

## Mesa de comunicaciones 2: Cuidados materno-infantiles

### Concurrent session 2: Mother and children Care

#### AUTORES/AUTHORS:

M<sup>ª</sup> Inmaculada de Molina Fernández, Alba Roca Biosca, Lourdes Rubio Rico, M<sup>ª</sup> Jesus Montes Muñoz, Miriam de la Flor Lopez, María Jimenez Herrera, Joan Fernandez Ballart, Cristobal Añez Simón

#### TÍTULO/TITLE:

Valoración de la ansiedad de las mujeres ante el parto, un aspecto a considerar

El embarazo y posterior nacimiento de un hijo es una experiencia que conlleva cambios a nivel fisiológico, anatómico, psicológico y social que requerirán adaptaciones dirigidas a favorecer el proceso y a evitar posibles desequilibrios que deriven en problemas de salud(1).

En las últimas décadas, los avances en Obstetricia han ido encaminados a mejorar los cuidados clínicos durante el curso de un embarazo normal y el parto lo que ha conllevado unos mejores resultados maternos y perinatales (2).

La Organización Mundial de la salud (OMS) en su Declaración de Fortaleza (1985), dictó, a su vez, las principales recomendaciones de lo que debía ser la atención a la maternidad en todo el mundo, basándose además de en los aspectos clínicos, en la premisa de que los factores sociales, emocionales y psicológicos eran fundamentales y complementaban una atención perinatal de calidad (3). Ante la evidencia y a pesar de los esfuerzos y transformaciones que han sufrido en esta línea la mayoría de maternidades se siguen encontrando carencias en cuanto al soporte psicológico que desde las instituciones se les da a las mujeres(1).

El embarazo y el parto, en la mujer, precisa de adaptaciones, que en ocasiones pueden alterar su equilibrio emocional generando en ella estados de tensión, ansiedad o miedo, lo que Díaz Romero denominó "angustia al cambio" (4), que se relacionan con sensación de descontrol y/o dolor excesivo (5,6) situación relacionada con un incremento de la dificultad para la labor del parto con mayor número de cesáreas(7) y un incremento de recién nacidos pre termino y con bajo peso al nacer entre otros (8-10), todo ello asociado a una experiencia menos positiva del momento y a un bajo nivel de satisfacción(11-14).

En este contexto resultaría interesante, conocer y utilizar cuestionarios validados, sobre determinadas variables psicológicas y sociales que como factores predictores pudieran explicar y detectar la aparición del malestar psicossomático durante la labor de parto, para poder así individualizar los cuidados a la mujer en relación a su situación, necesidades y circunstancias.

En el año 2003 Green et al desarrollaron "The Cambridge Worry Scale (CWS)", escala validada en Inglaterra, que mide las preocupaciones de las mujeres ante el parto, desde una perspectiva global, indagando en los aspectos familiares, económicos y sociales que preocupan a las gestantes durante su embarazo y que pueden afectar a su bienestar psicológico; en esta línea también encontramos en lengua inglesa, la Oxford Worries About Labour Scale (OWLS)(1).

Otras escalas valoran la ansiedad a la población general, como la escala verbal, el Cuestionario de Ansiedad- Estado de Spielberg ((STAI-AE), ampliamente utilizado en estudios nacionales y extranjeros en el ámbito obstétrico)(7) y/o la Escala Visual Analógica (EVA) entre otros.

En definitiva, no existe un cribaje sistemático de la ansiedad y/o miedos de las gestantes en nuestro entorno ni existe un cuestionario específico del tema, validado en nuestra población, a pesar de que diversos estudios demuestran, que niveles elevados podrían estar relacionados con efectos negativos sobre los resultados obstétricos y/o perinatales.

La finalidad de este estudio fue valorar la utilización del cuestionario STAI-AE y la escala EVA como instrumentos de detección y/o cribaje de la ansiedad en gestantes y contrastar los niveles de ansiedad y miedos de las mujeres ante el parto en relación a la forma de finalizar la gestación, el Apgar de los niños al nacer y la percepción del dolor en el parto.

La hipótesis a testar fue: La ansiedad ante el parto se correlaciona positivamente con la percepción del dolor

#### Metodología

Diseño descriptivo, longitudinal, analítico y prospectivo. Población de estudio: mujeres mayores de edad, que acudieron durante el tercer trimestre al Servicio de Obstetricia del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Criterios de exclusión: ser menor de edad, no ser capaz de comprender y responder a los cuestionarios, no otorgar el consentimiento informado y no acudir a parir, este Hospital. Se les pasaron a las mujeres 2 cuestionarios, uno en el parto (durante el último trimestre de la gestación) y otro durante su ingreso en el hospital tras el parto (a partir de las 24 horas postparto y antes de su alta a domicilio). En el cuestionario parto se recogieron variables socio demográficas así como datos clínicos relativos a su embarazo. También se les pasó el Cuestionario Ansiedad-Estado de Spielberger (STAI) y una escala visual analógica (EVA) para valorar su nivel de ansiedad previo al

parto.

Tras el parto, las mujeres cumplimentaron un cuestionario postparto de resultados obstétricos, datos del neonato (sexo, apgar, peso), valoración de la ansiedad postparto con una EVA, la valoración del dolor en el parto (EVA) y la valoración del alivio del mismo tras la administración de analgesia (EVA). Para terminar cumplimentaron un cuestionario de miedos sentidos al parto.

El cálculo de la muestra se realizó con el software EPIDATv3.1 aceptando un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 95%. En un contraste bilateral, se calculó que se necesitaban un mínimo de 71 mujeres gestantes, para detectar una diferencia de 0'41, considerando un coeficiente de correlación de Spearman (R1) de 0 como hipótesis nula, y de 0'41 como hipótesis alternativa. Se calculó un 10% de pérdidas.

El muestreo fue no probabilístico accidental.

#### Análisis estadístico

Los descriptivos de variables categóricas son las frecuencias absolutas (N) y relativas (%). Para determinar la dependencia entre dos variables categóricas se aplica una prueba de X<sup>2</sup>. Un p-valor < 0,05 nos indica que las 2 variables están relacionadas. Los descriptivos de variables cuantitativas no-normales o scores son la mediana y los percentiles 25 y 75 (P25 y P75, respectivamente). Para determinar diferencias entre grupos, se aplica una prueba de Mann-Whitney. Un p-valor < 0,05 nos indica que los dos grupos no tienen la misma distribución. Se aplica la corrección de Bonferroni en los p-valores cuando tenemos más de 2 grupos. Un p-valor ajustado < 0,05 nos indica diferencias en esa comparación.

Para determinar la relación entre dos variables cuantitativas no normales o scores se calcula el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) y su p-valor. Un p-valor < 0,05 nos indica que Rho  $\neq$  0. Cuando Rho > 0 nos indica una relación directa, y Rho < 0 inversa. El valor absoluto de Rho cercano a 0 nos indica poca relación, y un valor cercano a 1 nos indica relación de dependencia total o exactitud.

El nivel de significación se estableció en un valor de  $p \leq 0'05$ . El análisis de los datos se realizaron con el software SPSSv15.

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigaciones Clínicas (CEIC) del Hospital.

Resultados Se estudió a 78 mujeres entre las semanas 34 y 41 de gestación entre el mes de Octubre de 2011 y Marzo del 2012, la mediana de edad de las mujeres fue de 32 (29-35) años.

Los antecedentes médicos personales que presentaron las mujeres fueron poco importantes y/o destacables. El 30,77% de la muestra eran gestaciones de alto o muy alto riesgo, finalizando el 72,37% de los partos por vía vaginal y el 27,63% mediante cesárea.

El 95,65% de los neonatos tuvieron un Apgar a los 5 m >7. Por último el 82,89% tuvieron pesos en el rango de normalidad (2500-4000gr).

Existió correlación entre las 2 escalas utilizadas en la medición de la ansiedad antes del parto: el Cuestionario-Inventario Ansiedad-Estado de Spielberger (STAI-AE) y la Escala Visual Analógica (EVA) de ansiedad ( $p < 0.005$ ; Rho: 0,508). Aquellas mujeres que puntuaban más alto en el EVA ans Pre tenían a su vez valores más altos de STAI ( $R^2 = 0,269$ ).

Los niveles de ansiedad de las mujeres participantes en el estudio obtenidos mediante las escalas utilizadas, no condicionaron la forma de finalizar el parto ( $p = 0,983$ ), ni el Apgar de sus hijos ( $p = 0,869$ ), no se encontraron diferencias significativas entre las medianas de las diferentes variables.

NMedianaP25P75

STAI PD7820,0013,0027,00

EVA ANS post733,000,005,00

EVA DOLOR768,507,0010,00

EVA alivio d.737,004,0010,00

Sí fue significativo que las mujeres que presentaron mayores niveles de ansiedad antes del parto manifestaron sentir un mayor miedo al dolor en el parto ( $p=0,041$ ;  $Rho: 0,235$ ) y a que su hijo sufriera algún daño ( $p=0,007$ ;  $Rho: 0,305$ ). A su vez, las mujeres que verbalizaron sentir miedo ante el dolor, puntuaron más alto en la escala EVA de dolor en el parto ( $p<0,005$ ;  $Rho: 0,545$ ) y valoraron peor la analgesia/tratamiento recibido para aliviarlo ( $p=0,003$ ;  $Rho: -0,339$ ).

#### Discusión

La ansiedad tendría una influencia negativa sobre los resultados obstétricos, fetales y perinatales. Sin embargo los resultados obtenidos en este estudio muestran que los niveles de ansiedad en las mujeres no se asociaban con el tipo de parto, al igual que en otros estudios (15) discrepando de los resultados obtenidos por Dayan y Glyn (8,9). Tampoco se pudo establecer relación entre los niveles de ansiedad y las puntuaciones de Apgar de los RN. Estos resultados contradictorios entre los diferentes estudios, serían, según una reciente revisión Cochrane, fruto de aspectos tales como el escaso tamaño de la muestra y/o debilidades metodológicas(16). En contrapartida, en este estudio el (STAI-AE)(17) se muestra como un cuestionario adecuado para medir los niveles de ansiedad previos al parto, coincidiendo con lo expuesto en otros trabajos (18). Además se ha visto que las dos escalas utilizadas en el estudio STAI-AE y la escala EVA de ansiedad correlacionaban fuertemente.

Cuando una mujer se enfrenta al parto por primera vez a menudo siente ansiedad, miedo al dolor, a lo desconocido (11). Si los niveles de ansiedad predicen una peor tolerancia al dolor, como se aprecia en este estudio, es de vital importancia identificar a las gestantes "ansiosas" susceptibles de cuidados dirigidos a discernir el origen de sus miedos y preocupaciones, para así poder subsanarlos en lo posible con apoyo, información y alternativas de alivio al dolor en el parto.

Varios métodos han sido sugeridos para reducir el nivel de ansiedad y el dolor del parto: educación maternal, métodos farmacológicos y no farmacológicos, musicoterapia y un soporte continuado de las matronas entre otros(11), sin embargo, la efectividad de estos métodos no es concluyente. Parecería ante todo lo expuesto que se debería reforzar la educación prenatal en todo lo relacionado con el dolor en el parto, realizar cribajes sistemáticos de los niveles de ansiedad en la gestación, validar, en esta población, nuevos instrumentos de cribaje y mejorar la calidad de la analgesia. En definitiva individualizar la atención y los cuidados centrándonos en un cuidado holístico e integral que contemple la esfera emocional de la mujer.

Un cribaje adecuado de los niveles de ansiedad permitiría identificar las mujeres susceptibles de cuidados específicos con el fin de mejorar su experiencia en el parto.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Redshaw M et al. The Oxford Worries about Labour Scale: Women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychol , Health Med* 2009;14(3):354-366
- (2) G de Catalunya. Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut 2007
- (3) OMS. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto *Lancet* 1985;2:436-437
- (4) Díaz R, et al. Estrés y embarazo. *Revista ADM* 1999;56(1):27-31
- (5) Alemany M et al. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento: estado de la cuestión. *Matronas Profesión* 2005;6(4):23-27
- (6) Da Costa D et al. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59(1):31
- (7) Hurtado F et al. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* 2003;3:32-45
- (8) Dayan J et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155(4):293-301
- (9) Glynn LM et al. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology* 2008;27(1):43
- (10) Bastani F et al. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? a

randomized controlled trial. J Perinat Neonatal Nurs 2006;20(2):138

(11) Liu YH et al. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first time mothers J Clin Nurs 2010;19(78):1065-1072

(12) Gibbins J et al. Women's expectations and experiences of childbirth. Midwifery 2001 Dec;17(4):302-313

(13) Saisto T et al. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82(3):201-208

(14) Cheung W et al. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. Midwifery 2007;23(2):123

(15) Wu J et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. Obstet Gynecol 2002;187(4):864-867

(16) Marc I et al. Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer. 2011

(17) Spielberg C et al. Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo STAI: adaptación española. 1994

(18) Hernández-Martínez C et al. Relation Between Positive and Negative Maternal Emotional States and Obstetrical Outcomes. Women Health 2011;51(2):124-135