4	1,4	92,8
	33,00	2	1,4	1,4	94,2
	35,00	5	3,6	3,6	97,8
	37,00	2	1,4	1,4	99,3
	39,00	1	,7	,7	100,0
Total		138	100,0	100,0	

Frecuencia y porcentaje de la ansiedad estado en mujeres embarazadas que acuden al

Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022.

AE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-Valid 3,00	1	,7	,7	,7
5,00	4	2,9	2,9	3,6
6,00	5	3,6	3,6	7,2
7,00	5	3,6	3,6	10,9
8,00	7	5,1	5,1	15,9
9,00	3	2,2	2,2	18,1
10,00	9	6,5	6,5	24,6
11,00	7	5,1	5,1	29,7
12,00	10	7,2	7,2	37,0
13,00	12	8,7	8,7	45,7
14,00	3	2,2	2,2	47,8
15,00	4	2,9	2,9	50,7
16,00	7	5,1	5,1	55,8
17,00	9	6,5	6,5	62,3
18,00	2	1,4	1,4	63,8
19,00	2	1,4	1,4	65,2
20,00	9	6,5	6,5	71,7
22,00	2	1,4	1,4	73,2
23,00	2	1,4	1,4	74,6
24,00	3	2,2	2,2	76,8
25,00	4	2,9	2,9	79,7
26,00	2	1,4	1,4	81,2
27,00	1	,7	,7	81,9
28,00	2	1,4	1,4	83,3
29,00	4	2,9	2,9	86,2
30,00	3	2,2	2,2	88,4
31,00	2	1,4	1,4	89,9
32,00	2	1,4	1,4	91,3
33,00	4	2,9	2,9	94,2
35,00	3	2,2	2,2	96,4
36,00	2	1,4	1,4	97,8
38,00	1	,7	,7	98,6
47,00	2	1,4	1,4	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Frecuencia y porcentaje de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo marzo - abril 2022.

RO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	14	10,1	10,1	10,1
1,00	3	2,2	2,2	12,3
2,00	23	16,7	16,7	29,0
3,00	24	17,4	17,4	46,4
4,00	18	13,0	13,0	59,4
5,00	18	13,0	13,0	72,5
6,00	17	12,3	12,3	84,8
7,00	8	5,8	5,8	90,6
8,00	6	4,3	4,3	94,9
9,00	4	2,9	2,9	97,8
10,00	1	,7	,7	98,6
11,00	1	,7	,7	99,3
15,00	1	,7	,7	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Relación entre la ansiedad estado y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo octubre 2021 - septiembre 2022

Correlations

		RIESGOO	SUBESCALAA E
RIESGOO	Pearson Correlation	1	,240**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	138	138
SUBESCALAAE	Pearson Correlation	,240**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	138	138

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Relación entre la ansiedad rasgo y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora, periodo octubre 2021 - septiembre 2022

		Correlations	
		RIESGOO	SUBESCALAA R
RIESGOO	Pearson Correlation	1	,320**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	138	138
SUBESCALAAR	Pearson Correlation	,320**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	138	138

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud
Medicina Humana

Proyecto de Tesis

Tema: Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General

Isidro Ayora

Autor: Karen Ivonne Vélez Sánchez

Loja – Ecuador

Año: 2022

1. Tema

“Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora”

2. Problemática

El embarazo es el estado fisiológico por el que la mayoría de las mujeres les gustaría pasar en algún momento de sus vidas. Esta situación, aunque es positiva puede manifestar en el organismo de la madre grandes cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que involucran una mayor vulnerabilidad para la madre y feto, al haber varios tipos de complicaciones en el embarazo que podrían llevar a la muerte, se produce en la madre gran ansiedad y preocupación.

Benítez, A. (2016) define a la ansiedad como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo, es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (2021) la ansiedad perinatal son los miedos e incertidumbres durante el embarazo, afecta a una de cada diez madres, especialmente a las primerizas y en los primeros meses de gestación. Consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave y produce mucho sufrimiento a la paciente. Generalmente estas embarazadas pueden estar diagnosticadas de ansiedad con anterioridad a la gestación, su embarazo y transición a la parentalidad se verán afectados por la ansiedad constante. Además, presentará temores relacionados, respecto al embarazo, bienestar del bebé, papel de madre, etc. La mujer casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal.

El embarazo es un proceso natural, aunque en algunas circunstancias puede poner en riesgo la vida la madre y el feto, según Barragán, Cruz, Maldonado, Avela y Peralta (2017) el embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

De acuerdo con la UNICEF (2020), la mayor parte de las muertes fetales y maternas pueden evitarse con una atención médica de calidad durante el embarazo y parto. Cada 16 segundos se produce una muerte fetal. Esto significa que cerca de dos millones de bebés nacen muertos cada año. En las dos últimas décadas, 48 millones de bebés nacieron muertos. Habiendo en un más del 40% muertes fetales durante el parto. De aquí a 2030 morirán otros 20

millones de bebés si se mantienen las tendencias actuales, y la pandemia de COVID-19 podría empeorar la situación.

En el Ecuador en el año 2020 registraron 1.437 defunciones fetales en el periodo 2009-2020, la muerte fetal de causa no especificada, es la primera causa de defunción fetal con 650 defunciones, lo cual representa el 45.2% del total de defunciones fetales, seguida por la hipoxia intrauterina, no especificada con 484 defunciones. En el año 2020, la provincia de Guayas cuenta una razón de muertes fetales de 9,6 por cada 1.000 nacidos vivos, este dato supera al nacional que se encuentra en 8,5. Mientras que Esmeraldas cuenta con una razón de muerte fetal en 0,3 por cada mil nacidos vivos. (INEC, 2020)

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) sólo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%. (UNICEF, 2019).

Ecuador ha alcanzado niveles críticos en mortalidad materna. Durante la pandemia, este indicador alcanzó su punto más alto desde 2012. El año pasado, se registraron 191 muertes maternas. Eso implica el fallecimiento de 57,6 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos. En 2019, esta cifra fue 37 por cada 100.000 nacidos vivos. Eso implica un incremento de 20,6 puntos. Datos similares también se encuentran en la Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna, del Ministerio de Salud Pública. En enero pasado, informó que durante el 2020 hubo 163 muertes maternas, 40 más que las registradas en el 2019. (Morán, 2021).

Conforme al Grupo de trabajo regional para la reducción de mortalidad materna (2017) entre las causas más frecuentes de mortalidad materna en la región están la hemorragia (23.1%), la hipertensión inducida por el embarazo (22.1%), las causas indirectas (18.5%), otras causas directas (14.8%), las complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo (9.9%) y la sepsis (8.3%). Se estima que en 2016 hubo unos 3.6 millones de embarazos en adolescentes en la región, de los cuales 1.4 millones (39%) terminaron en aborto, en su mayoría de carácter clandestino e inseguro. Las causas indirectas de mortalidad materna han aumentado desproporcionadamente en algunos países, en parte, debido a una cobertura y calidad de atención prenatal insuficientes y a la falta de acceso a anticonceptivos modernos de mujeres que no desean o no pueden por razones de salud tener más hijos.

Las hemorragias y la preeclampsia se mantienen como los principales motivos para la muerte de la madre. Pero en el 2021 también han aumentado “las causas indirectas”, que resultan de alguna enfermedad existente antes del embarazo. En 2019, el 34,35% de las muertes maternas se debieron a esa causa. En lo que va de 2021, este indicador aumentó al 50%. En 2020 también hubo una cifra récord de muertes por abortos: 10 en total. En años anteriores oficialmente se han llegado a registrar entre 5 y 6. El mayor número de muertes se dio después del parto. El 37,42% de las mujeres fallecieron 24 horas después del parto; el 21,47% en el post parto mediato; y el 19,63 en el post parto tardío. El 20,86% falleció durante su embarazo y el 0,61% durante el parto (UNICEF, 2020).

Según el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de Mortalidad Materna (2017) con mayor frecuencia, las mujeres pobres y pertenecientes a comunidades indígenas y afrodescendientes de la región reciben una atención de salud inadecuada y discriminatoria. Deben hacer frente a múltiples obstáculos para acceder a servicios de calidad, entre ellos: barreras geográficas, económicas, culturales y sociales y suelen sufrir mayores tasas de morbilidad y mortalidad. Los países con mayor presencia indígena y afrodescendiente (Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Haití, México, Perú y República Dominicana) son los que tienen la mortalidad materna más alta en la región, ya sea medida como RMM, o como número absoluto de defunciones, como es el caso de Brasil y México.

Todos estos datos nos indican que el riesgo obstétrico se ha convertido en un problema global el cual con las debidas precauciones y el control prenatal adecuado se podría controlar, la mayoría de las muertes tanto maternas como fetales son evitables si se mejorara la atención durante el embarazo, y no solo es necesario un buen control del embarazo sino una buena atención psicológica adecuada de las gestantes debido a que diversos estudios sugieren que la ansiedad en gestantes puede actuar como un factor de riesgo. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la relación entre la ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora?**

3. Justificación

En la actualidad uno de los problemas más comunes de la población a nivel nacional e internacional son los trastornos de ansiedad, sus síntomas pueden afectar a cualquier persona en determinados momentos de la vida. La literatura reporta que hay una fuerte vinculación entre la ansiedad, el género femenino y el embarazo, ya que la ansiedad se vuelve más evidente por los cambios psicosociales y biológicos que se producen durante este periodo. Cuando hay un aumento de la ansiedad materna puede haber ciertos cambios en la psicofisiología e incluso morfología de los niños, así como con bajo peso al nacer y alteración de la actividad y el desarrollo fetal.

Se ha demostrado que las gestantes que presentan ansiedad prenatal tienen relación con nacimiento prematuro (antes de las 37 semanas), más cesáreas programadas, tienen menos deseo de estar implicadas activamente en el parto, y se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos, como la depresión puerperal, así como tener influencia en el futuro desarrollo del comportamiento del recién nacido.

El riesgo obstétrico hace referencia a los factores externos o internos de una mujer que pueden ocasionar complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, o pueden de una forma u otra alterar el desarrollo de la normalidad o la presencia del producto. Por lo que es muy importante el control prenatal que debe ser eficaz y eficiente, mediante este se podrá vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

En este trabajo se busca estudiar la ansiedad prenatal que muchas veces pasa desapercibida, además del riesgo obstétrico que se puede producir durante el embarazo. Tenemos estudios limitados sobre la ansiedad prenatal por lo que con esta investigación ayudará a poder detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo antes posible, así como brindar una atención integral a las mujeres embarazadas, con el fin de reducir el sufrimiento y prevenir el riesgo obstétrico.

Por lo que el objetivo general de esta investigación es analizar la ansiedad y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora en el periodo octubre 2021- septiembre 2022; y como objetivos específicos: Categorizar el riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora , Identificar el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora y Establecer la relación existente entre la ansiedad y riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Este proyecto de investigación pertenece a la primera línea de investigación, Salud enfermedad Materno Infantil de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja y forma parte de las prioridades de la investigación del Ministerio de Salud Pública: Sistema Nacional de Salud, área “Maternas”, línea “Obstrucción de la labor”, sublíneas “Población vulnerable e Impacto psicosocial”, por el cual su viabilidad está plenamente justificada.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar la ansiedad y riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora en el periodo octubre 2021- septiembre 2022.

4.2 Objetivos específicos

- Categorizar el riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.
- Identificar el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.
- Establecer la relación existente entre la ansiedad y riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora.

Esquema de Marco Teórico:

5.1 Ansiedad

5.1.1 Factores

5.1.2 Clasificación

5.1.3 Criterios diagnósticos DSM-IV

5.1.4 Ansiedad Perinatal

5.1.4.1 Definición

5.1.4.2 Epidemiología

5.1.4.3 Causas

5.1.4.4 Fisiología

5.1.4.5 Manifestaciones Clínicas

5.1.4.6 Diagnóstico

5.1.4.7 Tratamiento

5.1.5 Ansiedad en el puerperio inmediato

5.2 Riesgo Obstétrico

5.2.1 Definición

5.2.2 Epidemiología

5.2.3 Factores de riesgo

5.2.4 Clasificación

5.2.5 Prevención y detección

5.2.6 Control prenatal

5.2.7 Evaluación y categorización según el MSP

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

El presente estudio se realizará con enfoque cuantitativo, de tipo prospectivo y de corte transversal.

6.2 Área de estudio

El presente estudio se llevará a cabo en el Hospital General Isidro Ayora, ubicado en la Av. Manuel Agustín Aguirre y Manuel Monteros esquina, Loja.

6.3 Periodo

Periodo comprendido de octubre 2021 - septiembre 2022.

6.4 Universo

El universo del presente estudio quedará compuesto por las embarazadas que acudan al área de ginecología del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo marzo-abril 2022.

6.5 Muestra

La muestra estará constituida por las embarazadas que acudan al área de ginecología del Hospital General Isidro Ayora, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de marzo-abril 2022.

6.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

6.6.1 Criterios de inclusión

- Embarazadas que acudieron al Hospital Isidro Ayora y que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado.
- Pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional.
- Pacientes que se encontraron en la etapa de puerperio inmediato.

6.6.2 Criterios de exclusión

- Gestantes con discapacidad intelectual.
- Gestantes con antecedentes de trastorno de ansiedad y que se entraron en tratamiento.

6.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Biológica	Años	10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44
Ansiedad	Es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones. Puede ser una reacción normal al estrés.	Psicológica	El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Ansiedad-Estado Bajo riesgo: 0-14 Tendencial al promedio: 15-19 Promedio: 20-22 Sobre el promedio: 23-31 Alto riesgo: 32-60 Ansiedad-Riesgo Bajo riesgo: 0-16 Tendencia al promedio: 17-23 Promedio: 24-25 Sobre el promedio: 26-32 Alto riesgo: 33-60
Riesgo Obstétrico	Factores externos o intrínsecos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante el embarazo, parto, puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.	Biológica	Escala de Riesgo Obstétrico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)	Riesgo bajo 0-3 Riesgo alto 4-6 Riesgo muy alto >7

6. Cronograma

Tiempo	2021			2022							
ACTIVIDADES	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión bibliográfica	■	■	■								
Elaboración de proyecto	■	■	■								
Aprobación del proyecto				■	■						
Recolección de datos					■	■	■				
Tabulación de información							■	■	■		
Análisis de datos								■	■		
Redacción de primer informe									■	■	■
Revisión y corrección de informe final									■	■	
Asignación de tribunal										■	■
Presentación de informe final											■

7. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Galón de ECO	40	1.96	78.40
	Pasaje bus	150	0.30	45.00
	Taxi	50	1.25	62.50
Alimentación	Almuerzo		2.50	375
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	resmas	5	4.00	20.00
Esferos y lápices	unidad	30	0.35	10.50
Impresiones a blanco/negro	hojas	300	0.04	12.00
Impresiones a colores	hojas	150	0.25	37.50
CD en blanco	unidad	4	1.00	4.00
Anillados	unidad	5	1.00	5.00
Empastados	Unidad	1	15.00	15.00
Traje de protección	Unidad	2	30.00	60.00
Mascarillas	Caja	5	5.00	25.00
Guantes	Caja	4	15.00	60.00
Alcohol	Galón	2	10.00	20.00
CAPACITACIÓN				
Curso estadístico SPSS	unidad	1	50.00	50.00
EQUIPOS				
Computador	equipo	1	500.00	500.00
Impresora	equipo	1	200.00	200.00
Internet	mes	12	24.00	288.00
Tóner	frasco	2	6.50	13.00
Sub total				1,880.90
(imprevistos 20%)				50.00
TOTAL				1,930.9