



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
ANESTESIOLOGIA  
"ANSIEDAD, TRAS LA VALORACION PREANESTESICA REALIZADA UN DIA ANTES DEL  
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO VS INMEDIATAMENTE AL EVENTO EN PACIENTES SOMETIDAS A  
INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO"

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR: DRA. ALEJANDRA ZARATE NAVA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALISTA EN  
ANESTESIOLOGIA

DIRECTORA DE TESIS: DRA MARIA MARICELA ANGUIANO GARCÍA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

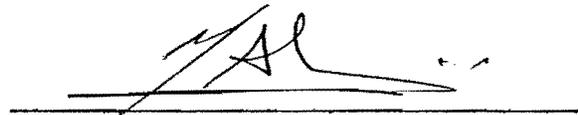
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ANSIEDAD, TRAS LA VALORACION PREANESTESICA REALIZADA UN DIA ANTES DEL  
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO VS INMEDIATAMENTE AL EVENTO EN PACIENTES  
SOMETIDAS A INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

DRA. ALEJANDRA ZARATE NAVA

Vo. Bo.

DRA MA MARICELA ANGUIANO GARCÍA



PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA

Vo. Bo.

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

---

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

**ANSIEDAD, TRAS LA VALORACION PREANESTESICA REALIZADA UN DIA ANTES DEL  
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO VS INMEDIATAMENTE AL EVENTO EN PACIENTES  
SOMETIDAS A INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO**

**Vo. Bo.**

**Dra. María Maricela Anguiano García**



---

**Directora de tesis.**

**Profesora titular del curso de especialización en anestesiología**

**Jefe del servicio de Anestesiología HG Ticoman SSA- DF.**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

DEDICADO A ESOS ANGELES QUE NUNCA ME HAN DEJADO SOLA Y ME HAN DADO LA FUERZA  
PARA SEGUIR ADELANTE : MIS PADRES, HERMANOS Y SOBRINA.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS DE RESIDENCIA

## INDICE

Introducción	1
Material y métodos	13
Resultados	16
Discusión	24
Conclusiones	25
Referencias bibliográficas	26

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Comparar el grado de ansiedad prequirúrgico que presentan las pacientes programadas para interrupción legal del embarazo mediante aspiración manual endouterina al ser valoradas preanestésicamente un día previo a su cirugía, contra las valoradas preanestésicamente inmediatamente previo al evento quirúrgico; determinar si se encuentra una disminución en la ansiedad con la valoración preanestésica realizada un día previo al evento quirúrgico.

**MATERIAL Y METODOS:** Se estudiaron 50 pacientes programadas para la realización de interrupción legal del embarazo (ILE), con edad entre 15 y 40 años, ASA I-II, con embarazo menor a doce semanas de gestación (SDG), con peso entre 50 y 80 kilogramos; se realizaron dos grupos, el grupo A en donde la valoración preanestésica se realiza un día previo al evento quirúrgico se clasifica el grado de ansiedad con ayuda de la escala de Hamilton, se toman sus signos vitales en este momento: a las 24 horas se realizan nuevamente las preguntas de la escala de Hamilton, y se registran los cambios en el grado de ansiedad con respecto al día previo. En el grupo B, la valoración preanestésica y clasificación de ansiedad se realiza inmediatamente previa al evento quirúrgico, utilizando la misma escala, y la toma de signos vitales. Ambos grupos son manejados bajo anestesia general endovenosa con midazolam 50

mg/kg de peso, fentanil 1 a 5 mcg/kg de peso, propofol 1.5 a 2 mg /kg de peso. Se califica nuevamente el grado de ansiedad en la unidad de recuperación preanestésica junto con los signos vitales. Los datos obtenidos son recolectados en las hojas de registro.

**RESULTADOS:** En ambos grupos la ansiedad prequirúrgica se encuentra presente de manera marcada, no se encontró disminución importante de la ansiedad al realizarse la valoración preanestésica un día previo al evento quirúrgico.

**CONCLUSION:** La valoración preanestésica y el conocimiento de los riesgos y beneficios del procedimiento anestésico por parte del paciente un día previo al evento quirúrgico, no disminuye la ansiedad a la cual esta sometida la paciente, en comparación con la valoración preanestésica realizada inmediatamente previa al evento quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad, valoración preanestésica, anestesia general intravenosa, interrupción legal del embarazo, aspiración manual endouterina.

## INTRODUCCION

### INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

Política sexual, Estado laico y aborto en México

Si algo caracteriza a México y a los países de América Latina es la permanencia de regulaciones muy conservadoras en relación con la sexualidad. Regulaciones que se apegan o defienden el ideal judeo-cristiano de los usos del cuerpo, que circunscriben la sexualidad a los actos reproductivos y que desapruaban el sexo realizado meramente por placer. Tomando en cuenta que el cuerpo tiene como función dar cuenta del orden social y que la sociedad esta dentro de los individuos, hay que reconocer que las tradiciones religiosas han quedado impresas y están en el fondo de valores contemporáneos, pero al mismo tiempo, han sufrido transformaciones significativas por los procesos de modernización y secularización.

Aunque el individuo no pueda distinguirse de la sociedad, sí puede alinearse y hasta oponerse a ella. En todas las sociedades humanas el instinto sexual se enfrenta a un complicado y sutil sistema de prohibiciones, reglas y valores, costumbres que van más allá de las necesidades biológicas, y que enmarcan a la sexualidad como una construcción cultural. Como señala el historiador inglés Jeffrey Weeks, la historia de la sexualidad no es la historia de un tema determinado, sino la de un tema en constante cambio y recreación. Por ello la sexualidad se evapora entre las manos, es un gesto o una sombra, es la historia de nuestras preocupaciones cambiantes acerca de cómo deberíamos vivir y cómo deberíamos disfrutar o negar nuestro cuerpo (1)

En México, la vida sexual se ha visto afectada por patrones de herencia patriarcales, fuertes redes familiares y de compadrazgo, campañas de matrimonio y de planificación familiar, homofobia, roles sexuales estereotipados y relaciones inequitativas de poder entre el padre y la madre, entre padres e hijos , entre maestros y alumnos, médicos y usuarias, entre el Estado y los ciudadanos (2)

El particular estilo mexicano de manejar las tensiones políticas es conservador. Frente a los programas de educación sexual y salud reproductiva se prefiere no arriesgar, soslayar y enviarlos al cajón de lo controversial aún desde las diferentes plataformas partidarias, aunque últimamente las posiciones se están polarizando y empieza a ser fácil predecir qué partido apoyará o se opondrá a tal o cual reforma relacionada con la vida sexual. Las nuevas generaciones son blanco de un conjunto de regulaciones conservadoras que ponen en riesgo el ejercicio de sus derechos sexuales, se pretende revertir los procesos de secularización del sexo, las prácticas sexuales de los jóvenes mexicanos que se están apartando del ideal religioso, para ajustarse a una racionalización cada vez más pragmática.

Pero en comunidades rurales y en barrios marginales las familias siguen atrapadas en la sobrevivencia: padres ausentes y padrastros violentos, madres rebasadas por los deberes, esposas vejadas e inhabilitadas para impulsar a sus hijos, niños desatendidos, jóvenes desorientados, desempleados, muchachas que con lo único que cuentan es con sus esperanzas. Es un hecho documentado que jóvenes trabajadoras y trabajadores tienen menos información sobre la sexualidad, tasas de actividad sexual más altas y menor control sobre su fecundidad y salud en comparación con los grupos de estudiantes. Hoy sabemos que a mayor marginación, mayor fecundidad, y que las mujeres menores de 20 años que viven

en condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones de un embarazo no deseado(3). La mortalidad materna, es también mayor entre las mujeres analfabetas, quienes tienen ocho veces más probabilidad de una muerte por embarazo, parto o aborto respecto de mujeres que tuvieron acceso a estudios de preparatoria (4). Entre las campesinas, el embarazo juvenil es parte de un ciclo de vida que suele concretarse después de terminar la Telesecundaria, ante la falta de mejores oportunidades. La maternidad, el aborto y las prácticas sexuales muchas veces son estrategias contradictorias de sobrevivencia y resistencia (5).

La despenalización del aborto ocurrida el 26 de abril del 2007 en la Ciudad de México, es publicado en el Diario Oficial y al día siguiente, se encontraban iniciando en los hospitales del Departamento del D.F. el reclutamiento de las aspirantes para entrar al programa de interrupción legal del embarazo (ILE), para embarazos de 12 semanas de gestación (SDG) representa un cambio cualitativo muy significativo puesto que la región de América Latina y el Caribe ha sido particularmente restrictiva de los derechos reproductivos de las mujeres.

Como antecedentes de importancia con respecto a la legalización del aborto, nos encontramos con 20 años de lucha por parte de políticos y de mujeres a favor del derecho de decidir, sobre cuando ser madres, se había podido acceder al aborto en caso de:

- ✚ Poner en riesgo la vida de la madre
- ✚ Problemas congénitos o malformaciones en el producto

✚ Inseminación artificial no deseada ni consentida

✚ Violación

De acuerdo con resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2006, 80% de las mujeres no deseaban tener un hijo al momento de embarazarse y, según la organización civil IPAS México (Proyectos Internacionales de Servicios de Asistencia, por sus siglas en inglés), dedicada a defender la salud y los derechos reproductivos del género femenino, 14% de los abortos realizados en el país ocurren en la capital de la República, donde ya es la tercera causa de muerte materna.

Al respecto, Chávez Carapia asegura que se ha reconocido la práctica del aborto tanto en mujeres de escasos recursos como en las de nivel socioeconómico alto; desde luego, en condiciones diferentes. Las féminas del primer grupo corren mayor riesgo porque carecen de medios para acudir a lugares donde las atiendan de manera adecuada. Suelen ser sitios clandestinos y precarios, amén de que las personas que realizan el procedimiento no tienen la preparación ni equipo necesario.

Asimismo, con frecuencia recurren a métodos “populares”, como ingestión de tes, golpes o introducción de objetos, lo cual pone en peligro la salud y vida. En este sector se reporta el mayor número de decesos y daños en el aparato reproductor (como perforaciones uterinas).

Las mujeres del segundo grupo suelen acudir a hospitales privados a atenderse con profesionales (que no las denuncian ni les niegan el procedimiento), o incluso viajan a países donde el aborto es legal.

Si bien dichas causales eran las únicas viables para tener derecho a abortar legalmente, los hechos nos demuestran que ello no siempre es respetado. Como ejemplo tenemos el “caso Paulina”, el cual se dio a conocer en el año 2000: la historia de una niña de 13 años que quedó embarazada tras una violación en Mexicali, Baja California (norte del país) en 1999. Aunque le fue otorgado el permiso para tener un aborto, las autoridades de la Procuraduría del Estado y personal del hospital que la atendería convencieron a su madre y a la misma Paulina, con información distorsionada, de rechazar el aborto.

Cabe destacar que la primera propuesta de despenalización del aborto surgió en la década de 1930, aunque fue en la de 1970 cuando los grupos feministas comenzaron a organizarse para demandar la legalización. 37 años después se logró despenalizarlo, siempre y cuando se efectúe antes de la semana 12 de gestación.

Condiciones, de las pacientes para ingresar al protocolo de ILE, en el Hospital General “TICOMAN”: Acuden al hospital a solicitar consulta, en donde de primera vez se toman laboratorios generales (biometría hemática, química sanguínea), la toma de ultrasonido (USG) para demostrar un embarazo de menos de 12 SDG, acude con credencial de elector, acta de nacimiento, CURP, comprobante de

domicilio, acudir acompañada de dos personas responsable y testigo, estas también presentarse con credencial de elector.

Durante la entrevista, se toman datos de importancia como: estado civil, si es derechohabiente a algún servicio de salud, nivel educativo, ocupación, religión, dirección, número de gestación, número de ILE previos, método de anticoncepción utilizado, motivos por el cual desea interrumpir el embarazo.

De acuerdo con las semanas de gestación, edad, o cesáreas previas se tienen dos métodos para llevar a cabo la interrupción del embarazo:

Si la paciente cuenta con menos de 9 SDG, inicia el tratamiento con medicamento, misoprostol 400 mg, VO cada 12 horas, por dos tomas, se informa sobre datos de alarma como sangrado abundante, dolor intenso, se comprueba por medio de USG, la presencia de restos placentarios, en caso de presentarse así, se medica nuevamente con 300 mg, de misoprostol sublingual, y 100mg vía vaginal, se cita nuevamente para estar seguros de la interrupción del embarazo, si aún presenta restos placentarios, se programa para la realización de legrado uterino instrumental (LUI) o aspiración manual endouterina (AMEU), se realiza una nueva cita para consejería sexual y se da de alta.

Si la paciente presenta embarazo mayor de 9 SDG, cesárea previa en menos de un año, y menores de edad, se realiza la programación de Aspiración endouterina por succión (AMEU), en ellas se realiza valoración preanestésica, antes de entrar al quirófano, en donde las pacientes experimentan el estrés y ansiedad, en el

punto máximo, externan que el mayor miedo, es el dolor, y el “ya no poder despertar de la anestesia”.

El procedimiento de ILE, se maneja como procedimiento ambulatorio, por lo que tocaremos aspectos importantes sobre condiciones, para su realización.

Valoración y selección de pacientes: ventajas y desventajas. (6)

La anestesia ambulatoria surge junto con la creación de los primeros modelos de cirugía ambulatoria, la cual parece tener sus orígenes en el decenio de 1840, al comenzar las primeras sesiones de anestesia en consultorios a cargo de Crawford Long, Horacio Wells y William Morton, y en 1919 Waters dejó constancia del origen de los métodos y normas para preparar a una persona para una operación extrahospitalaria. Esta época moderna, a finales de la década de 1960 y principios de la de 1970 es cuando surge de nuevo el auge por la cirugía-anestesia ambulatoria, sobre todo en EUA y Gran Bretaña, y tras la publicación en 1966 del artículo de Dillon: “Anestesia para cirugía extrahospitalaria” en el Journal of the American Medical Association (JAMA) surgieron entonces múltiples sociedades a nivel mundial para crear normas y protocolos de atención, quedando constituida en 1984 la SAMBA (Society for Ambulatory Anesthesia)(7)

En México, es la Secretaría de Salud, mediante la NOM 170, (8) la que establece las normas técnicas para la infraestructura y el equipamiento de las unidades para cirugía ambulatoria de un centro quirúrgico, y aunque en este tipo de procedimientos no se desarrollan de igual forma en todos los países, se estima que en el sector mexicano se practican de 50 a 60% de los procedimientos como de corta estancia.

## Criterios quirúrgicos

- ✚ Tiempo estimado de procedimiento quirúrgico, no mayor de 90 minutos
- ✚ Que no requiera tecnologías altamente especializadas
- ✚ No requerir cuidados postoperatorios complejos
- ✚ No estar asociados a un excesivo sangrado ni intercambio de líquidos
- ✚ Cirugías que presentan baja incidencia de complicaciones postoperatorios
- ✚ Que el dolor postoperatorio asociado pueda ser controlado por el paciente en casa (9, 10)

## Los criterios de selección de pacientes para anestesia y cirugía ambulatoria

- ✚ Clasificar en un estado físico de ASA (American Society of Anesthesiologists) I, II o III estable para tratamiento adecuado
- ✚ No se aplica a niños menores de seis meses
- ✚ Cirugía planeada con una duración menor de 90 minutos, poco cruenta y poco sangrante
- ✚ Sin requerimientos de transfusión de hemoderivados
- ✚ Preferentemente tratamientos electivos y con restricciones para procedimientos de urgencia
- ✚ El paciente debe contar con teléfono o medio de comunicación inmediata y un acompañante adulto permanente para vigilarlo, responsable, capaz y con adecuado nivel de comprensión

## Valoración preanestésica

Se debe obtener una completa historia clínica, revisión de estudios complementarios de gabinete y laboratorio, y la firma obligatoria, también por ley, de un consentimiento informado. La finalidad de la valoración será integrar un estado físico, un riesgo y un plan anestésico, y dar indicaciones para preparación preanestésica.

#### Contraindicaciones para recibir anestesia en régimen ambulatorio

- ✚ Paciente que rechace el régimen ambulatorio y desee ser hospitalizado
- ✚ Estado físico de ASA III y IV no estable, descontrolado o descompensado
- ✚ Paciente con antecedente o riesgo de hipertermia maligna
- ✚ Estar recibiendo tratamientos con inhibidores de la MAO
- ✚ Paciente alcohólico o con problemas de drogadicción
- ✚ Niños de edad, menor de 6 meses, prematuros o con afección pulmonar
- ✚ Paciente que no tenga familiares, acompañantes o prefiera vivir solo
- ✚ Pacientes asmáticos que requieran intubación o administración de anestesia general
- ✚ Pacientes con apnea obstructiva del sueño únicamente serán candidatos a anestesia local sin sedación de ningún tipo

#### Estudio preoperatorio estándar

- ✚ Hemoglobina o hematocrito para todos, o por lo menos en la mujer
- ✚ Electrocardiograma en mayores de 40 o 50 años de edad o problema cardíaco

- ✚ Radiografía de tórax en mayores de 50 o 60 años de edad, o en caso de problema cardiaco en menos de seis meses
- ✚ Monograma sanguíneo en caso de diabetes, hipertensión arterial o insuficiencia renal
- ✚ Hemoclasificación y BAI con hemostasia (búsqueda de aglutininas irregulares) cuando la intervención es hemorrágica o en caso de anestesia locorregional

#### Recomendaciones y consideraciones de la anestesia

Una vez aceptado y valorado el programa de anestesia ambulatoria, se deben dar explicaciones y recomendaciones amplias y muy claras sobre los procedimientos, beneficios y riesgos, como reglas dietéticas, interrupción o modificación de esquema de medicamentos que se toman con frecuencia y hábitos relacionados con el tabaco.

Todo esto disminuye la aprensión y ansiedad del paciente, incluso en los grupos pediátricos, y en casos excepcionales se recetará medicación preanestésica.

#### Tranquilización verbal y confianza del paciente familiar(11)

Estas funciones de la atención preoperatoria han adquirido importancia cada vez mayor, conforme los medios de comunicación han dramatizado los peligros de la anestesia, además la preocupación por demandas legales y la práctica de anestesia que sea eficaz en proporción al costo, imponen gran tensión a la relación del paciente y el personal de anestesiología.

En la valoración preanestésica, se tiene la oportunidad de dar enseñanza, tranquilización verbal y establecer vínculos de confianza en un intento de disipar

tal tensión, y también la angustia del paciente. La simple afirmación “el anestesiólogo si estará en la sala de operaciones con usted o con su hijo en toda la operación”, aplaca temores infundados.

En una encuesta de 247 personas por lo demás sanas a quienes se practicarían métodos ambulatorios con anestesia general McCleane y Cooper (12) indicaron que la mayoría habían tenido angustia preoperatoria, en particular en el periodo previo a la operación, la recordación transoperatoria y el dolor postoperatorio; los autores destacaron que muchos de los miedos hacia la anestesia pudieron ser disipados por la explicación cuidadosa.

Leigh y colaboradores (13) advirtieron que la angustia preoperatoria aminoró en sujetos que habían recibido tranquilización verbal de un miembro del departamento de anestesiología, en comparación con otros en quienes no se hizo tal medida, y un folleto planeado para tranquilizar fue menos eficaz que la visita personal para aplacar la angustia. Se ha demostrado que el aliento y la orientación preoperatorios disminuyen el dolor después de la cirugía abdominal (14) y también, facilita la recuperación y aminora la hipertensión postoperatoria después de cirugía cardíaca (15).

Las pruebas empíricas y las que se han expuesto al parecer refuerzan la importancia de la visita preoperatorio para disipar la angustia del paciente y establecer confianza.

En un grupo de 63 mujeres no premeditadas programadas para abortos terapéuticos planeados, en un medio extrahospitalario, Arellano y colaboradores (16) advirtieron que la visita del anestesiólogo fuera del quirófano inmediatamente

antes de la cirugía aplacó la angustia, pero no en la clínica ambulatoria una semana antes de la cirugía.

La cirugía y la anestesia ambulatorias ofrecen al paciente una atención adecuada y segura, con alto grado de satisfacción y las siguientes ventajas

- ✚ Se altera en mínimo grado el estilo de vida del paciente y su dinámica familiar
- ✚ Se brinda una atención más individualizada
- ✚ Los costos se reducen sin necesidad de sacrificar seguridad
- ✚ Existe menos incapacidad posoperatoria y un regreso mucho más rápido a las labores cotidianas
- ✚ Existe menos riesgo de contaminación o infección intrahospitalaria

Además de disminuir los costos, aumenta el campo de investigación y amplía el horizonte de trabajo del personal de anestesiología

## MATERIAL Y METODOS

Con la aprobación del Comité de ética e Investigación se realiza el presente estudio de tipo observacional – comparativo – prospectivo - transversal, a través del censo de pacientes que fueron programadas para Interrupción legal del embarazo (ILE), en el Hospital General Ticoman, en el periodo comprendido de mayo y junio del 2009.

Para este estudio se incluyeron a las pacientes integradas al programa de ILE, programadas para la realización de aspiración manual endouterina (AMEU), con las variables dependientes: tensión arterial, grado de ansiedad, frecuencia cardiaca, temblor fino en manos, de contexto: edad, peso, e independientes: ASA y semanas de gestación (SDG)

Se estudiaron pacientes entre 15 y 40 años de edad, con un peso entre 50 y 80 kilogramos, programadas para la realización de AMEU, que se encuentran integradas al programa de ILE, con ASA I-II, con embarazo menor de 12 SDG, con la autorización por medio del consentimiento informado. Se excluyen pacientes con ASA III-IV, embarazo mayor de 12 SDG, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), pacientes con tratamiento a base de betabloqueadores, antecedente de ILE previo, pacientes con enfermedad psiquiátrica en tratamiento médico. Se eliminaron pacientes que reciben ketamina en el tratamiento anestésico, no aceptan el procedimiento anestésico.

Tras la selección de pacientes que cumplen los criterios para ingresar al programa de ILE y se encuentran programadas para AMEU, se realiza la valoración

preanestésica un día previo a la intervención quirúrgica en el consultorio médico, se le explican los riesgos, beneficios del procedimiento anestésico, se firma consentimiento informado del procedimiento anestésico y el del protocolo de investigación, se aplica la escala de valoración de ansiedad de Hamilton en donde la puntuación obtenida nos refleja la ansiedad: 5 puntos leve, 10 puntos moderada y 15 puntos severa, se registra tensión arterial, frecuencia cardiaca, y si la paciente presenta temblor fino en manos, edad, peso y SDG. Al día siguiente previo a la intervención se realiza nuevamente la toma de tensión arterial, frecuencia cardiaca, y temblor fino y se aplica nuevamente la encuesta de Hamilton, se registran nuevamente los resultados, la paciente ingresa a sala con vía IV permeable, se realiza monitorización con baumanómetro, oximetría de pulso, y registro electrocardiográfico, se realiza anestesia general endovenosa (AGEV) a base de: midazolam 50 mg/kg de peso, fentanil 1 a 5 mcg/kg de peso y propofol 1.5 a 2 mg / kg de peso, se da apoyo con mascarilla facial y oxígeno al 100% 3l/min, al término del procedimiento quirúrgico, la paciente pasa a unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) y al momento de dar de alta a la paciente de esta unidad se realiza nuevamente en registro de tensión arterial, frecuencia cardiaca, temblor fino y nuevamente se aplica la encuesta de Hamilton.

El segundo grupo son pacientes que de primera intención no son programadas para la realización de AMEU, sino que entraron al programa de ILE mediante la administración de misoprostol, pero se necesita realizar revisión de cavidad uterina, por lo que deben de entrar al quirófano para la realización de este procedimiento, en estas pacientes la valoración preanestésica, la firma de

consentimiento informado, se realiza inmediatamente previa a la entrada de la sala quirúrgica, de igual manera se le explican los riesgos y beneficios del procedimiento anestésico, se registra tensión arterial, frecuencia cardiaca, si presenta temblor fino en manos, edad, SDG, y se aplica la escala de Hamilton, valorando el grado de ansiedad, ingresa a sala con vía IV permeable, bajo monitoreo con baumanómetro, oximetría de pulso, registro electrocardiografico, se realiza procedimiento bajo AGEV a base de: midazolam 50 mg/kg de peso, fentanil 1 a 5 mcg/kg de peso, propofol 1.5 a 2 mg/kg de peso, se da apoyo con mascarilla facial y oxígeno al 100% 3l/min, al termino del procedimiento, la paciente pasa a UCPA y al momento de dar de alta a la paciente de esta unidad, se realiza nuevamente el registro de tensión arterial, frecuencia cardiaca, la presencia de temblor fino y nuevamente la estadifica el grado de ansiedad por medio de la escala de Hamilton. Se da por terminado el estudio.

El estudio se realizó bajo la normas bioéticas, siendo este considerado con riesgo minimo para los pacientes.

Fue realizado bajo un análisis estadístico descriptivo por medio de porcentaje, media, desviación estándar y T student.

## RESULTADOS

Se estudiaron 50 pacientes, para la evaluación de la disminución de la ansiedad, tras la valoración preanestésica elaborada un día antes del procedimiento quirúrgico; se encuentran en el programa de ILE y serán sometidas a AMEU, no se excluyo ningún paciente, durante el estudio.

En el grupo A se obtuvo una edad máxima de 39 años, edad media de 30.1, mínima de 17 años, con una desviación estándar de 7.14, en el grupo B los datos con respecto a la edad fueron: máxima 39 años, edad media de 29.8, mínima de 19 años, con una desviación estándar de 6.6.

Los resultados con respecto a la ansiedad fueron: en el grupo A: basada en los resultados de la escala de Hamilton: en el consultorio médico en donde se realizó la valoración preanestésica un día previo, con ansiedad leve 23.1%, moderada 50%, severa 26.9%, se realiza nuevamente la encuesta momentos previos a la intervención, el resultado es: leve 23.2%, moderada 30.7%, severa 46.1%, por ultimo al egreso de UCPA el resultado es: leve 50.1%, moderado 38.4%, severa 11.5%. Se observó que el porcentaje de la ansiedad, se elevo aún con el conocimiento del evento quirúrgico y anestésico. En el grupo B: con los mismos puntos de encuesta en la escala de Hamilton realizada inmediatamente previa al evento quirúrgico se encontró: leve 20.8%, moderada 25.1%, severa 54.1%, al momento del egreso de UCPA, realizando la misma encuesta, obtenemos: leve 45.9%, moderada 20.8%, severa 33.3%.

En la tabla I se muestran los datos obtenidos de tensión arterial máxima, media y mínima de las pacientes del grupo A.

TABLA I. TENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON VALORACION PREANESTESICA UN DIA PREVIO

	SISTOLICA			DIASTOLICA		
	MAXIMA	MEDIA	MINIMA	MAXIMA	MEDIA	MINIMA
<b>BASAL</b> <b>(VALORACION</b> <b>EN</b> <b>CONSULTORIO)</b>	132	116.8	90	90	65.8	56
<b>INDUCCION</b>	116	99.9	80	65	56.1	50
<b>RECUPERACION</b>	120	110	96	80	68.6	63

FUENTE: Hoja de registro de Hospital General de Ticoman 2009.

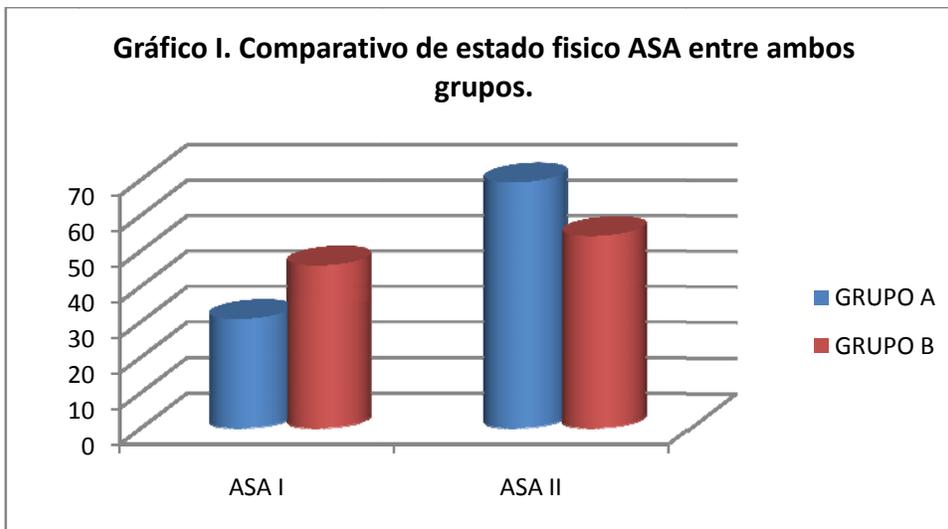
En la tabla II se muestran los valores de la tensión arterial máxima, media y mínima del grupo B

TABLA II.TENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON VALORACION PREANESTESICA INMEDIATAMENTE PREVIA AL EVENTO QUIRURGICO

	SISTOLICA			DIASTOLICA		
	MAXIMA	MEDIA	MINIMA	MAXIMA	MEDIA	MINIMA
<b>BASAL (VALORACION)</b>	137	122.2	100	87	67.2	57
<b>INDUCCION</b>	128	110.6	95	68	61	55
<b>RECUPERACION</b>	133	121	100	89	69.4	63

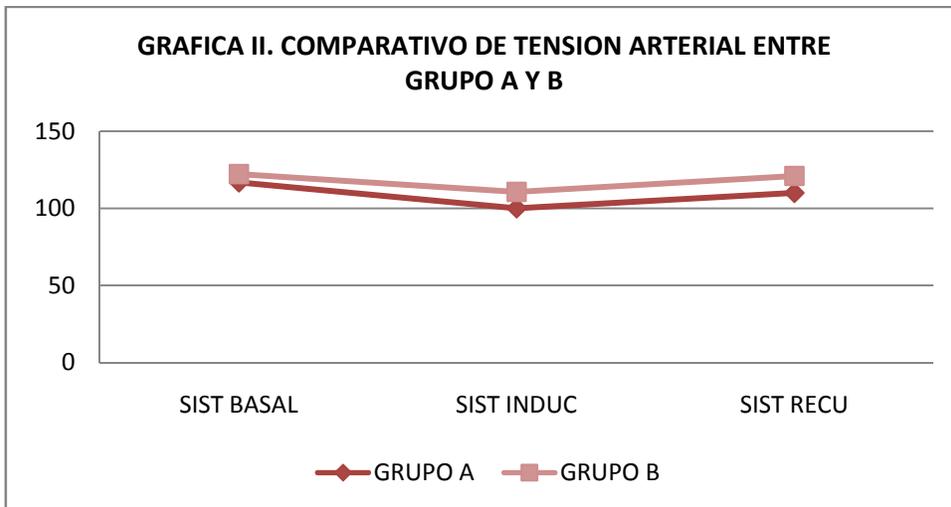
FUENTE: Hoja de registro de Hospital General de Ticoman 2009

En la grafica I se muestra el comparativo del estado físico (ASA) del grupo A y grupo B, se observa un 50% de pacientes con ASA II



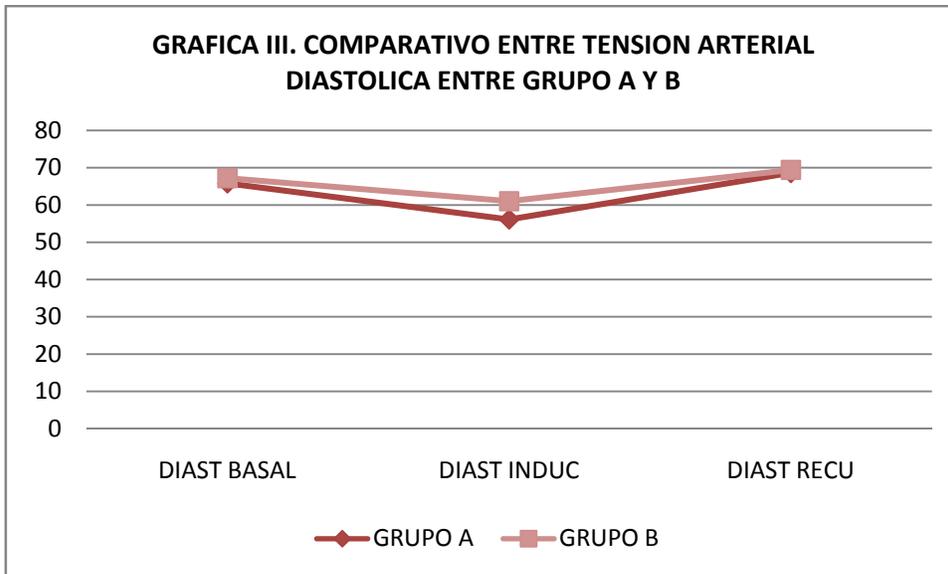
FUENTE: Hoja de registro de Hospital General Ticoman 2009

En la gráfica II se encuentran ambos grupos, los cuales muestran disminución de la tensión arterial sistémica



FUENTE: Hoja de registro de Hospital General Ticoman 2009

En la gráfica III se muestra de manera comparativa la tensión arterial diastólica de ambos grupos, en la cual se observan cifras similares tanto en datos basales como en recuperación.



FUENTE: Hoja de registro de Hospital General Ticomán 2009.

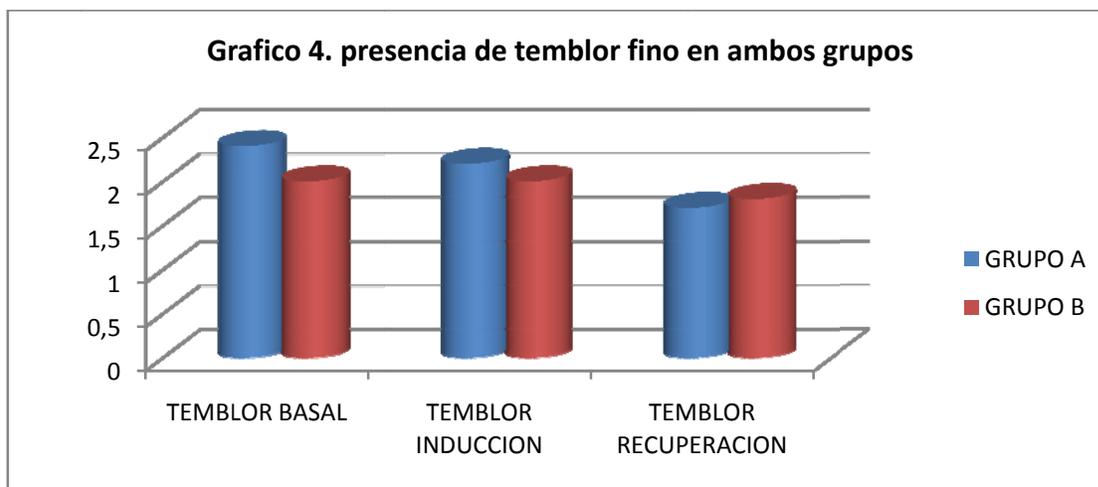
La tabla III muestra la desviación estándar de ambos grupos en la frecuencia cardiaca, en donde se encuentra un incremento, en la toma basal del grupo A en comparación con el grupo B

TABLA III. DESVIACION ESTANDAR DE FRECUENCIA CARDIACA EN GRUPO A Y GRUPO B

FRECUENCIA CARDIACA		
	GRUPO A	GRUPO B
<b>BASAL</b>	5.1	6.3
<b>INDUCCION</b>	5.8	4.9
<b>RECUPERACION</b>	8.4	4.5

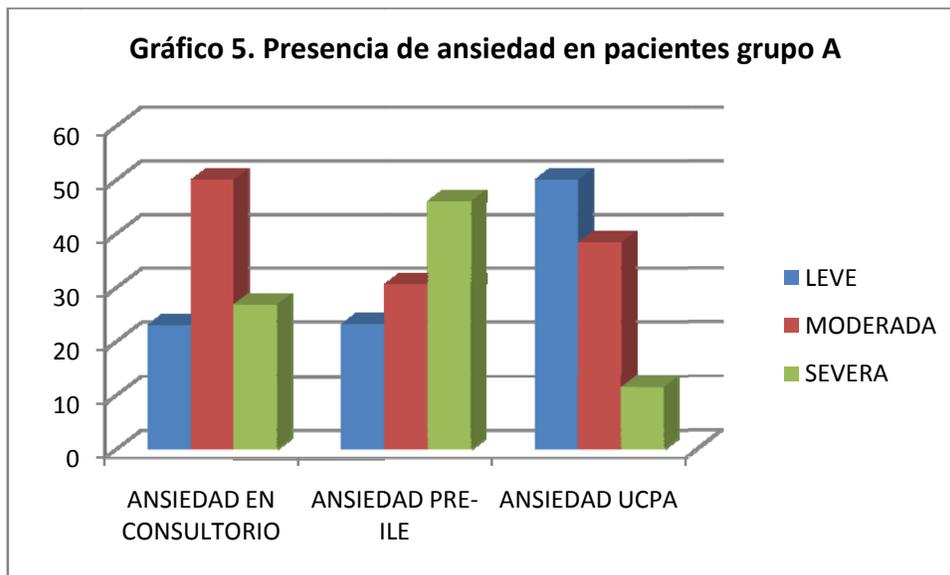
FUENTE: Hoja de registro de Hospital General Ticoman 2009.

En la gráfica 4 se muestra la presencia de temblor fino en manos en ambos grupos, en donde se encuentra en ambos grupos en el registro basal disminuyendo en la unidad de recuperación



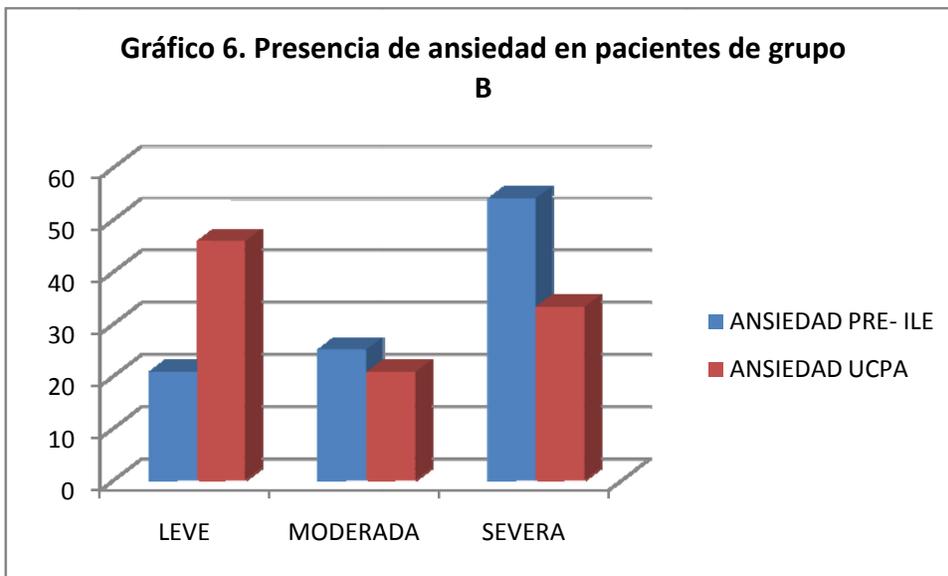
FUENTE: Hoja de registro de Hospital General Ticoman 2009.

En la gráfica 5 se muestra la ansiedad del grupo A en los 3 momentos de la toma, sin mostrar disminución comparando la basal, contra la encontrada previo al evento quirúrgico- anestésico, aún con el conocimiento del procedimiento.



FUENTE: Hoja de registro Hospital General Ticoman 2009.

En la gráfica 6 se muestra la ansiedad del grupo B en los 2 momentos del registro. Comparando las dos gráficas las diferencias al inicio del estudio no son significativas entre ambos grupos, disminuyendo la ansiedad en ambos casos, ya terminado el procedimiento quirúrgico- anestésico en la unidad de recuperación.



FUENTE: Hoja de registro Hospital General Ticoman 2009.

## DISCUSION

La ansiedad prequirúrgica, se presenta en todos los pacientes, en grados diferentes dependiendo de las características propias de la persona, por lo que desde los inicios de la cirugía se ha tratado de disminuir este estado, ya que es benéfico desde reducir la dosis de fármacos que se utilizaron en la técnica anestésica, los anestésicos posoperatorios, también se han observado mejoría pronta, menor sangrado, mejor cicatrización, menor tiempo de hospitalización que todo esto se ve reflejado en la disminución de costos en la inversión del paciente, así que se ha tratado de disminuir la ansiedad dándole al paciente el conocimiento total del evento quirúrgico, y anestésico sus beneficios y posibles complicaciones, y resolver las dudas que se presenten durante la entrevista.

Basados en la bibliografía, se encontró que el mayor miedo y por lo tanto incremento de la ansiedad es el dolor, y el no “regresar” de ese sueño provocado a base de fármacos y es el momento en donde el anestesiólogo tiene un papel importante, en algunos reportes se encuentra que la simple presentación del médico anestesiólogo tranquiliza a los pacientes, sin embargo debido a la complejidad de las personalidades de los pacientes sometidos a algún evento quirúrgico, en algunas ocasiones esto no es suficiente, así que se ha tenido que utilizar una premedicación para mejorar las condiciones del paciente. Los artículos utilizados para la realización de este estudio, refieren que en particular las pacientes sometidas a interrupción legal del embarazo cuentan con una mayor carga psicológica y social, que el resto de la población y que en ellas el conocer el

evento anestésico, puede incrementar el miedo, a tal grado de decidir suspender el evento quirúrgico, y continuar con el embarazo.

Se tomaron dos grupos para este estudio, en el primero se realiza la valoración preanestésica, un día previo a la aspiración manual endouterina, se estadifico su ansiedad, y cambios tensión arterial, frecuencia cardiaca y temblor fino, se explica con detenimiento el procedimiento anestésico tratando de encontrarse una disminución en su ansiedad al día siguiente que es cuando se realizara el procedimiento; en el segundo grupo la valoración preanestesica, y la explicación, se realiza minutos antes del evento quirúrgico, en ambos grupos la ansiedad disminuyo de manera significativa al encontrarse en recuperación, al ser informadas de que se encuentran en buenas condiciones y en espera de la recuperación total del evento anestésico.

## CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, podemos concluir que la valoración preanestesica realizada un día previo al evento quirúrgico-anestésico, no es suficiente para realizar una disminución significativa de la ansiedad en las pacientes sometidas a interrupción legal del embarazo, se necesitara de premedicación para una disminución significativa, ya que en algunos casos la ansiedad se ve incrementada debido a que en su domicilio pueden surgir dudas, que no son resueltas de manera adecuada provocando mayor miedo y por lo tanto incrementando la ansiedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Jeffrey Weeks, Sexualidad, Paidós/ PUEG/ UNAM, México, 1998.
- (2) Renato Rosaldo, Cultura y Verdad, Conaculta/Grijalvo, México, 1989.
- (3) Huerta-Franco R y J. M. Malacara (1995) "Prácticas sexuales en adolescentes de áreas marginadas: su asociación con la estructura y función familiar en Carta sobre Población, INEGI/ UNIFEM, (1995) La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX. México, Año 2, No. 9, México.
- (4) Langer, A. y Romero M., Diagnóstico en salud reproductiva en México en Reflexiones: sexualidad, salud y reproducción No. 3, El Colegio de México/ The Population Council, 1995.
- (5) Gabriela Rodríguez y De Keijzer, La noche se hizo para los hombres: Sexualidad y Cortejo entre jóvenes campesinos y legalización del aborto, ¿solución o problema?
- (6) Carrasco JM: Punto de vista del anesestesiólogo, visión del cirujano. Anestesia para cirugía ambulatoria Barcelona. Edika Med, 2000, vol. 1, 3-16
- (7) Clínicas de Anestesiología de Norteamérica: Anestesia ambulatoria. Programación de operaciones en el centro de cirugía ambulatoria. McGraw-Hill. 2003; 2: 379-398
- (8) NOM 170. norma para la práctica de la Anestesiología en México Diario Oficial, Lunes 10 de enero del 2000.
- (9) Clínicas de Anestesiología de Norteamérica: anestesia en pacientes ambulatorios. McGraw-Hill. 1996;2 551-574
- (10) McClane GJ, Cooper: The nature of preoperative anxiety. Anesthesia 45:153, 1990

- (11) Leigh JM, Walter J Janaganathan P: Effect of preoperative unanalysis. Arch Intern Med 2:987,1997
- (12) Egbert LD, Battit GE, Welch CE, et al; Reduction of postoperative pain by encouragemen and instruction of patients. N Engl J Med 270:825,1964
- (13) Anderson EA: Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension J. Consult Clin Psychol 55:513,1987
- (14) Arellano R, Cruise C, Chung F: Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. Anesth Analg 68:645, 1989
- (15) Smith I The operative period and selection criteria in outpatient surgery. Mapre Medicina 1996;7:1-13
- (16) White PF, Diez A cirugía y anestesia ambulatoria: pasado presente y futuro Mapre Medicina 1996; 7:1-13