



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA

**ESTRÉS AGUDO EN PACIENTES POSTOPERADAS DE CESÁREA Y SUS
REPERCUSIONES POSTANESTÉSICAS**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. SERRANO GARCÍA MARTHA ANGÉLICA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. ANDREA PÉREZ FLORES

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi familia, quienes han cuidado mis pasos y mi camino, por acompañarme y apoyarme en los momentos más difíciles, por compartir risas y lágrimas, son el pilar en mi vida, sin ellos éste sueño no se hubiera realizado. Gracias a mis maestros que con paciencia, entrega, dedicación y conocimiento, me llevaron a prepararme de manera integral. Mis amigos y “hermanos” de generación con los que compartí más que un aula o una sala de quirófano, me impulsaron a seguir adelante y levantarme día a día, los llevaré por siempre en mi corazón. Nadie dijo que el camino sería sencillo pero cuando nos damos cuenta que es el camino indicado y estamos convencidos que es lo que queremos, se hace menos difícil recorrerlo.

*“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor,
la electricidad y la energía atómica: la voluntad”*

- Albert Einstein -

ÍNDICE

▪ Resumen	1
▪ Introducción	3
▪ Material y Métodos	8
▪ Resultados	10
▪ Discusión	16
▪ Conclusiones	19
▪ Bibliografía	20
▪ Anexos	22

RESUMEN

Objetivo: Determinar en qué proporción las pacientes postoperadas de cesárea presentan el diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y sus repercusiones postanestésicas. **Material y métodos:** Se estudiaron 49 pacientes postoperadas de cesárea, se les aplicó una entrevista con base en la DSM IV para diagnosticar el TEA, en el área de hospitalización se evaluaron las repercusiones postanestésicas. **Resultados:** De las 49 pacientes estudiadas, 22 resultaron positivas (44.9%) para el diagnóstico, mismas que presentaron repercusiones postanestésicas, el 100% de las pacientes que recibieron Anestesia general, presentaron el diagnóstico de TEA con repercusiones anestésicas. El 80% de las pacientes con Sufrimiento fetal presentaron TEA y requirieron dosis adicionales de AINES y opioides débiles. **Conclusiones:** Una pequeña proporción de pacientes presentaron TEA, sin embargo las pacientes diagnosticadas tuvieron repercusiones postanestésicas, debido a que probablemente la muestra no fue suficiente, por lo que existe la necesidad de realizar nuevos estudios de investigación.

Palabras claves: Estrés agudo, cesárea, recuperación anestésica, repercusiones postanestésicas, dolor postcesárea.

SUMMARY

Objective: To determine what proportion of the post-cesarean operated patients have the diagnosis of acute stress disorder (ASD) and post-numbing repercussions. **Methods:** 49 operated post cesarean section patients were studied, we applied an interview base don DSM IV to diagnose ASD, in the area of hospitalitation post-numbing repercussions. **Results:** Of the 49 patients studied, 22 were positive (44.9%) for the diagnosis, same as presented post-anesthetic effects. 80% of patients with ASD showed fetal distress an required additional dose NAID san weak opioids. **Conclusions:** A small proportion of patients had ASD however the diagnosed patients had post-numbing effect because the simple was probably not enough, so there is need for further research studies.

Keywords: acute stress, cesarean section, anesthesia recovery, post-anesthetic effects, post-cesarean pain.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Estrés Agudo (TEA) es un cuadro de carácter agudo que aparece como consecuencia de la exposición a un evento traumático. Las manifestaciones clínicas aparecen dentro del plazo de una hora posterior al psico-trauma. Es un trastorno de ansiedad, a medio camino del Trastorno de Estrés Postraumático, en el que la persona sufre, temporalmente pero de forma aguda, un cuadro de ansiedad fisiológica, como respuesta a la experimentación de uno o varios sucesos altamente estresantes, donde se ha puesto en peligro la integridad física del paciente o de los demás. ¹

A diferencia del trastorno de estrés postraumático, los síntomas en el TEA aparecen a los pocos minutos del suceso traumático, y remiten con un mínimo de 2 días. Existen criterios estandarizados que aparecen recogidos en el manual estadístico de enfermedades mentales y permiten un diagnóstico adecuado de esta entidad.¹

En el trastorno por estrés agudo un elemento central es el trauma psíquico, es decir, el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas.²

El acontecimiento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental), que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero.³

Los trastornos de ansiedad son los padecimientos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia del 25%, con una mayor proporción en mujeres y en niveles socioeconómicos y educativos medios y bajos. Suelen coexistir con problemas

depresivos, lo que dificulta el diagnóstico, el tratamiento y hace menos favorable el pronóstico. Una persona se enfrenta a diversos estímulos nocivos que pueden ser experimentados como catastróficos, estos causaran un nivel excesivo de estrés y se convierten en eventos traumáticos, los cuales no son fáciles de superar, por lo que tienen efectos devastadores en el bienestar mental y físico.⁴

En la literatura el estrés es definido como un proceso en el cual las demandas del medio ambiente exceden capacidad de adaptación del individuo, provocando cambios psicológicos y biológicos que aumentan el riesgo de enfermar.⁵

Al igual que en el Trastorno de Estrés Postraumático, pueden revivirse las experiencias traumáticas, y muestran un sintomatología similar a estos. A veces se sienten culpables por lo ocurrido, o no merecedores de haber sobrevivido (en el caso de sucesos que se hayan cobrado víctimas mortales). No es raro que el trastorno de estrés agudo desemboque en un trastorno de estrés postraumático.⁶

El trastorno de estrés agudo (TEA) fue acuñado oficialmente en el año 1980 en la tercera versión del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y colocado dentro de los trastornos de ansiedad. En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), reportan una prevalencia de 1.45%, con una mayor prevalencia en mujeres (2.3%) y de 0.49% en hombres (Medina-Mora, et al, 2005), La encuesta de Salud Mental Adolescente estima una prevalencia de TEPT en población de 12 a 17 años de 0.3% en hombres y de 1.7% en mujeres (Benjet C, 2009).⁴

Hasta la fecha el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo se basa fundamentalmente en entrevistas estructuradas que resultan altamente demandantes en tiempo y esfuerzo para ser aplicadas en determinados contextos y servicios. En cuanto a los informes, la mayor parte de ellos resultan muy limitados. ⁷

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican riesgos. El estrés quirúrgico hace que los pacientes tengan reacciones muy variadas, que pueden dar conductas agresivas, regresivas, depresión, pasividad e inexpresividad.⁸

En general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio –a menudo también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos-, presentan mayores dificultades en su evolución clínicoquirúrgica.⁹

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad.⁴

Son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc.¹⁰

Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente.¹¹

Esas dificultades pueden ser síntomas psíquicos (ansiedad, insomnio o agresividad) o problemas en la rehabilitación o en la relación médico-paciente,

convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y, en ocasiones, complicaciones orgánicas. Es decir que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico, que debería ser siempre evaluado junto con los demás factores de riesgo.¹²

Uno de los rasgos distintivos de las reacciones emocionales anormales frente al estrés quirúrgico es el mal manejo de la ansiedad, de lo que se desprende la necesidad de su adecuada evaluación y control con psicofármacos y otras medidas terapéuticas.¹²

A pesar de ser el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en las mujeres embarazadas (tras la depresión y la dependencia nicotínica) y de su trascendencia (superior a otras complicaciones obstétricas), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un cuadro inadecuadamente identificado en la práctica clínica así como el Estrés Agudo.¹³

El embarazo constituye un acontecimiento excepcional en la vida de las mujeres, pudiendo desencadenar emociones y sensaciones corporales muy intensas, diversas respuestas psicológicas (alegría, satisfacción, orgullo, miedo, ansiedad, distanciamiento) y reactivar memorias traumáticas previas (exploraciones ginecoobstétricas, parto, cesárea). Además, determinados cambios hormonales pueden influir en la expresión del trastorno (déficit de actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, interacción oxitocina-prolactina, modificaciones hormonales derivadas del alumbramiento).¹⁴

Diversos autores comentan que si el parto ha de ser por cesárea se recomienda preguntar a la madre y a su pareja sus deseos respecto al tipo de anestesia, sutura, atención al bebé una vez que nazca, fotos o vídeos durante la intervención, etcétera.⁸

Las embarazadas bajo anestesia general para cesárea tienen una mayor incidencia de despertar intraoperatorio que los pacientes en general, especialmente durante el período del nacimiento. Es una complicación que puede ocasionar posteriormente el desarrollo de estrés agudo o post-traumático.¹⁵

Las experiencias obstétrico-ginecológicas previas traumáticas, un parto traumático, un parto instrumental, una cesárea urgente o un mal resultado perinatal pueden desencadenar reacciones psicológicas negativas en el posparto e inducir miedo al parto en un embarazo posterior, incrementando el riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales, o aumentar la tendencia al estrés.¹⁶

El intenso dolor del parto se ha correlacionado con el desarrollo de estrés agudo y postraumático después del parto, la depresión posparto y el dolor persistente.¹⁷

A pesar de que existen numerosas escalas de medida que valoran la presencia, gravedad, evolución y respuesta al tratamiento del TEPT, actualmente no se dispone de ningún cuestionario validado que diagnostique específicamente este síndrome con relación al embarazo, el parto y el posparto. En consecuencia, se emplean escalas ya existentes, como la Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) o la Davidson Trauma Scale (DTS), previa adaptación de sus ítems a las distintas etapas de la maternidad, sin embargo, los criterios actualmente más utilizados son los incluidos en la DSM IV.¹⁸

Para realizar el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo el médico responsable debe realizar una entrevista clínica a la paciente y se aplicó el cuestionario de experiencias traumáticas. Se trata de un instrumento sencillo utilizado para el cribado de pacientes con trastorno por estrés postraumático que consta de tres partes diferenciadas: a) listado de experiencias traumáticas (ítems que investigan la existencia o no de experiencias traumáticas a lo largo de la vida y en caso afirmativo la edad a la que sucedió y la duración), b) acontecimiento traumático que más preocupa en el momento actual con 9 ítems que investigan el acontecimiento estresante según los criterios diagnósticos del apartado A del

DSM-IV y c) listado de síntomas que consta de 18 ítems que exploran los criterios B-D del DSM-IV. La respuesta es dicotómica (SÍ-NO) y el marco temporal cualquier momento tras el acontecimiento traumático. Este apartado investiga mediante dos ítems adicionales si ha recibido asistencia sanitaria previamente por este motivo (estos dos últimos no se puntúan). Los únicos ítems que se puntúan son los 18 iniciales del listado de síntomas, 1 punto cada respuesta afirmativa y 0 cada negativa. La puntuación total es la suma de la de los 18 ítems.¹⁷

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo (308.3) CIE-10

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. Desrealización
4. Despersonalización
5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (inusual) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Se define como positivo al diagnóstico los pacientes que presenten positivo cualquiera de los criterios en el inciso "A", 3 o más de los criterios en el inciso "B" así como también cualquiera de los criterios del inciso "C" a la "H".¹⁷

El principal tratamiento del Trastorno por estrés agudo incluye la terapia farmacológica y psicológica-social. En comparación con el tratamiento farmacológico, el apoyo social efectivo y la intervención psicológica temprana

juega un papel más importante, lo que puede evitar la aparición de Trastorno por estrés agudo través de aliviar el estrés, fomentar la auto-rehabilitación y la función de ajuste social.¹¹

En el presente estudio el planteamiento del problema fue ¿En qué proporción las pacientes postoperadas de cesárea presentan Trastorno de Estrés Agudo y cuáles son sus repercusiones postanestésicas?

La hipótesis fue que El Trastorno de Estrés Postraumático se presenta en mujeres postoperadas de Cesárea y tiene repercusiones en el tiempo de estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos, estancia intrahospitalaria y en el manejo del dolor postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Posterior a la autorización por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Ticomán y de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, se llevó a cabo un trabajo de tipo descriptivo prospectivo y longitudinal titulado "Trastorno de Estrés Agudo en pacientes postoperadas de cesárea y sus repercusiones postanestésicas"

El objetivo de este trabajo fue determinar en qué proporción se presenta el trastorno de estrés agudo y sus repercusiones postanestésicas en pacientes de postoperadas de cesárea.

Se incluyeron 49 pacientes postoperadas de cesárea bajo anestesia general y anestesia regional con edades entre 15 y 40 años, excluyendo aquellas pacientes que se encontraban fuera de este rango de edad, aquellas que no se encontraran en la Unidad de Cuidados Postanestésicos o se encontraran en la Unidad de Cuidados Intensivos, las pacientes que se encontraran bajo un tratamiento psiquiátrico o presentaran efectos anestésicos de algunos fármacos que la imposibilitaran para contestar las preguntas realizadas durante la entrevista, también fueron excluidas. Las pacientes se captaron en la Unidad de Cuidados Postanestésicos por el investigador quien les informó sobre el estudio y obtuvo el consentimiento informado.

A todas las pacientes incluidas se les realizó una entrevista y se llenó un Formato con criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo basado en la DSM IV, se determinó como positivas a aquellas pacientes que presentaron cualquiera de los criterios en el inciso "A", 3 o más de los criterios en el inciso "B" así como también cualquiera de los criterios del inciso "C" a la "H".

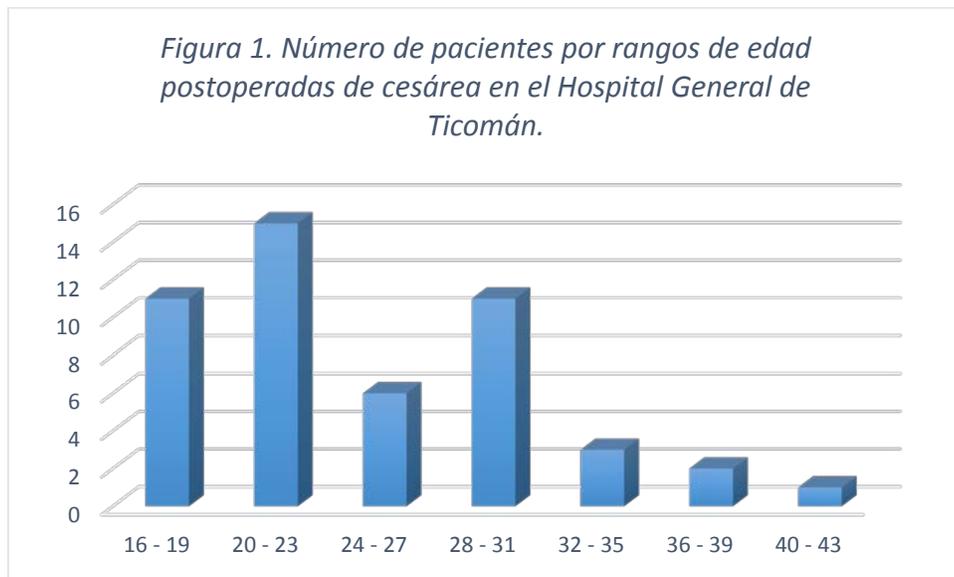
Además de la realización de la entrevista, se investigó el tiempo de estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos, determinando como prolongada si las pacientes permanecían en la misma durante más de 120 minutos, eliminando aquellas que permanecían con efectos anestésicos, que ingresaran a la UCI

oro-intubadas o que permanecieran en la misma por causas administrativas, se investigó si durante su estancia, requirieron dosis adicionales de AINEs o terapia de rescate con opioides débiles, considerando que presentaban repercusiones postanestésicas aquellas pacientes que requirieron dichas terapias, eliminando así las pacientes que no lo requirieron. Posteriormente, mediante una visita en el servicio de hospitalización, se evaluó si las pacientes estudiadas permanecieron durante más de 48 horas en el servicio, considerando como repercusión postanestésica, si permanecieron durante un tiempo mayor a causa de dolor o estrés y eliminando aquellas que por causas externas permanecieron hospitalizadas.

Se correlacionaron estas repercusiones postanestésicas con la presencia o no de Trastorno de Estrés Agudo y finalmente las pacientes con el diagnóstico, fueron referidas a un centro de apoyo psicológico y psiquiátrico.

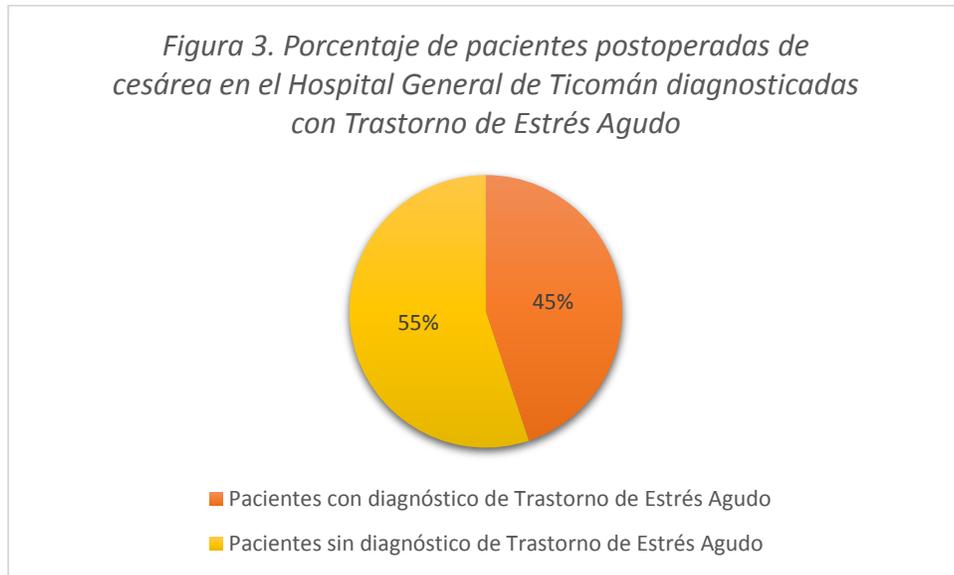
RESULTADOS

Se obtuvieron 49 pacientes con edad de entre 15 y 40 años, la edad promedio fue de 24.7 ± 5.9 años. El promedio de edad en la cual se presentó el Trastorno de Estrés Agudo fue de entre 20 y 23 años con 15 casos, la edad con la que se presentó en menor frecuencia fue entre los 40 y 43 años de edad. La media en cuanto a la edad fue de 24.7, la desviación estándar de 5.98, la edad máxima de 40 años y la mínima de 16 años (Figura 1).



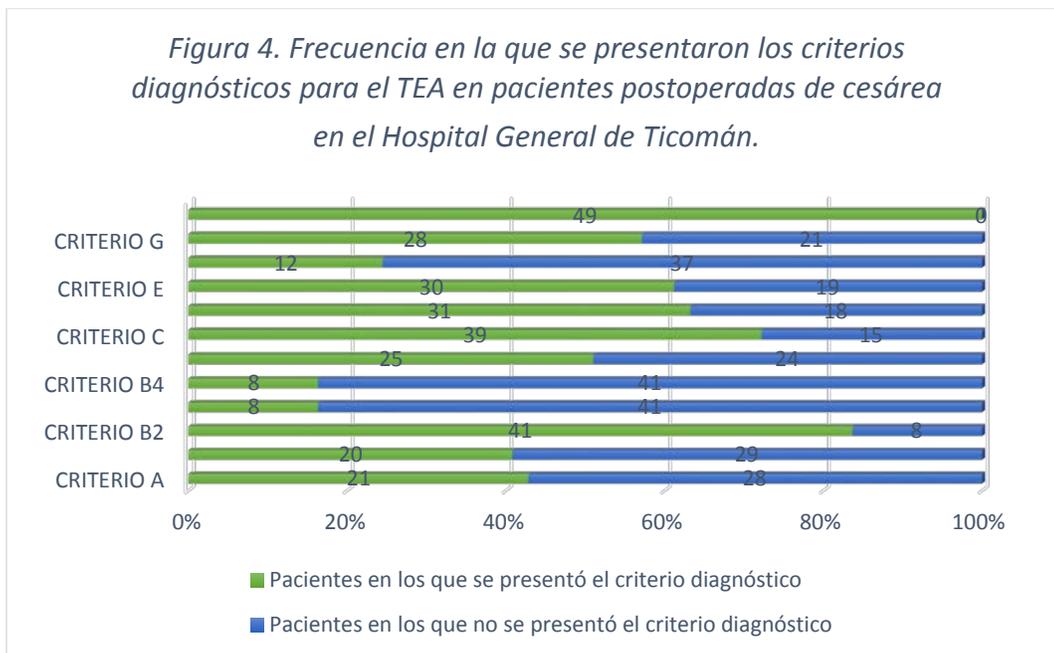
En relación al Diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo (TEA) 27 casos resultaron negativas (55%) y 22 (44%) casos resultaron positivas (Figura 3).

Figura 3. Porcentaje de pacientes postoperadas de cesárea en el Hospital General de Ticomán diagnosticadas con Trastorno de Estrés Agudo



El criterio diagnóstico presente en el 100% de las pacientes con Trastorno de Estrés Agudo fue el “Criterio H”. El criterio B3 y B4 fueron los más frecuentes con un 83.7% de las pacientes y el menos frecuente fue el criterio B2 con un 16.3% (Figura 4). (Formato para recolección de datos en Anexo 1).

Figura 4. Frecuencia en la que se presentaron los criterios diagnósticos para el TEA en pacientes postoperadas de cesárea en el Hospital General de Ticomán.



En cuanto a las repercusiones postanestésicas en las pacientes diagnosticadas con Trastorno de Estrés Agudo postcesárea, el 12.2% permanecieron más de 120min en la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA), contra el 87.8% que no (Figura 5). El 55.1% requirieron dosis adicionales de AINES (Figura 6), el 22.4% requirió terapia de rescate con opioides débiles el 2 % duraron más de 48hrs en hospitalización (Figura 7).

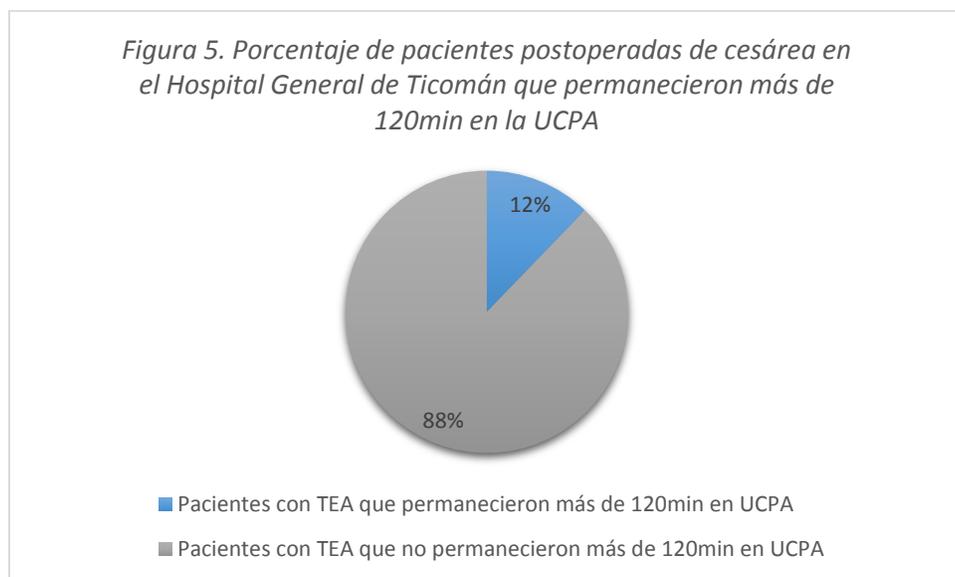
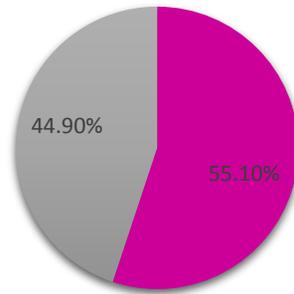
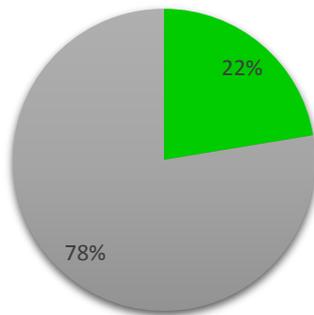


Figura 6. Porcentaje de pacientes postoperadas de cesárea en el Hospital General de Ticomán que requirieron dosis adicionales de AINEs.



- Pacientes con TEA que requirieron dosis adicionales de AINEs
- Pacientes con TEA que no requirieron dosis adicionales de AINEs

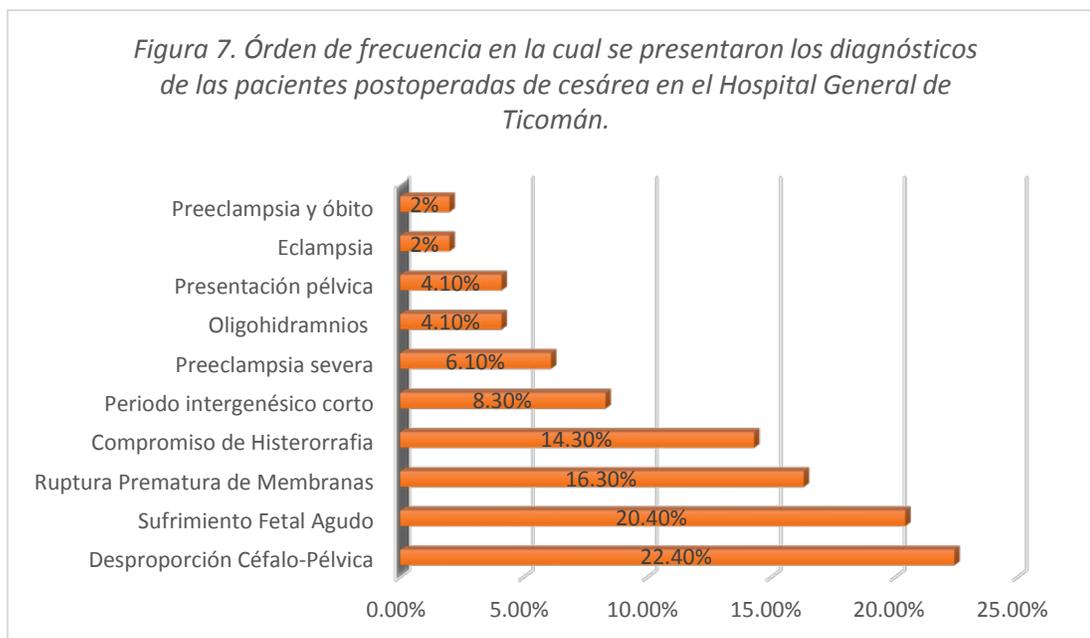
Figura 6. Porcentaje de pacientes postoperadas de cesárea en el Hospital General de Ticomán que requirieron terapia de rescate con opioides débiles.



- Pacientes con TEA que requirieron terapia de rescate con opioides
- Pacientes con TEA que no requirieron terapia de rescate con opioides

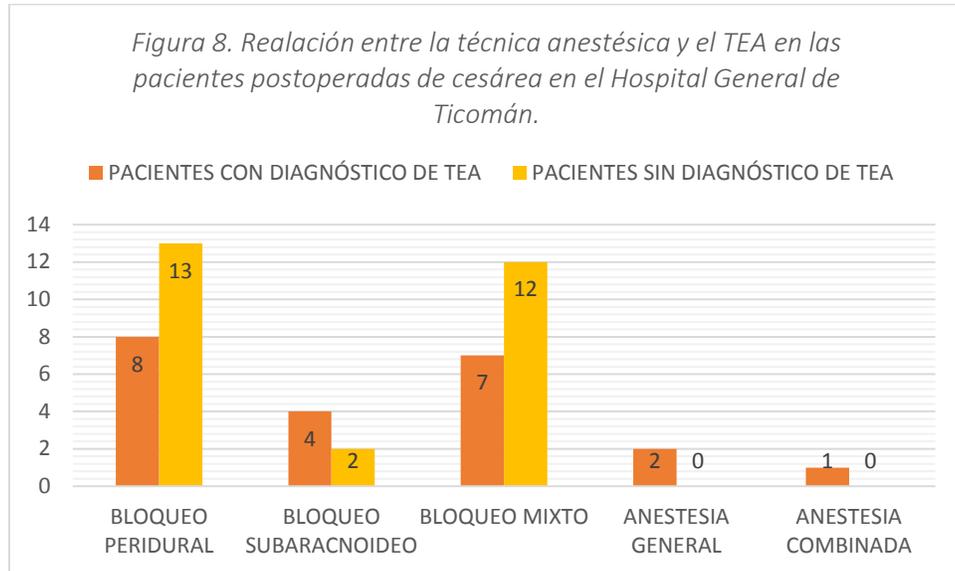
En cuanto al diagnóstico por el cual se realizó la cesárea, la causa más frecuente fue por Desproporción Céfalo-Pélvica (DCP) con 11 casos lo cual corresponde a un 22.4%, en segundo lugar de frecuencia se encuentra Sufrimiento Fetal Agudo

(SFA) con 10 casos lo que corresponde a un 20.4%, en tercer lugar de frecuencia Ruptura Prematura de Membranas (RPM) con 8 casos, lo que corresponde a un 16.3%, en cuarto lugar se encuentra el Compromiso de histerorrafia con 7 casos, correspondiente a un 14.3%, en quinto lugar se encuentra 4 casos con Periodo intergenésico corto correspondiente a un 8.3%, en sexto lugar se encontraron 3 casos con Preeclampsia severa lo que corresponde a un 6.1%, en séptimo lugar se encontró Oligohidramnios y Presentación pélvica ambos diagnósticos con 2 casos, correspondiente al 4.1% cada uno. Finalmente se encontró un caso con Eclampsia correspondiente a un 2%, así como un caso de Preeclampsia y Óbito fetal, correspondiente a un 2% (Figura 7).



En cuanto a la Técnica anestésica más frecuente fue Bloqueo peridural en 21 pacientes (42.9%), en segundo lugar Bloqueo mixto en 19 pacientes (38.8%), en tercer lugar 6 pacientes con Bloqueo subaracnoideo (12.2%), en cuarto lugar 2 pacientes con Anestesia General (4.1%), a una paciente como técnica inicial se le ofreció bloqueo peridural y se combinó con Anestesia General (2%).

Se presentaron dos pacientes con antecedente de cesárea previa lo cual corresponde a un 26.5% (Figura 8).



La técnica anestésica bajo la cual se presentó con mayor frecuencia el Trastorno de estrés agudo postcesárea fue el bloqueo peridural (8 casos), cabe mencionar que el 100% de las pacientes que recibieron Anestesia general, presentaron el Diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo.

De las 10 pacientes atendidas por Sufrimiento fetal agudo, 8 presentaron Trastorno de estrés agudo lo que corresponde a un 80%, lo cual coincide con que todas las pacientes requirieron dosis adicionales de AINES así como de opioides débiles.

Cabe señalar que de las pacientes con antecedente de cesárea previa el 61.5% presentaron Trastorno de Estrés Agudo y requirieron dosis adicionales de AINES durante su estancia en UCPA y en hospitalización.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó la proporción en la cual las pacientes postoperadas de Cesárea presentan estrés agudo y sus repercusiones postanestésicas, demostrado esto mediante la realización de una entrevista basada en los criterios diagnósticos para Trastorno de Estrés Agudo según la DSM IV, concluyendo en relación a la hipótesis que la proporción en que las pacientes postoperadas de cesárea y las repercusiones anestésicas fue 1:1 casos que presentaron dicho Trastorno, lo cual es de significancia, sin embargo no lo suficiente, debido probablemente a la necesidad de aumentar el tamaño de la muestra.

Según Giacomantone y Mejía⁷ la prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo es mayor en mujeres que en hombres, motivo por el cual se decidió que la población en éste estudio fueran mujeres.

En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) así como la Encuesta de Salud Mental Adolescente (ESMA) reportan una prevalencia aumentada en pacientes de 12 a 17 años, lo cual no se observó en el presente estudio ya que la edad promedio en la que se presentó dicho trastorno fue de 20 a 23 años, sin embargo se podría explicar debido a que las pacientes reportadas en la ENEP y ESMA no presentaban el factor estresor en nuestro estudio que es el procedimiento anestésico-quirúrgico, relacionado con lo que Olsa y Lebrero⁸ refieren en cuanto a las intervenciones quirúrgicas que constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican riesgos, además concluyen que el estrés quirúrgico hace que los pacientes tengan reacciones muy variadas, que pueden dar conductas agresivas, regresivas, depresión, pasividad e inexpresividad.

Como lo menciona Ming-sheng⁶, no es raro que el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) desemboque en un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), lo cual

explica el beneficio al diagnosticar el TEA y uno de los objetivos principales del presente estudio fue diagnosticar a tiempo el TEA para que las pacientes no evolucionaran a un TEPT y con esto presentaran mayores complicaciones.

En relación a los criterios más frecuentes la desrealización y el sentirse aturcidas fueron los más frecuentes, relacionándose en aquellas pacientes cuya cirugía fue de urgencia, esto probablemente debido al desconocimiento de su estado de salud y a la progresión rápida de los eventos quirúrgicos y anestésicos, se entiende que las pacientes presentan mayor ansiedad y estrés a lo desconocido.

Ya que se trata de un estudio con estadística descriptiva, se calcularon porcentajes para determinar las repercusiones postanestésicas en la pacientes con Trastorno de Estrés Agudo, tales como estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Postanestésicos (mayor a 120min), requerimiento de dosis adicionales de Analgésicos Antiinflamatorios no Esteroideos (AINE), requerimiento de dosis de rescate con opioides débiles y estancia prolongada en hospitalización (mayor a 48hrs).

Covarrubias-Gomez¹¹ concluye en su estudio que las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente, relacionado con el presente estudio encontramos que las pacientes sí presentaron repercusiones anestésicas, siendo más frecuente la necesidad de dosis adicionales AINEs en un 55.1%, siendo menor los porcentajes de pacientes que requirieron terapia de rescate con opioides débiles o permanecieron más de 120min en la Unidad de Cuidados postanestésicos.

Encontramos que todas las pacientes que requirieron terapia de rescate con opioides, tuvieron el diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo, requirieron dosis adicionales de AINES y presentaron características especiales tales como antecedente de toxicomanías, óbito y durante su estancia requirieron valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, sin ser ingresadas a la misma, lo cual nos arroja nuevos factores estresores.

Ninguna paciente permaneció más de 48hrs en hospitalización, por lo que ésta repercusión anestésica no obtuvo resultados significativos.

Como hallazgo adicional en el presente estudio se encontró que todas las pacientes postoperadas de cesárea bajo la técnica de bloqueo peridural y anestesia general, presentaron Trastorno de Estrés Agudo, lo cual indica que se podrían realizar nuevos estudios relacionando la técnica anestésica con la presencia de Trastorno de Estrés Agudo.

Lo anterior apoyado por Köhnenkamp¹⁵ quien comenta que las embarazadas bajo anestesia general para cesárea tienen una mayor incidencia de despertar intraoperatorio que los pacientes en general, especialmente durante el período del nacimiento y se trata de una complicación que puede ocasionar posteriormente el desarrollo de estrés agudo o post- traumático.

Sería de gran interés estudiar las repercusiones postanestésicas en pacientes postoperadas de cesárea con algún tipo de patología psiquiátrica ya que Bonet⁹ refiere que los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio –a menudo también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos-, presentan mayores dificultades en su evolución clínicoquirúrgica.

CONCLUSIONES

La proporción de pacientes postoperadas de cesárea que presentaron Trastorno de Estrés Agudo (TEA) fue 1:1, sin embargo todas las pacientes diagnosticadas presentaron repercusiones postanestésicas, como hallazgo adicional se encontró que las pacientes que presentaron cesárea previa fueron diagnosticadas con TEA y tuvieron repercusiones postanestésicas, siendo más frecuente la necesidad de terapia de rescate con opioides débiles, además se encontró que las pacientes bajo la técnica de bloqueo peridural presentaron en mayor proporción el TEA en comparación con las que no.

Por último, se concluye que aún no existen estudios suficientes en cuanto al TEA en pacientes postoperadas de cesárea ni sus repercusiones postanestésicas, siendo en su gran mayoría estudios relacionados con las implicaciones anestésicas en el Trastorno de Estrés Postraumático, tratándose de una complicación del Trastorno de Estrés Agudo, por lo que es de vital importancia diagnosticar dicho trastorno previo a una complicación que pudiera llevar a las pacientes a presentar mayores repercusiones anestésicas en eventos posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4 ta ed. Tex rev Washington, DC, 2000.
- (2) OLIVEROS, D. Trastorno por estrés agudo. Presentación de un caso. Cuad Med Forense 2012;18(1):27-31
- (3) SOET, J.E., BRACK, G.A. & DILORIO, C. (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth
- (4) Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. www.cenetec.salud.gob.mx
- (5) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv7.html>
- (6) MING-SHENG TAN AND LIANG DONG. Post-Traumatic Stress Disorders on Pediatric Orthopedic Injuries. J Trauma Treat 2014.
- (7) GIACOMANTONE, E. Y MEJÍA, A.: Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. Buenos, Aires, Paidós, 2010. <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm>
- (8) OLZA, I; LEBRERO,E. “¿Nacer por cesárea?”. Ediciones Granica, 2010.
- (9) BONET, J. PINE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones B. 2013.
- (10) COELHO REBELO MAIA, LUIS ALBERTO. Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. Anales de psicología 2010, vol. 26, nº 1 (enero), 1-10.
- (11) COVARRUBIAS-GOMEZ, ALFREDO. Dolor postoperatorio en gineco-obstetricia. Revista Mexicana de Anestesiología Vol. 37. Supl. 1 Abril-Junio 2014 pp S51-S55
- (12) SÁEZ VAY, F; (et al). Atención integral al paciente quirúrgico. Rev. Enfermería Científica. Madrid: Ediciones Gráficas Alberdi, S.A., Marzo-Abril 2011, 168-169: 48-52
- (13) HALBREICH U. Anxiety disorders in women: a developmental and lifecycle perspective. Depress Anxiety. 2013; 17: 107-10.
- (14) HILL, CC, PICKINPAUGH, J. Trauma and surgical emergencies in the obstetric patient, Surg Clin North Am 2010; 88:421.
- (15) KÖHNENKAMPF C.(et-al) Anestesia general para operación cesárea: beneficios, riesgos y complicaciones asociadas. Rev Chil Anest, , 2011; 40: 335-343 STRAWN JR, KEESHIN BR, DELBELLO MP, GERACIOTI TD JR, PUTNAM FW (2010) Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review. J Clin Psychiatry 71: 932-941.
- (16) La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) Clínica y Salud Vol. 23, n.º 1, 2012 - Págs. 25-41
- (17) CALZADA REYES, Y. (ET-AL) Trastorno por estrés agudo. Presentación de un caso Cuad Med Forense 2012;18(1):27-31

- (18) P. ACETO, V. (et-al) Update on post-traumatic stress syndrome after anesthesia. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2013; 17: 1730-1737