

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“DETECCIÓN DE ANSIEDAD EN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS
PROGRAMADAS PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
DEL 01 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2013”**

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO y MUNICIPIOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSTGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN
ANESTESIOLOGÍA

P R E S E N T A

M.C. ERICKA MONTOYA PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN ANEST. DRA ERILUZ BASILIO ENCARNACION

ASESOR:

E. EN ANEST. DRA MA. ELENA FABILA MAZA

REVISORES

E. EN ANEST. J. MARIOL PALACIOS LARA

Ph.D. JAVIER JAIMES GARCÍA

E. EN ANEST. LUZ DEL CARMEN GOMEZ GAMA

E. EN ANEST. NORMA CUELLAR GARDUÑO

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013

**“DETECCIÓN DE ANSIEDAD EN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS
PROGRAMADAS PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
DEL 01 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2013”**

RESUMEN

Introducción: El trabajo de parto y la resolución del mismo son experiencias que generan ansiedad, la cual se encuentra presente en la mayoría de las mujeres, pero sobre todo en las primíparas. La ansiedad en el periodo preoperatorio, es un hecho prácticamente constante hasta el momento de la intervención, desencadenando en el organismo una respuesta general al estrés. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de ansiedad y necesidad de información prequirúrgica en un grupo de primigestas que fueron sometidas a cirugía cesárea, mediante la escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo en 70 pacientes primigestas programadas para cirugía cesárea, ASA I a III para evaluar la presencia de ansiedad preoperatoria mediante la escala APAIS antes del procedimiento quirúrgico. Para el análisis estadístico descriptivo se realizó distribución de frecuencias absolutas y porcentuales.

Resultados: Las 70 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. La frecuencia de ansiedad fue del 73%, la necesidad de información demandante en el 71% a su vez el 57% de las pacientes requerían una alta demanda de información, el 30% tenía entre 31 a 35 años, la ocupación predominante fue profesionista y en el 41% tenían escolaridad superior o postgrado.

Conclusiones: La frecuencia de ansiedad y requerimiento de información prequirúrgica en primigestas programadas para cesárea en el HMI es elevado, siendo mayor en el grupo de mujeres de 31 a 35 años y aquellas con escolaridad elevada.

ABSTRACT

Introduction: Labor and resolution thereof are experiences that generate anxiety, which is present in most women, but especially in gilts. Anxiety in the preoperative period, the fact practically constant until the time of surgery, triggering a response in the body generally to stress. The aim of this study was to determine the frequency of anxiety and preoperative information needs in a group of primigravidae who underwent cesarean surgery by Preoperative Anxiety Scale and Amsterdam Information (APAIS).

Methods: We performed a prospective cross sectional descriptive study in 70 patients scheduled for surgery primiparous cesarean, ASA I-III to assess the presence of preoperative anxiety by APAIS scale before surgery. For descriptive statistical analysis was performed absolute frequency distribution and percentage.

Results: 70 patients met the inclusion criteria. The frequency of anxiety was 73%, the need for information applicant in turn 71% to 57% of patients required a high demand for information, 30% were between 31-35 years, the predominant occupation was practitioner and in 41% had higher education or graduate.

Conclusions: The frequency of anxiety and information requirement presurgical scheduled for cesarean section in primigravidae in the HMI is high, in the study group dominated by women from 31 to 35 years, professionals with higher education.

ÍNDICE

ANTECEDENTES	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	22
METODOLOGÍA	23
CONSIDERACIONES O IMPLICACIONES ÉTICAS	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	43

ANTECEDENTES

La ansiedad en el embarazo.

El embarazo es una experiencia física y emocional compleja que intrínsecamente genera estrés. Durante todo el embarazo se describen a menudo sentimientos de ansiedad, ambivalencia y labilidad del humor. Inicialmente, tan pronto como una mujer sabe que está embarazada, existen algunas elecciones por hacer en el estilo de vida, estas elecciones incluyen cuestiones relacionadas con hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol, uso de drogas, asistencia prenatal, situación laboral, si debe continuar el embarazo, etc. ⁽¹⁾

Durante todo el primer trimestre pueden existir más periodos de emociones fluctuantes tales como la aceptación del embarazo, la resolución de las elecciones en el estilo de vida y la incorporación de la presencia del feto.

El segundo trimestre es una época de menos cambios emocionales; estas pueden centrarse en los cambios de la imagen corporal y la sexualidad.

En el tercer trimestre, las relaciones emocionales pueden intensificarse al mismo tiempo que el malestar físico se torna más agudo. Las dificultades con el sueño y los síntomas somáticos asociados con el aumento del tamaño uterino son frecuentes. A menudo aumenta la ansiedad acerca de la salud del niño, la experiencia de la resolución del embarazo, los cambios en las actividades y la relación de madre. Esta maternidad inminente implica cierta pérdida de autonomía y control.

El trabajo de parto y la resolución del mismo son experiencias que generan ansiedad. En la mayoría de las mujeres, pero sobre todo en las primíparas, la ansiedad acerca del parto es grande, esta ansiedad puede ser mediada por la

información y la preparación para el trabajo de parto y el parto y por el apoyo de su pareja y de los profesionales médicos. ^(1, 2)

La mujer normal reacciona al embarazo en la misma forma en que lo hace a otras situaciones en su vida, adaptándose y desarrollando cierto grado de felicidad y aceptación o de rechazo y desagrado. ^(3,4)

Si el embarazo fue planeado será una fuente de agrado al enterarse de su condición y soportará las incomodidades, restricciones y cambios inherentes a él; a pesar de que la madre experimente reacciones de ansiedad, temor o conflictos, estos son equilibrados por la admiración de parte del esposo, familiares y amigos, por la confianza en su médico y por el conocimiento del buen estado de salud y el progreso satisfactorio de su embarazo. En pacientes con trastornos emocionales derivados de conflictos de su infancia o adolescencia, pueden desarrollar síntomas neuróticos y con menor frecuencia reacciones psicóticas consecutivas al impacto psicológico del embarazo. ^(3, 4, 6)

Aprensión, ansiedad y miedo; estas reacciones emocionales son experimentadas por la gran mayoría de pacientes durante su embarazo. Existen dos temores que a menudo van unidos: el temor por sí misma y el temor por su hijo, el primero está relacionado con el estado de salud de la madre y a la posibilidad de complicaciones durante el parto; el segundo está en relación con la salud del producto, temor al aborto, muerte intrauterina y malformaciones. ^(4, 5,6)

Debe considerarse el papel del médico, que sin intención puede provocar reacciones emocionales en su paciente derivadas de su conducta, actitudes y comentarios así como el uso de tecnicismos. El médico debe suprimir sus propios temores y ansiedad para que la paciente no se percate de ello. ⁽⁶⁾

La aprensión y ansiedad son provocados con frecuencia por el traslado al hospital, estos pueden agravarse por la separación de la paciente de su

familia, especialmente la primigesta que se ve súbitamente privada de la protección y compañía del esposo y/o padres, en cambio, las multíparas pueden desarrollar aprensión y ansiedad por los niños que han dejado en casa; estas reacciones pueden ser provocadas o reforzadas por la actitud o conducta negativas del personal de admisión, enfermería, médicos, temores de la paciente, traslado a la sala de trabajo de parto y si la paciente no recibe la atención ni las explicaciones necesarias. (4, 7,8)

En la mujer embarazada sin información adecuada, el dolor durante el parto puede provocar o agravar el temor y la ansiedad, cuando el dolor no ha sido eliminado por medio de cualquier método de analgesia, pueden producirse experiencias desagradables, aún en pacientes sanas y por partos normales; también pueden precipitarse trastornos emocionales muy serios los cuales pueden afectar la salud de la paciente e influenciar las relaciones con su hijo, durante los primeros días postparto, en ocasiones la paciente puede desarrollar temor a futuros embarazos y afectar las relaciones emocionales con su pareja. (7,8)

Las reacciones emocionales provocadas por la anestesia son importantes para todo el equipo médico, pero en particular para el anesthesiólogo quien debe contrarrestar todos los factores que pueden contribuir a convertir la anestesia en una experiencia muy desagradable. (7)

Reacciones emocionales del periodo preanestésico. Este periodo empieza en el instante en que se hace el diagnóstico de embarazo y se considera la anestesia para el parto; la paciente puede presentar grados variables de ansiedad y temor acerca de la anestesia, el más serio es el miedo a morir, más común en la paciente primigesta sin información o mal orientada, o con informaciones falsas acerca de posibles complicaciones, en otras ocasiones los conceptos equivocados son debidos a experiencias desagradables que han ocurrido a parientes, amistades o inclusive a la misma paciente.

Reacciones emocionales durante el periodo transanestésico. Las reacciones emocionales más importantes ocurren antes de la administración del anestésico, un temor frecuente y explicable es a que el obstetra inicie algún procedimiento antes de que exista analgesia adecuada, en otras pacientes la anestesia inhalatoria simboliza sofocación y asfixia y pueden desencadenar reacciones de ansiedad en la inducción; otra causa de temor es que durante la anestesia, al producirse pérdida de la conciencia, se ejecuten actos irresponsables o se divulguen secretos íntimos. El miedo a la anestesia puede ser inducido por actitudes, comentarios o reacciones del equipo médico.

La actitud del anesthesiólogo es muy importante ya que puede tener efectos benéficos o adversos sobre la paciente reafirmando su confianza o provocando reacciones psicológicas negativas, cualquier expresión de molestia, agresividad o intolerancia por parte del anesthesiólogo pueden inducir lo mismo en la paciente; los sueños durante la anestesia pueden provocar reacciones físicas anormales o producir efectos psicológicos indeseables consecutivos a la anestesia, los sueños son respuesta a estímulos externos o internos y alteran la hipnosis anestésica, los sueños se presentan habitualmente durante la inducción o en el periodo de recuperación. La preparación prematura como aseo o limpieza de la región, manipulaciones o instrumentación antes de que la paciente este lo suficientemente anestesiada, son de los errores más frecuentes en la práctica. Tales maniobras pueden desencadenar una respuesta simpática anormal durante la anestesia y provocar reacciones emocionales severas. ^(7,8)

Reacciones emocionales del periodo postanestésico. Algunas mujeres, como una resultante de ciertos patrones culturales o religiosos, tienen el concepto de que la anestesia obstétrica no es necesaria o aún debe ser evitada y puede desencadenar sentimientos de culpa y reacciones depresivas después de la anestesia.

Aspectos psicossomáticos del parto y la anestesia. Agregado a las reacciones emocionales del parto y la anestesia, con frecuencia se producen respuestas somáticas, a pesar de que la magnitud de ellas varía de acuerdo a la reacción individual de adaptación y a la preparación antes de la resolución del embarazo, el patrón general es similar, involucra mecanismos endócrinos nerviosos y humorales que causan alteraciones uterinas, metabólicas y cardiovasculares, así como otros efectos psicossomáticos. ⁽⁸⁾

La respuesta simpática mediada por catecolaminas que actúan sobre los receptores alfa y beta adrenérgicos de los diversos órganos, se hace evidente en la mujer durante el trabajo de parto. Como consecuencia de la estimulación simpática, podemos observar: efectos sobre la contractilidad uterina, efectos cardiovasculares, efectos respiratorios, metabólicos y gastrointestinales.

Sobre la contractilidad uterina, ha sido demostrado el efecto de las principales catecolaminas endógenas (epinefrina y norepinefrina), que se liberan por estímulos de la corteza a las glándulas suprarrenales, provocados por la ansiedad y el dolor amplificado.

Mientras la epinefrina deprime la contractilidad uterina, la norepinefrina la estimula, siendo estos efectos de importancia por la falta de coordinación de la actividad uterina. Los diversos procedimientos de analgesia son un valioso medio de coordinación de la actividad uterina. ^(8,9)

Otro de los efectos importantes de la liberación de catecolaminas, es su repercusión cardiovascular. El corazón responde sensiblemente a los estímulos de los beta-receptores y las arterias y venas responden relajándose o constriñéndose de acuerdo con los receptores alfa y beta estimulados. De ahí las manifestaciones clínicas de taquicardia, hipertensión, broncoconstricción y su repercusión sobre la perfusión uteroplacentaria llegando hasta la acidosis fetal, la cual ha sido comprobada por el nivel de adrenalina en el plasma. ^(8, 9, 10,11, 12, 13)

La mujer embarazada requiere un apropiado manejo de la ansiedad, no solo para evitar las consecuencias de los estímulos simpáticos, si no para que se identifique con el médico anestesiólogo y reciba de buen agrado los procedimientos de anestesia.

Algunos autores han llegado a comparar la valoración preanestésica con la administración del fármaco ansiolítico más potente, situación por demás importante en el embarazo ya que éste produce generalmente una carga emotiva en la paciente; estas reacciones emocionales desencadenan cambios bioquímicos y fisiológicos similares a la respuesta metabólica al trauma. ^(7,18)

Los trastornos de ansiedad se han informado en el embarazo hasta en el 13.6% de las pacientes. Los fármacos más usados para esta condición continúan siendo las benzodiazepinas. ⁽⁹⁾

Se han descrito varios tipos de malformaciones congénitas asociadas al uso de benzodiazepinas durante el primer trimestre de la gestación. Los defectos de la fusión o del cierre de la cavidad oral (fisura o hendidura palatina y/o labio leporino) son los más frecuentes que se han relacionado con su uso, también se han reportado otras malformaciones como defectos cardiacos, hernia inguinal, estenosis pilórica, sindactilia y espina bífida, pero se desconoce el grado de implicación real de estos fármacos en cada caso. ^(10, 11, 12)

La exposición a benzodiazepinas durante el embarazo, sobre todo durante el tercer trimestre, se ha asociado con dos tipos de complicaciones neonatales: la depresión neurológica del recién nacido, que cursa con trastornos de la regulación de la temperatura, apnea, disminución en la prueba de Apgar, hipotonía muscular y dificultades para la alimentación, y el síndrome de abstinencia neonatal caracterizado por retraso del crecimiento intrauterino, llanto excesivo, hipertonía, vómitos e incremento de la regurgitación. ^(12, 13, 14, 15)

ANSIEDAD. Del latín *anxietas* “angustia, aflicción”. Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, a ira, la tristeza o la felicidad. Para preservar su integridad física ante amenazas el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante millones de años como la huida y la lucha.

En la actualidad se estima que un 20.4% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

Ante una situación de alerta, el organismo pone en funcionamiento el sistema adrenérgico. Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa.

En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y conforma en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen los denominados trastornos de ansiedad, que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, etc.

La ansiedad normal se presenta en episodios poco frecuentes, con intensidad leve o media y de duración limitada, ante estímulos previsibles y comunes y con un grado de sufrimiento y limitación en la vida cotidiana acotada. En cambio la ansiedad a niveles patológicos se caracteriza por sucederse en episodios reiterativos, de intensidad alta y duración excesiva, con alta y desproporcionada reactividad a la amenaza, provocando gran sufrimiento y notable interferencia en la vida diaria.

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, disnea, temblor de extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez o debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales. Algunos de los síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como las arritmias cardíacas o la hipoglucemia.

ANSIEDAD PREOPERATORIA. Malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato por el acto anestésico-quirúrgico.

La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento en el estrés experimentado por el paciente, causando en consecuencia un manejo del dolor más difícil en el posoperatorio.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto anestésico- quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente. ⁽¹⁶⁾

La ansiedad en el período preoperatorio, es un hecho prácticamente constante hasta el momento de la intervención, desencadenando en el organismo una respuesta general al estrés, con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos (elevación del cortisol, ACTH, glucagon, aldosterona, vasopresina, prolactina, hormona antidiurética, resistencia a la insulina, etc.), alteraciones hidroelectrolíticas (descenso del potasio sérico, retención hidrosalina) y modificaciones inmunológicas. ^(17, 18)

Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales, a la posibilidad de morir, etc. Este estado de ansiedad puede repercutir en el curso evolutivo intraoperatorio en forma de una mayor incidencia de inestabilidad hemodinámica, o requerimiento de mayor dosis de fármacos, y en el postoperatorio, con trastornos de comportamiento que pueden interferir en la recuperación del paciente. ^(16, 17, 18)

Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la recuperación. Probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía. ^(19, 20)

La intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más los miedos al respecto, conducen al estrés psicológico de manera por demás importante. ⁽²¹⁾

Es así como el control del nivel de ansiedad preoperatorio permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes y que se manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas, lo que produciría un descenso en la morbimortalidad. ^(21, 22, 23)

Aunque el porcentaje de pacientes ansiosos en el periodo preoperatorio no se conoce, algunos estudios previos indican la presencia de ansiedad de entre el 60 y el 80%. La premedicación ayuda a disminuir estos índices, en la visita preanestésica se puede identificar que pacientes requieren una mayor atención. ⁽²⁴⁾

Otro aspecto del cuidado preoperatorio es la necesidad del paciente de la información; se ha demostrado que la información otorgada a los pacientes antes de la cirugía puede facilitar la recuperación, sin embargo, algunos pacientes prefieren no ser informados mientras que otros desean ser informados tanto como sea posible. ^(23, 24)

A menudo, el anestesiólogo evalúa de una manera imperfecta la ansiedad del paciente y por consiguiente es frecuente que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente además de que este último suele confundirse con los temores causados por la cirugía y los relacionados por la anestesia. ^(22, 23, 24)

La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el periodo perioperatorio, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. ⁽²⁴⁾

ESCALAS DE MEDICIÓN DE ANSIEDAD

Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor postoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención. Debido a esto es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento anestésico-quirúrgico, para lo cual existen diversas escalas como el DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale) la Escala Visual Análoga de ansiedad, STAI (State-Trait Anxiety Inventory), las escalas de ansiedad de Taylor (inventario de situaciones y respuestas de ansiedad) y más recientemente, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Amsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman y colaboradores en 1996.

La Escala Preoperatoria de la Ansiedad y de Información de Amsterdam, incluye 6 preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, 1: nada, a 5: extremadamente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención quirúrgica, una puntuación total de 4 (no ansioso) a 20 puntos (muy ansioso) y dos preguntas se refieren a la demanda de información, 2 puntos (sin necesidad de información) y 10 puntos (alta necesidad de información). Tiempo de aplicación: menos de dos minutos. ^(24, 25, 26)

1. Me preocupa la anestesia.
2. Pienso en la anestesia constantemente.
3. Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia.
4. Me preocupa la cirugía
5. Pienso en la cirugía constantemente

6. Me gustaría saber lo más posible sobre la cirugía.

ESCALA PREOPERATORIA DE LA ANSIEDAD Y DE INFORMACIÓN DE
AMSTERDAM

	NADA EN ABSOLUTO	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
Puntaje	1	2	3	4	5
ANESTESIA					
Estoy preocupada por la anestesia					
Pienso continuamente en la anestesia					
<i>Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la anestesia.</i>					
CIRUGÍA					
Estoy preocupada por la cirugía					
Pienso continuamente en la cirugía					
<i>Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la cirugía.</i>					
TOTAL INFORMACIÓN:					
TOTAL ANSIEDAD:					

La Escala APAIS, fue desarrollada a partir de un estudio realizado en el Departamento de anestesiología y el departamento de epidemiología clínica y bioestadística del Centro Médico Académico de la Universidad de Amsterdam, en tal estudio que fue realizado a lo largo de 3 meses, se les solicitó a 320 pacientes de diversas especialidades quirúrgicas y sexo indistinto, mayores de edad, que evaluaran su ansiedad y la necesidad de información acerca de los procedimientos anestésico y quirúrgico durante la valoración preanestésica. Para cerciorarse de que el instrumento de medición creado por, Moerman y cols., realmente midiera la ansiedad, a 200 de estos pacientes se les realizó la prueba de estado-rasgo de ansiedad de Spielberger, una prueba psicométrica para evaluar el estado de ansiedad en diversas situaciones de la vida cotidiana que consta de un cuestionario de 20 preguntas. La medida de validez concurrente se determinó con la correlación de la escala APAIS con el STAI (que se utilizó como estándar de oro). Con la finalidad de investigar si existía una relación entre la

necesidad del paciente para obtener información y el nivel de ansiedad, se dividió a los pacientes según su puntuación en tres grupos. Los pacientes con una puntuación de 2-4 en la escala de información pueden ser clasificados como información poco exigente, los pacientes con una puntuación de 5-7 pueden ser clasificados como requisito de información promedio y aquellos con una puntuación de 8-10 como alta demanda de información.

Para detectar los casos de ansiedad se determinaron diferentes puntos de corte con los cuales varía la sensibilidad y especificidad. Teniendo así:

PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE ANSIEDAD				
	10	11	12	>13
SENSIBILIDAD	75.0%	70.3%	59.4%	53.1%
ESPECIFICIDAD	78.7%	86.8%	90.4%	97.1%

Para la práctica clínica se recomienda que los pacientes con una puntuación en la escala de ansiedad >11, se deben considerar como los casos de ansiedad así como aquellos con una puntuación en la escala de información >5.

Se concluyó que la escala APAIS además de ser específica para evaluar la situación preoperatoria, no es extensa y puede ser utilizada para la práctica clínica como parte de la valoración preanestésica y con fines de investigación y no hay mayor diferencia con respecto a la escala psicométrica de Spielberg, por lo que después de este estudio fue validada en el año de 1996 en Amsterdam, capital de Los Países Bajos y posteriormente utilizada en diferentes países europeos. (24, 25, 26, 29)

En México se ha utilizado dicha escala para detectar el nivel de ansiedad preoperatoria en diferentes instituciones de salud, tales como Hospital General de México, Hospital Juárez de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social desde el año 2000. Por lo anterior, utilizaremos esta herramienta de detección de ansiedad y requerimiento de información en esta unidad Médica en pacientes que tienen factores de riesgo de presentar ansiedad como lo es el embarazo, ser primigesta y la situación preoperatoria. (17, 19, 20, 30)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es en sí un estado que genera ansiedad desde el momento en que la mujer se sabe embarazada; El miedo y ansiedad hacia los procedimientos anestésicos son una entidad que se identifica con frecuencia durante la consulta de valoración preanestésica, sin embargo se desconoce la incidencia. Un paciente ansioso es poco colaborador, requiere de mayores dosis de medicamentos para el mantenimiento transanestésico, hay incremento del dolor posoperatorio por lo tanto mayor necesidad de analgésicos y prolongación de días de estancia hospitalaria que repercutirán en la experiencia anestésica-quirúrgica, calidad de atención y costos.

Los cambios fisiopatológicos debidos al estrés sumados a la respuesta metabólica al trauma son factores que pueden retrasar la recuperación del paciente, requiriendo la mayoría de las ocasiones medicación para disminuir el estado de ansiedad, sin embargo la ansiólisis farmacológica, generalmente con benzodiazepinas, no está exenta de riesgos; para una ansiólisis efectiva se requiere de la premedicación del paciente inclusive desde un día previo a la intervención quirúrgica siendo necesario el monitoreo y vigilancia del mismo ya que podría presentarse depresión respiratoria entre otros efectos adversos medicamentosos. Debido a la cantidad de pacientes hospitalizados y la demanda de atención médica es casi imposible llevar a cabo estos cuidados. En la paciente embarazada es cuanto aún más difícil e insegura la administración de ansiolíticos.

La ansiedad excesiva puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología y comportamiento maternos e incluso alterar el bienestar del feto. Por todo lo anterior, es necesario detectar la ansiedad perinatal.

No existe investigación previa en este hospital que indique cual es su frecuencia. En el HMI, se realizan un promedio mensual de 70 cirugías cesáreas, siendo la

cirugía obstétrica más frecuente de acuerdo a los registros institucionales del año 2012, por lo se buscará responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad en relación a la anestesia en pacientes primigestas programadas para cesárea en el Hospital Materno Infantil del 01 de abril al 31 de mayo de 2013?

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Materno Infantil se desconoce la frecuencia en que se presenta la ansiedad prequirúrgica, no existen investigaciones previas al respecto. La ansiedad excesiva puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología y comportamiento maternos e incluso alterar el bienestar del feto, incrementar el consumo de medicamentos ansiolíticos y analgésicos e interferir en la recuperación postoperatoria, siendo por esto necesario identificar y tratar la ansiedad prequirúrgica materna.

El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención médica preanestésica se deberá enfocar en detectar e intervenir en la disminución de la misma, favoreciendo así la recuperación del paciente en el postoperatorio, disminuyendo días de estancia hospitalaria.

Conocer la frecuencia de presentación de la ansiedad en la población materna nos dará pautas para crear estrategias a futuro, con la finalidad de disminuir o atenuar el estado de ansiedad y cubrir la necesidad de información de las pacientes sometidas a cesárea y posteriormente estudiar al resto de la población derechohabiente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes primigestas programadas para cesárea en el hospital materno infantil del 01 de abril al 31 de mayo de 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el porcentaje de pacientes con ansiedad utilizando la escala APAIS dentro del procedimiento de valoración preanestésica.
- Evaluar el porcentaje de requerimiento de información del procedimiento anestésico y quirúrgico.
- Determinar el grado de requerimiento de información prequirúrgica en este grupo de pacientes.
- Determinar la edad de la paciente en la que exista mayor nivel de ansiedad.
- Determinar la escolaridad de la paciente en el que exista mayor nivel de ansiedad.
- Determinar la ocupación de la paciente en la que exista mayor nivel de ansiedad.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Descriptivo, transversal prospectivo.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
ANSIEDAD	Malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato por el acto anestésico-quirúrgico para cesárea.	De acuerdo a la APAIS (Escala Preoperatoria de Índice de Ansiedad y necesidad de Información) en las preguntas referentes a la presencia o ausencia de ansiedad: Presente → puntaje mayor a 11 puntos Ausente → puntaje menor a 11 puntos	Cualitativa dicotómica	Nominal
NECESIDAD DE INFORMACIÓN ACERCA DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO Y QUIRÚRGICO	Conjunto de datos requeridos por el paciente acerca de los procedimientos que se le realizarán.	De acuerdo a la APAIS (Escala Preoperatoria de Índice de Ansiedad y necesidad de Información) en las preguntas referentes a la necesidad de información: <i>Menos de 5 puntos:</i> Información no demandante <i>Mayor a 5 puntos:</i> Mayor información prequirúrgica.	Cualitativa dicotómica	Nominal

GRADO DE REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN	Conjunto de datos requeridos por el paciente en mayor o menor medida acerca de los procedimientos que se le realizarán.	Puntaje en la escala de información del cuestionario APAIS: 2-4 información exigente 5-7 información promedio 8-10 alta demanda de información	Cualitativa politómica	Ordinal
--	---	--	------------------------	---------

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
EDAD CRONOLÓGICA	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Mujeres primigestas entre 20 a 40 años programadas para cesárea, divididas en 4 grupos: 20-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años	Cualitativa politómica	Ordinal
OCUPACION	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.	3 grupos: -Hogar -Oficios (secretaria, costurera, policía, etc) -Profesionista	Cualitativa politómica	Nominal
ESCOLARIDAD	Conjunto de enseñanzas y cursos para la preparación académica.	3 niveles académicos: Educación básica (primaria y secundaria) Educación media superior y/o carrera técnica) Educación superior y postgrado	Cualitativa politómica	Ordinal

Universo de estudio. 70 mujeres de 20 a 40 años de edad, primigestas, programadas para cesárea dentro de los quirófanos del Hospital Materno Infantil ISSEMyM del 01 de abril al 31 de mayo de 2013.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres de entre 20 a 40 años primigestas programadas para cesárea.
2. Estado Físico ASA I a III
3. Aprobación del consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de no inclusión

1. Problemas de comunicación verbal y/o escrita.

MUESTRA

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico de conveniencia y secuencial.

Tamaño de muestra: 70 mujeres primigestas de 20 a 40 años de edad programadas para cesárea del 01 de abril al 31 de mayo de 2013, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM.

PROCEDIMIENTO

Una vez autorizado el protocolo de investigación por el Comité de Investigación y ética del Hospital Materno Infantil ISSEMyM, el reclutamiento se llevó a cabo en la consulta preanestésica y la unidad de tococirugía a un total de 70 pacientes primigestas de entre 20 y 40 años de edad que fueron programadas para cesárea mismas que fueron intervenidas en el periodo del 01 de abril al 31 de mayo de 2013.

Se realizó la valoración preanestésica habitual por los médicos residentes de los 3 grados y se otorgó el estado físico de la ASA ⁽³¹⁾, Aquellas pacientes que cumplían con los criterios de inclusión fueron informadas acerca del estudio y se les entregó un consentimiento bajo información⁽³²⁾ para su participación, si la paciente aceptaba se aplicaba un cuestionario de 6 preguntas pertenecientes a la Escala de Ansiedad e Información de Amsterdam^(33,34) (APAIS), quienes marcaban la aseveración que más se acercaba a su estado al momento de la valoración anestésica.

El puntaje de cada cuestionario fue sumado por los médicos residentes que realizaron la valoración preanestésica. Una vez obtenidos los datos, el tesista realizó el análisis estadístico.

ANALISIS ESTADISTICO

Estadística descriptiva

Frecuencias y porcentajes.

IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue presentado al subcomité de ética e investigación del Hospital Materno Infantil del ISSEMyM para su aprobación.

Las normas de buena práctica clínica, es un estándar internacional ético y de calidad científica para diseñar, conducir, registrar y reportar estudios que involucran la participación de humanos; el cumplimiento de este proporciona una garantía pública de los derechos, la seguridad, el bienestar de los sujetos de un estudio, protegidos acorde a los principios que tienen su origen en la Declaración de Helsinki.

La Asociación Médica Mundial (AMM), ha promulgado la declaración de Helsinki (1964) como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, el deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.

El estudio se fundamenta en la experiencia previa realizada en otros países y los realizados en población mexicana en los últimos años. Se contempla de acuerdo a los lineamientos éticos de Helsinki y lo establecido a la Ley General de salud sobre aspectos éticos de la investigación

Se considera un estudio de riesgo menor al mínimo requiriendo de consentimiento informado en base a publicación de datos obtenidos de la paciente.

RESULTADOS

Se aplicaron 70 encuestas de la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) a primigestas programadas para cesárea de entre 20 a 40 años de edad. De acuerdo al rubro que evalúa presencia o ausencia de ansiedad prequirúrgica el resultado fue que en 51 pacientes (73 %) había ansiedad prequirúrgica y en 19 pacientes (27 %) estaba ausente. (*Gráfico 1*)

En cuanto a la evaluación de necesidad de información prequirúrgica el resultado fue que en 50 pacientes (71%) hubo requerimiento de información demandante y en 20 pacientes (29 %) la información requerida fue no demandante. (*Gráfico 2*).

En la evaluación del grado de requerimiento de información, en 16 pacientes (23%) la información requerida fue exigente, 14 pacientes (20%) requirieron información promedio y 40 pacientes (57%) alta demanda de información. (*Tabla 1*)

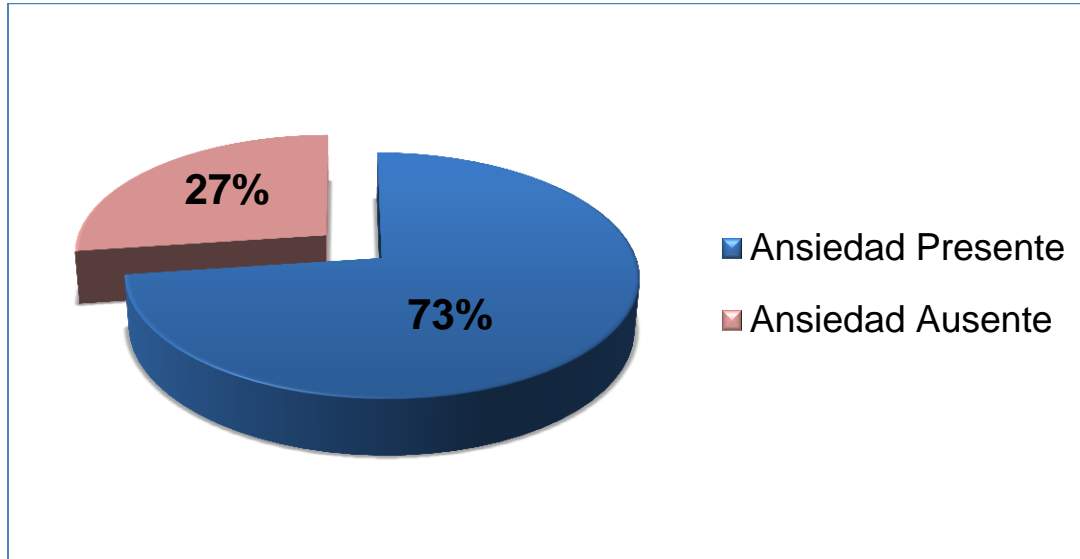
Para su estudio se dividieron las 70 pacientes en 4 grupos de edad, encontrando que 18 pacientes (26%) tenían entre 20 a 25 años de edad, 16 pacientes (23%) tenían entre 26 a 30 años, 21 pacientes (30%) tuvieron entre 31 a 35 años y 15 pacientes (21%) de 36 a 40 años. (*Tabla 2*)

Se dividieron las diversas ocupaciones en 3 grupos de los cuales se encontró que 18 pacientes (26%) se dedicaba al hogar, 17 pacientes (24%) desempeñan algún oficio y 35 pacientes (50%) son profesionistas. (*Gráfico 3*)

De acuerdo a la escolaridad, 20 pacientes (29%) contaban con educación básica llámese primaria y/o secundaria, 21 pacientes (30%) tuvieron escolaridad media superior y/o carrera técnica y en 29 pacientes (41%) la escolaridad fue superior y/o postgrado (licenciatura, ingeniería, maestría, doctorado, etc.). (*Tabla 3*)

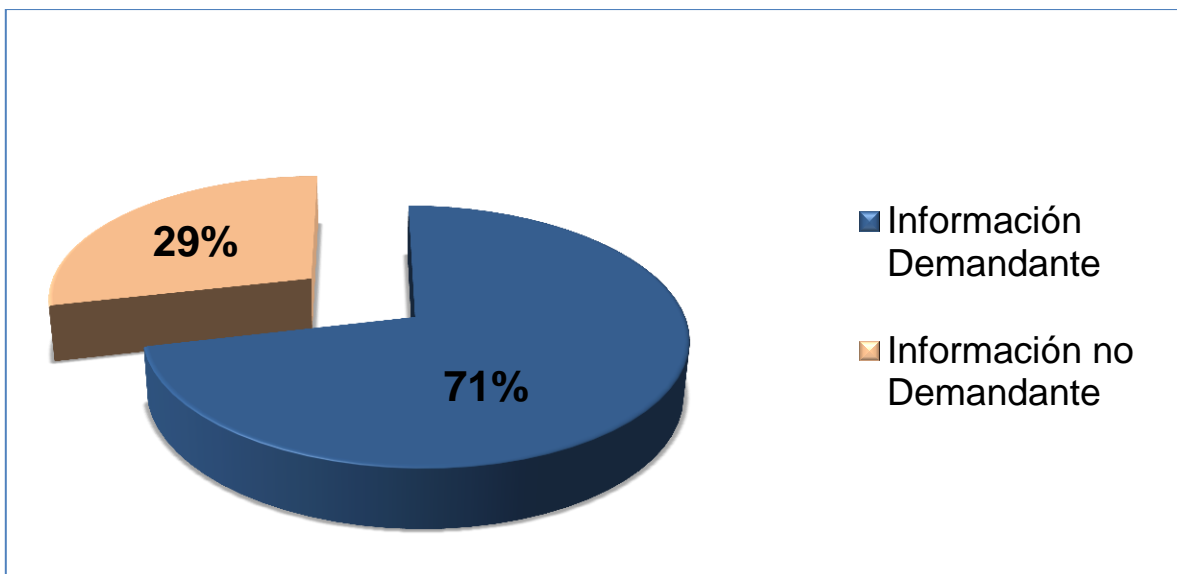
RESULTADOS

GRÁFICO 1. DETECCIÓN DE ANSIEDAD. EN PACIENTES PRIMIGESTAS PROGRAMADAS PARA CIRUGÍA CESÁREA EN EL HMI



Fuente: Hojas de recolección de datos HMI ISSEMyM TOLUCA Abril-Mayo 2013.

GRÁFICO 2. NECESIDAD DE INFORMACIÓN. EN PACIENTES PRIMIGESTAS PROGRAMADAS PARA CIRUGÍA CESÁREA EN EL HMI



Fuente: Hojas de recolección de datos HMI ISSEMyM TOLUCA Abril-Mayo 2013.

TABLA 1. GRADO DE REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN. EN PACIENTES PRIMIGESTAS PROGRAMADAS PARA CIRUGÍA CESÁREA EN EL HMI

PUNTAJE APAIS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
2-4 (INFORMACIÓN EXIGENTE)	16	23
5-7 (INFORMACIÓN PROMEDIO)	14	20
8-10 (ALTA DEMANDA)	40	57
TOTAL	70	100

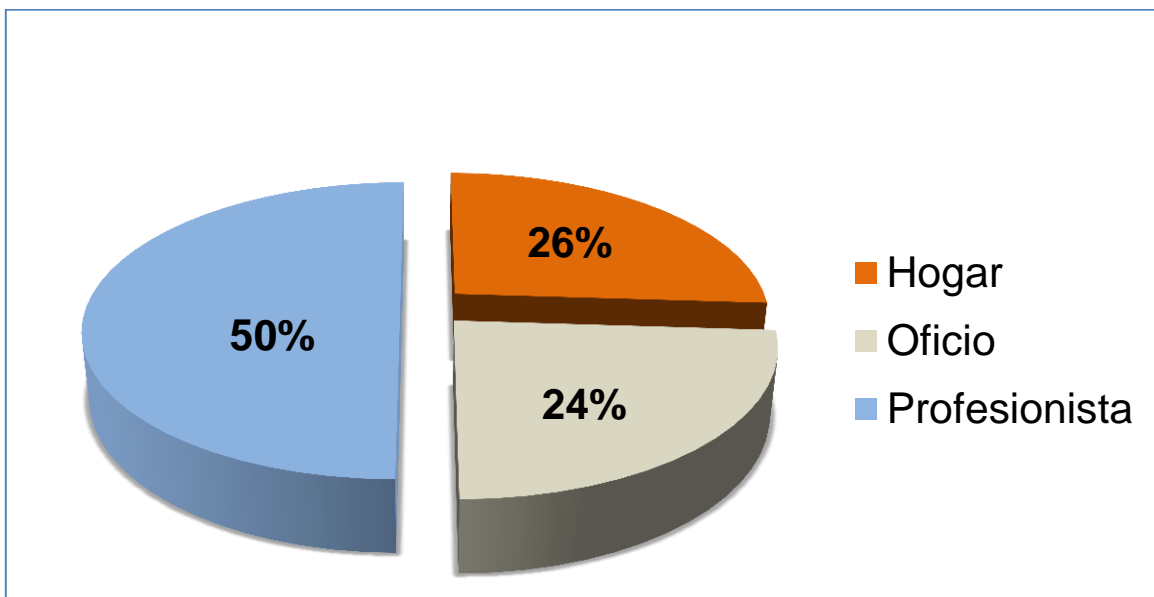
Fuente: Hojas de recolección de datos HMI ISSEMyM TOLUCA Abril -Mayo2013.

TABLA 2. EDAD CRONOLÓGICA. EN PACIENTES PRIMIGESTAS PROGRAMADAS PARA CIRUGÍA CESÁREA EN EL HMI

EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
20-25 AÑOS	18	26
26-30 AÑOS	16	23
31-35 AÑOS	21	30
36-40 AÑOS	15	21
TOTAL	70	100

Fuente: Hojas de recolección de datos HMI ISSEMyM TOLUCA Abril-Mayo 2013.

GRÁFICO 3. OCUPACIÓN. EN PACIENTES PRIMIGESTAS PROGRAMADAS PARA CIRUGÍA CESÁREA EN EL HMI.



Fuente: Hojas de recolección de datos HMI ISSEMyM TOLUCA Abril-Mayo 2013.

TABLA 3. ESCOLARIDAD. EN PACIENTES PRIMIGESTAS PROGRAMADAS PARA CIRUGÍA CESÁREA EN EL HMI.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
PRIMARIA Y/O SECUNDARIA	20	29
MEDIA SUP. Y/O CARRERA TÉCNICA	21	30
SUPERIOR Y/O POSTGRADO	29	41
TOTAL	70	100

Fuente: Hojas de recolección de datos HMI ISSEMyM TOLUCA Abril-Mayo 2013.

DISCUSIÓN.

En este estudio encontramos que la ansiedad prequirúrgica en mujeres primigestas programadas para cesárea estuvo presente en el 73% de los casos. En la literatura consultada encontramos que la ansiedad prequirúrgica fluctúa entre el 60 y 80% ^(16, 24) y los trastornos de ansiedad durante el embarazo se encuentran presentes hasta en el 13.6% ⁽⁹⁾. Nuestros resultados fueron similares en cuanto a la detección de ansiedad prequirúrgica sin embargo no hay estudios en los que se investigue exclusivamente la frecuencia de ansiedad de mujeres en quienes la resolución del embarazo fue quirúrgica; en la mayoría de las investigaciones previas, la población estudiada es diversa, incluidos hombres y mujeres con diferentes patologías.

Los trastornos de ansiedad durante el embarazo se han estudiado en su mayoría por su relación con la depresión postparto ⁽¹²⁾ y en algunos casos por su asociación con la aparición de asma en los hijos de estas mujeres ⁽¹³⁾ más no así en busca de ansiedad prequirúrgica.

Otros factores que influyen además para un alto índice de ansiedad prequirúrgica en nuestra población estudiada, es el hecho de ser una población femenina; se ha reportado que las mujeres presentan hasta 5 veces más ansiedad que los hombres. ⁽¹⁶⁾ Una mujer embarazada manifiesta experiencias físicas y emocionales que generan en ella mayor estrés ^(1,4,5) y esta ansiedad puede ser mayor en una primigesta ^(7,8).

Por todo lo anterior no podemos decir que nuestros resultados son iguales a los reportados por otros autores porque no existe estudio de comparación.

Se sugiere que en futuras investigaciones, el número de pacientes sea mayor y que se incluya a las mujeres que cuenten con cesáreas previas; lo ideal sería buscar primero la incidencia de ansiedad prequirúrgica en toda aquella paciente que esté programada para alguna intervención, sea esta obstétrica o no, así como incluir pacientes de todas las edades mayores de 18 años.

La Escala APAIS puede bien realizarse de forma cotidiana durante la valoración preanestésica ya que no se trata de un procedimiento que implique ningún riesgo y el tiempo de aplicación lleva aproximadamente 2 minutos.

En cuanto a la necesidad de información prequirúrgica, tenemos que en el 71% de los casos la información requerida fue demandante es decir tuvieron una puntuación en la escala APAIS mayor a 5 puntos.

Esta necesidad de información fue dividida en grupos para clasificarla en 3 grados de acuerdo al puntaje obtenido, teniendo así que el 23% las pacientes requerían una información prequirúrgica exigente, el 20% de la población estudiada requería una información prequirúrgica promedio, y en el 57% de los casos las pacientes requerían ser altamente informadas acerca de los procedimientos quirúrgico y anestésico.

En contraste con los resultados de un estudio realizado en el Hospital Juárez de México en el año 2008, en donde se realizaron 450 encuestas durante el preoperatorio inmediato; estos autores reportan que en materia de información, el paciente quiere saber pero a veces no sabe cuánto. Del 68% de los pacientes que requirieron información demandante sólo el 28% deseó saberlo todo, el 46% de los pacientes se interesaron por una información moderada y un 23% no deseo saber nada acerca del procedimiento anestésico ni quirúrgico. ⁽¹⁷⁾

Estas cifras no concuerdan con nuestros resultados, cabe mencionar nuevamente que no se ha realizado estudio previo en busca de ansiedad prequirúrgica, con una población específica como lo son las primigestas. Este grupo de pacientes puede presentar ansiedad por otros factores como el embarazo mismo.

Moerman, apunta que, los pacientes sin experiencia previa de la anestesia y cirugía tienen requerimientos más altos de información que aquellos que tienen experiencias previas. El mismo autor menciona que las mujeres muestran una frecuencia de ansiedad más alta que los hombres y que los pacientes con mayor nivel de ansiedad demandan más información; concluyendo así que si las mujeres

están más ansiosas por tanto van a demandar mayor información ^(20, 22, 24) Esta es la explicación que nosotros encontramos de acuerdo a los resultados obtenidos.

Los datos consultados en otros estudios en diferentes países y poblaciones indican que en aproximadamente el 80% de los casos los pacientes tienen una actitud positiva para recibir la información prequirúrgica durante la valoración preanestésica y el 17% los pacientes presentan una actitud negativa o indiferente, es decir, prefiere no ser informado acerca de los procedimientos. ⁽²⁴⁾

Lo cierto es que la manera de informar a los pacientes debe basarse en las necesidades de cada uno de ellos.

En el grupo de edad de 31 a 35 años se encontró una frecuencia de ansiedad prequirúrgica del 30%, en la bibliografía consultada encontramos que la edad promedio de presentación estaba entre 44 años +/-12 (16, 19, 20) pero la edad de los pacientes entrevistados fluctuaba entre los 18 y 65 años de edad por tanto no podemos hacer una comparación, otro motivo por el cual sugerimos se incluyan mujeres de todas las edades.

En el Hospital Materno Infantil ISSEMyM, el 50% de las pacientes desempeñan alguna profesión, y en el 41% de los casos contaban con escolaridad superior y/o postgrado; lo cual difiere bastante de la población en otras instituciones de salud pública.

Es escasa la información reportada acerca de la ocupación y escolaridad de los pacientes y la ansiedad prequirúrgica pero se ha observado en dos estudios previos en población mexicana, que la ocupación predominante en mujeres es el hogar en el 37.6% de los casos de la población del Hospital General de México ⁽¹⁹⁾ y en el 59% de los casos en Hospital de Alta Especialidad, Obregón, Sonora del IMSS ⁽¹⁷⁾ mientras que en el HMI el 26% de las pacientes de este estudio se dedican al hogar y el 24% desempeñan algún oficio.

En este estudio no se buscó la asociación de la ocupación y la incidencia de ansiedad por lo que se sugiere que en investigaciones posteriores se realice, sería

interesante conocer si la ocupación influye en la forma de afrontar una situación de estrés prequirúrgico.

En otras investigaciones no se ha encontrado que la escolaridad tenga alguna influencia en el desarrollo de ansiedad. Sin embargo, en los pacientes con nivel educativo elevado se ha observado un mayor porcentaje de ansiedad preoperatoria, según lo reportado por Valenzuela Millan y cols., en el 2010. ⁽¹⁶⁾ Esta observación es similar a nuestros resultados ya que en el HMI el 41% de la población de estudio cuenta con escolaridad superior y/o de postgrado, mientras que el 30% tenían escolaridad media superior y en el 29% de los casos la educación se limitaba a primaria y/o secundaria, en tanto que en otras instituciones de salud pública de México la escolaridad promedio es el nivel secundaria.

Aquí sugerimos que en investigaciones posteriores se busque la asociación de la escolaridad, la profesión u oficio más frecuentes como generadores de ansiedad.

La escala APAIS es una herramienta útil en la evaluación de la ansiedad preoperatoria. Conocer oportunamente la existencia y grado de ansiedad en un paciente podrá ayudar a mejorar la calidad y satisfacción de la atención recibida, disminuir complicaciones perioperatorias, no sólo para las pacientes primigestas programadas para cesárea.

Algunas otras sugerencias para el desarrollo de investigaciones posteriores es buscar la asociación de la ansiedad prequirúrgica con el dolor postoperatorio, en cuanto aumenta el requerimiento de anestésicos y analgésicos, observar y describir las manifestaciones más frecuentes de ansiedad en los pacientes de nuestro hospital, medir signos vitales e identificar cambios hemodinámicos si es que se presentan.

CONCLUSIONES.

- Los resultados de este estudio sugieren la presencia de grados elevados de ansiedad preoperatoria en las primigestas sometidas a cesárea del Hospital Materno Infantil ISSEMyM. El origen de la ansiedad parece relacionarse a factores que pueden ser evaluados en la consulta preanestésica y que es necesario seguir estudiando para prevenir la presencia de este trastorno. Se encontró mayor prevalencia de ansiedad en grupos de mayor grado académico, así como en aquellas mujeres mayores de 30 años de edad, quienes además requieren de elevados grados de información acerca del procedimiento anestésico.

RECOMENDACIONES.

- Utilizar el cuestionario APAIS como parte de la valoración preanestésica y así conocer la frecuencia de ansiedad prequirúrgica.
- Identificar la ansiedad prequirúrgica desde la consulta puede ayudar a tomar medidas al respecto como la premedicación con ansiolíticos al momento de la hospitalización.
- Ampliar el número de pacientes estudiadas.
- Ampliar el tiempo de reclutamiento de información para que la muestra sea significativa, probablemente los resultados obtenidos en este estudio sean diferentes.
- Incluir a todos los pacientes que requieran de procedimiento quirúrgico-anestésico.
- Buscar factores que puedan ser asociados con el desarrollo de la ansiedad prequirúrgica.
- Hacer un estudio comparativo de primigestas contra multigestas con cesáreas previas.
- Investigar si la ansiedad es efectivamente más frecuente en mujeres que en hombres dentro de la población derechohabiente de ISSEMyM.
- Identificar si el requerimiento de información solicitada por los pacientes es acerca del procedimiento quirúrgico, del procedimiento anestésico o de ambos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes C. Trastornos psicológicos en la paciente embarazada. IX curso de actualización en anestesiología en Ginecología y Obstetricia. Mayo 2008, México.
2. Haborer J. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Anestesia Reanimación. Editorial Elsevier Masson. Consulta preanestésica. Francia 2012.
3. Vasconcelos P. Preparación psicológica de la paciente obstétrica para los procedimientos de anestesia regional. Rev. Méx. Anest. 1972; 21: 1-10.
4. Maldonado R, Duran A. Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. Perinatal Reprod. Hum. 2008; 22: 1000-110.
5. Aguilera C. The Safety off benzodiazepins during pregnancy. Med. Clin Barc. 2000; 113: 445.
6. Ornaque CE. Estudio de la ansiedad prequirúrgica en cirugía urológica, ginecológica y oftálmica en relación con la administración o no de premedicación ansiolítica. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2000, 47: 151-156.
7. Canto S, Leonel A. Anestesia obstétrica. México. Editorial El Manual Moderno 2001. Capítulo 5: Valoración y medicación preanestésica de la embarazada.
8. Camacho C. Aspectos psicológicos del embarazo, parto y anestesia. Rev Mex Anest y Ter Int. 1975; 24: 1-7
9. García R. Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. Prog Obstet Ginecol 2010;53(7):273-279.
10. Pan PH, Coghill R. Houle TT. Multifactorial preoperative predictors for postcesarean section pain and analgesis requirement. Anesthesiology 2006;104:417-25.
11. López M, Valverde M, Fernández P. Ansiedad ante el embarazo y afrontamiento de confrontación y evitación en mujeres sometidas a prueba de amniocentesis. Boletín de psicología 2001;70:65-78.

12. Sosa L. Farmacoterapia durante el embarazo. Arch Med. Int. 2009. |Vol 31.. No. 4. Pp 87-92.
13. Cookson J. Mother's anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. Allergy clin inmunol. 2009;123:847-853.
14. Rueda J, Fuentes V. Manejo anestésico para operación cesárea urgente: revisión sistemática de la literatura de técnicas anestésicas para cesárea urgente. Rev Colomb. Anest. 2012; 31:1-14.
15. Ojeda G. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. Medisur 2011; 9(5):1-10
16. Valenzuela M. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir. Cir. 2010;78: 151-16.
17. Peñuelos A, Acuña J. Consentimiento informado para la anestesia. Rev. Méx. Anest. 2008;31(2):101-107.
18. Cordero E. Respuesta fisiológica al estrés quirúrgico. Acta Médica 2002; 10(1-2)
19. Ruíz E, López A. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2006; 63(4):231-2:36
20. Paz D, Estrada C. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Revista Mexicana de Anestesiología. 2006; 29:159-162.
21. Oldman M. Drug patient information leaflets in anaesthesia: effect on anxiety and patient satisfaction. Br. J. Anaesthe 2009; 103:199-205.
22. Domar A, Everett LL, Keller MG. Preoperative Anxiety: Is It a Predictable Entity? Anesth Analg. 1989; 69:763-7.
23. Soltner EA. Continuous Care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. Br. J. Anaesth 106(5):680-6 (2011).

24. Moerman N, Frits S.A.M, Martín J, Hans O. *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*. *Anesth Analg* 1996; 82:445-51
25. Kindler E. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. Analysis of preoperative anxiety. *Anesth Analg* 2000;90:706-712.
26. Boker K. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anesth* 2002; 49(8):792-798.
27. NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la Anestesiología.
28. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
29. Romanik LW. Preoperative anxiety assessed by questionnaires and patient declarations. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2009;51(2)80-84.
30. Corapia AS. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev Mex Anest* 2011;34:260-263.
31. Anexo 1. Clasificación del estado físico, según The American Society of anesthesiologist (ASA).
32. Anexo 2. Carta de consentimiento informado para estudio de investigación médica.
33. Anexo 3. Hoja de recolección de datos para el estudio de investigación médica.
34. Escala de Ansiedad y de Información de Amsterdam (APAIS).

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FÍSICO SEGÚN THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST (ASA)

DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
ASA I	Paciente sano, sin alteraciones físicas, metabólicas o psicológicas. Con un porcentaje de mortalidad perioperatoria del 0.06% al 0.08%.
ASA II	Paciente con alteración física o metabólica leve a moderada, que no interfiere en sus actividades diarias, también se incluyen en este grupo todos los pacientes menores de 1 año de edad. Porcentaje de mortalidad perioperatoria de 0.27% a 0.4%.
ASA III	Paciente con trastorno físico o metabólico severo que interfiere con sus actividades diarias. Mortalidad perioperatoria de 1.8% a 4.3%.
ASA IV	Pacientes con trastorno severo con peligro constante para la vida. Mortalidad perioperatoria de 7.8% a 23%
ASA V	Paciente moribundo con pocas expectativas de vida en las próximas 24 hrs sea o no intervenido en las próximas 24hrs. Mortalidad perioperatoria de 9.4% a 51%.
ASA VI	Paciente candidato a donación de órganos.

Se agrega: E: Cuando se trata de cirugía electiva.

U: Cuando se trata de cirugía de urgencia.

A: Sin invasión de cavidades.

B: Con invasión de cavidades.

American Society of Anesthesiologists, last attended October 1984.

ANEXO 2
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Gobierno del Estado de México
Instituto de seguridad Social del estado de México y Municipios Hospital Materno Infantil
Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación medica

Titulo del protocolo: **“DETECCIÓN DE ANSIEDAD EN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS PROGRAMADAS PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL 01 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2013”**

Investigador principal M.C. ERICKA MONTOYA PÉREZ

Sede donde se realizará el estudio HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMyM

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Este procedimiento se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

1.- Justificación: En el Hospital Materno Infantil se desconoce la incidencia de ansiedad y requerimiento de información prequirúrgicos, no existen investigaciones previas al respecto. La ansiedad excesiva puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología y comportamiento maternos por lo que es necesario identificar la ansiedad prequirúrgica materna.

2.-Objetivo del estudio: Identificar el estado de ansiedad preoperatoria.

3.-Beneficio del estudio: De acuerdo a los resultados se planearán estrategias para disminuir el grado de ansiedad en las pacientes embarazadas del Hospital Materno Infantil.

4.-Procedimiento del estudio: Consiste en contestar un cuestionario de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Amsterdam (APAIS) que detecta la presencia o ausencia de ansiedad y el grado de necesidad de información que requieren los pacientes previos a la cirugía.

5.-Riesgos asociados con el estudio: Ninguno

Aclaraciones

Su decisión de participar en el estudio es voluntaria

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación

No tendrá que hacer gasto alguno

No recibirá pago por su participación

Puede solicitar información en cualquier momento

El estudio será confidencial.

Si considera que no hay preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento

Yo _____ he leído, y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados y difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

ANEXO 3

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INDICACIONES: Subraye la opción de acuerdo a su edad, ocupación y escolaridad.

Edad

(20-25 años) _____ (26-30 años) _____ (31-35 años) _____ (36-40 años) _____

Ocupación

(Hogar) _____ (Oficio) _____ (Profesional) _____

Escolaridad

(Básica) _____ (Media superior y/o carrera técnica) _____
(Superior y postgrado) _____

INDICACIONES: Marque con una X la opción que más se asemeje a su estado actual.

	NADA EN ABSOLUTO	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
Puntaje	1	2	3	4	5
ANESTESIA					
Estoy preocupada por la anestesia					
Pienso continuamente en la anestesia					
Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la anestesia.					
CIRUGÍA					
Estoy preocupada por la cirugía					
Pienso continuamente en la cirugía					
Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la cirugía.					

****PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO.**

Puntaje ansiedad: _____

Puntaje información: _____

ANEXO 4

ESCALA DE ANSIEDAD Y DE INFORMACIÓN DE AMSTERDAM (APAIS)

Diseñada en el año de 1996, específica para evaluar la presencia de ansiedad y necesidad de información de los procedimientos anestésico y quirúrgico durante la valoración preanestésica.

La Escala Preoperatoria de la Ansiedad y de Información de Amsterdam, incluye 6 preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, 1: nada, a 5: extremadamente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención quirúrgica, una puntuación total de 4 (no ansioso) a 20 puntos (muy ansioso) y dos preguntas se refieren a la demanda de información, 2 puntos (sin necesidad de información) y 10 puntos (alta necesidad de información).

Para la práctica clínica se recomienda que los pacientes con una puntuación en la escala de ansiedad >11, se deben considerar como los casos de ansiedad así como aquellos con una puntuación en la escala de información >5.

	NADA EN ABSOLUTO	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
Puntaje	1	2	3	4	5
ANESTESIA					
Estoy preocupada por la anestesia					
Pienso continuamente en la anestesia					
<i>Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la anestesia.</i>					
CIRUGÍA					
Estoy preocupada por la cirugía					
Pienso continuamente en la cirugía					
<i>Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la cirugía.</i>					

*The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. (AP AIS) Moerman et al *Anesth Analg* 1996; 82:445-51.