

Estrategia educativa para gestión del conocimiento sobre embarazo ectópico en Atención Primaria de Salud.

HOSPITAL DOCENTE GINECOBSTÉTRICO "DR. JULIO R. ALFONSO MEDINA" MATANZAS **Revista Médica Electrónica 2009;31(2)**

Estrategia educativa para gestión del conocimiento sobre embarazo ectópico en Atención Primaria de Salud.

Educative strategy to manage knowledge on ectopic pregnancy at the primary health care level

AUTORES

Dra. Carmen Fernández Arenas.(1)

Dra. Myra M. Guerra Castro.(2)

E-mail: mayra.guerra@infomed

Lic. Silvio F. Soler Cárdenas. (3)

(1) Especialista de II Grado Ginecobstetricia. MsC. Atención Integral Mujer. Profesora Asistente. Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina". Matanzas.

(2) Especialista de II Grado Dermatología. Dra. Ciencias Médicas. Profesora Auxiliar. Hospital Universitario "Comandante Faustino Pérez". Matanzas.

(3) MsC. Educación Médica Superior. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.

RESUMEN

La incidencia del embarazo ectópico se ha multiplicado mundialmente en las últimas décadas, incluyendo a Cuba, causando morbimortalidad en mujeres jóvenes constituyendo un problema de investigación. Se propone una estrategia de intervención educativa para contribuir a la gestión del conocimiento sobre el embarazo ectópico, en la Atención Primaria de Salud. Se realizó estudio prospectivo descriptivo durante los años 2004 al 2007, de las pacientes ingresadas con sospecha de Embarazo Ectópico, en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas "Dr. Julio Alfonso Medina", para determinar el comportamiento de la entidad a través de variables operacionalizadas como: edad, diagnóstico y formas clínicas y tratamiento; en las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión los datos se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows Versión 11.5, tabulando los resultados. La incidencia del EE se elevó hasta 34,2 por mil nacidos vivos, siendo más alta en el grupo de 25-34 años (54.8%), el 80.3% se diagnosticó tardíamente y predominó la forma clínica complicada (59%), lo que motivó el 87.2% de salpingectomías realizadas. Existe dificultad con el diagnóstico precoz y remisión oportuna de las pacientes con sospecha de la entidad en la Atención Primaria de Salud. Proponemos diseñar un sitio Web sobre el tema del Embarazo Ectópico, basado en las Tecnologías de la Información y la Comunicación, para mejorar la capacitación de los internos y Medicina General Integral, en la Atención Primaria de Salud, donde existe el Policlínico Universitario.

DeCS

EMBARAZO ECTÓPICO/diagnóstico

EMBARAZO ECTÓPICO/epidemiología

EMBARAZO ECTÓPICO/cirugía

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

INTERNET

HUMANOS

FEMENINO

ADULTO

EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

Para concebir la investigación la autora parte de la elevada frecuencia de las intervenciones quirúrgicas por Embarazo Ectópico (EE) durante el año 2003, en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina", constituyendo un motivo de preocupación, ya que un elevado número de casos llegaban al salón de operaciones, en su forma clínica complicada, con alto riesgo de morbimortalidad. Diferentes autores(1-10) publican, que existe aumento de la frecuencia del EE en el mundo, incluyendo a Cuba, hasta cinco veces después de la década del 70.

La autora considera que esta afección cobra gran importancia, ya que mundialmente, al EE se deben del 5 al 12 % de las muertes maternas, siendo un problema aún no resuelto y así lo destacan la Organización Mundial de Salud (OMS) y la UNICEF (11). En Cuba la razón de muerte materna que existía en la década 1950, se ha reducido en un 78,3%, comparada con el año 2004, pero entre las causas que persisten y que han aumentado está el EE complicado, que se eleva progresivamente en los últimos años, exhibiendo en el año 2000 la cifra de 3.5 por cien mil nacidos vivos y asciende en el 2003 a 5.8 por cien mil nacidos vivos.(12,13)

Como este fenómeno no es aislado, en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina" de Matanzas, se elevó también la tasa de incidencia de EE en los últimos años, de 25.4 por mil nacidos vivos en el 2000, hasta 31 por mil nacidos vivos en el 2003, lo que confirma estadísticamente, la observación de la autora.

Se reconoce como problema científico la elevada incidencia del EE en su forma clínica complicada, por diagnóstico tardío a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS).

¿Cómo contribuir a mejorar la calidad en el diagnóstico del EE no complicado en la APS?

Para ello se toma como objeto de investigación el diagnóstico precoz del EE y su remisión oportuna evitando la morbimortalidad, mientras que el campo de acción es contribuir, a través de una estrategia de intervención educativa, a la capacitación de los estudiantes de Medicina de sexto año (internos) y los Médicos Generales Integrales (MGI), en la APS, para lograr dicho diagnóstico precoz. Basado en el problema científico anteriormente señalado, la investigadora, como objetivo general de su trabajo, propone una estrategia de intervención educativa para la gestión del conocimiento teórico sobre el Embarazo Ectópico en los Policlínicos Universitarios, que se insertan en las áreas de salud. Es en la APS, que ahora forma parte del Policlínico Universitario, donde están creadas todas las condiciones para prevenir esta afección y diagnosticarla precozmente, realizando una adecuada selección de las pacientes de riesgo para su control y se hace necesario aplicar una *estrategia de intervención educativa* para elevar el conocimiento sobre el tema para los estudiantes de medicina, en especial, los internos; que conozcan la incidencia actual de la afección y aprendan a "pensar en el Embarazo Ectópico", siendo orientadas o remitidas oportunamente las pacientes a la atención hospitalaria.

Una forma eficaz de resolver este problema es acudir a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), por ello, se decide diseñar un sitio Web, que es factible de realizar con un mínimo de inversiones, para facilitar el flujo y acceso al conocimiento de una manera agradable. Esta propuesta educativa tiene amplio uso e impacto en la Educación Superior, aplicable a cualquier nivel de atención de salud y puede extenderse a cualquier otro centro del país, de ahí su gran significación práctica y la novedad científica se manifiestan en la integración de elementos teóricos fundamentales para el diagnóstico temprano del Embarazo Ectópico, con aspectos esenciales del tema actualizados y el flujograma para el seguimiento en la APS de las pacientes con sospecha de esta afección. Este trabajo se basó en métodos científicos, empleado siempre el método Filosófico General Dialéctico Materialista, que permite concebir la lógica del proceder investigativo y revelar las relaciones internas en la multidimensionalidad del fenómeno estudiado y teniendo en cuenta los principios bioéticos.

MÉTODO.

La investigación constó de dos etapas:

1- Etapa de diagnóstico, para determinar comportamiento del EE en la población que acude al Hospital Ginecobstétrico de Matanzas y que cumplía con los criterios de inclusión, en un período de cuatro años (2004-2007), cuyos datos se recogieron en un modelo confeccionado al efecto y esta información se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS para Window versión 11.5, elaborándose tablas simples y gráficos donde se presentaron las distribuciones de frecuencia; se empleó una PC Pentium 4, utilizando el paquete de Office 2003 para textos, tablas y gráficos.

Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico al ingreso de:
- Embarazo ectópico complicado o no.
- Posible embarazo ectópico.
- Hemoperitoneo.
- Gestorragia de la primera mitad del embarazo.
- Tumor anexial.
- Pacientes entre 15–45.
- Pacientes que den su consentimiento escrito.

Criterios de exclusión.

Pacientes ingresadas con diagnósticos diferentes y que no cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de salida de la investigación.

- Fallecidas por otra causa.
- Alta a petición.

Las variables se seleccionaron en correspondencia con el problema y los objetivos de investigación y se operacionalizaron. Éstas fueron: edad, adecuando la escala entre 15 y 45 años; veces que asistió a consulta la paciente y si fue en el área de salud o el hospital; aplicación del flujograma para el diagnóstico y seguimiento del EE en el hospital; las formas clínicas al diagnóstico y el tratamiento quirúrgico empleado.

Etapas de creación de propuesta de intervención, para proponer una intervención educativa a nivel de la APS, creando un medio de capacitación basado en la TIC (sitio web), que contribuirá a elevar el conocimiento sobre esta la afección, mejorando la calidad del diagnóstico del EE.

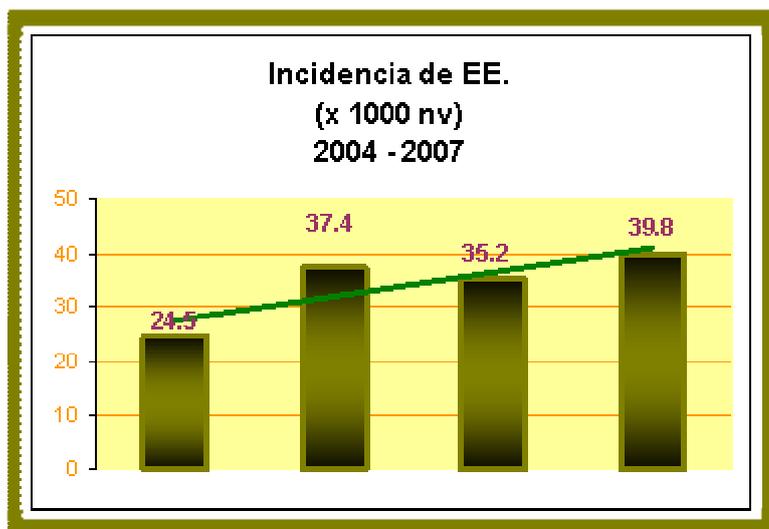
Durante la primera etapa, en el 2005, con resultados parciales se realiza el sitio Web utilizando el programa Front Page del paquete de office 2003, para compilar información sobre el tema del EE, de fácil acceso y manera agradable e interactiva que permita elevar la capacitación al personal que esté en contacto directo con población de riesgo de presentar esta afección. Una vez concebido, se aplicó a un grupo de estudiantes para valorar el grado de satisfacción ocasionado al estudiar por él, mientras continuaba la primera fase de la investigación.

Para conocer el grado de satisfacción de los estudiantes por este sitio, se escogieron 120 estudiantes de sexto año de la carrera de medicina que rotaron en el curso 2005-2006 por la asignatura de Ginecobstetricia en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas "Dr. Julio Alfonso Medina", se orientó que visitaran el sitio Web (Gineco), para estudiar el tema sobre EE y posteriormente expresar sus opiniones sobre dicho medio de enseñanza y la importancia concebida por ellos.

Se elaboró una encuesta que fue aplicada a los estudiantes, se seleccionó la escala Likert para obtener los datos, con un puntaje para las preguntas de 1 a 5 correspondiendo el valor 1 como poco satisfactorio y el valor 5 como muy satisfactorio y posteriormente se procesaron los datos hallando el porcentaje.

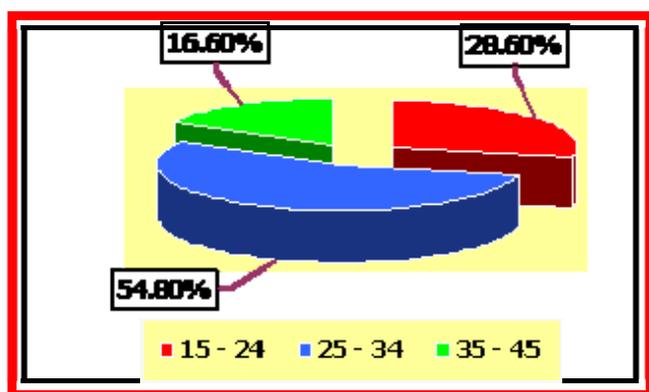
RESULTADOS

Gráfico No.1 Incidencia y tendencia del embarazo ectópico. Hospital Ginecobstétrico "Dr. Julio Alfonso Medina". Matanzas (2004–2007)



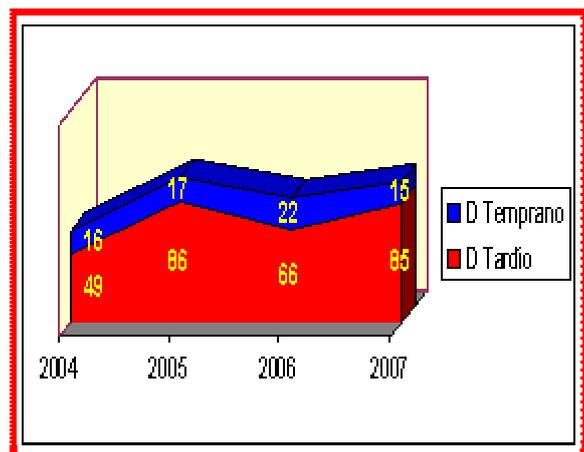
En el gráfico 1, se observa un incremento de la incidencia de embarazo ectópico que va desde su menor valor en el 2004 (24.5 por mil nacidos vivos), hasta el mayor valor en el 2007 (39.8 por mil nacidos vivos), con una línea de tendencia ascendente

Gráfico No.2 Distribución de frecuencia del EE según grupos etáreos.



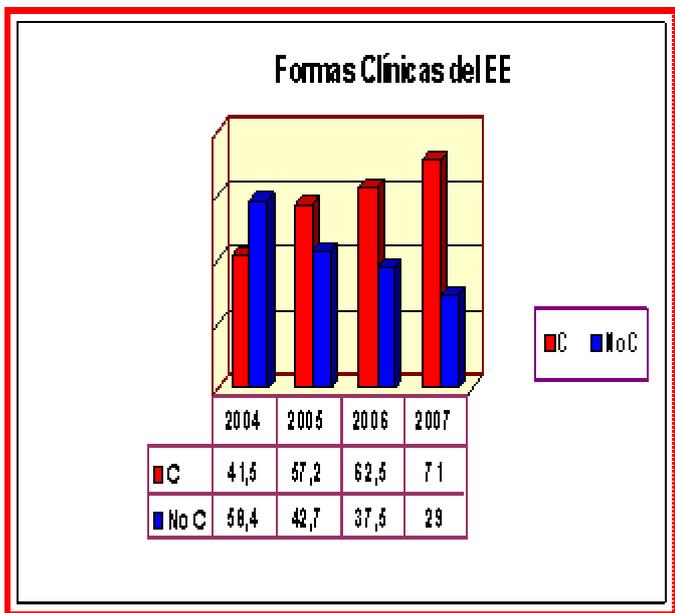
En el gráfico No.2, se aprecia la incidencia de embarazo ectópico según grupos etáreos, observándose más del 46 % de éstos en el grupo de 25-34 años, para un total de 54.8%, seguido del grupo de edades entre 15 y 24 años, que oscila entre el 25 y 35.4%. Las pacientes del grupo de edades entre 35 y 45 años, sólo tuvieron EE en el 16.6 % del estudio.

Gráfico No.3. Relación del diagnóstico precoz y tardío del embarazo ectópico.



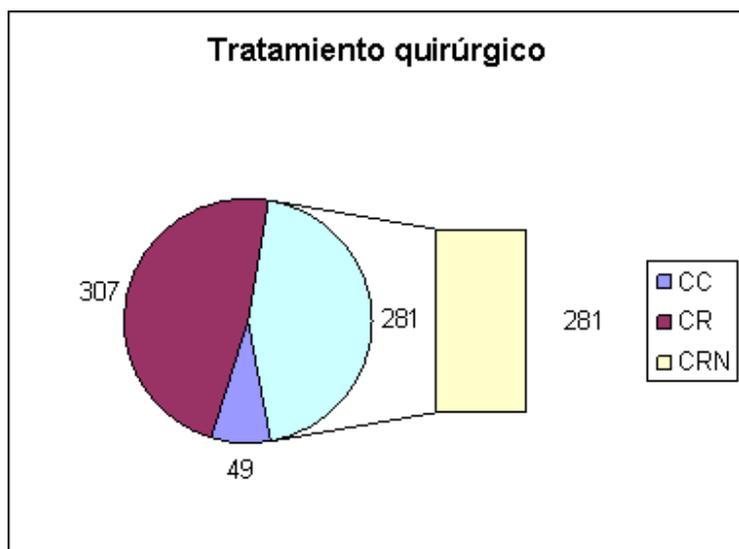
En este gráfico, se ofrece la relación del diagnóstico precoz y tardío, dado por las preguntas realizadas a las pacientes sobre las veces que asistieron a la consulta en el área de salud y/o en el hospital, tomando como precoz aquéllas en las que se sospechó el EE desde la primera visita y tardío las que acudieron dos veces o más. Como se puede observar, existió un predominio del diagnóstico tardío (80.3%) de los casos, con el valor mayor observado en el año 2007 (85%), sólo el 19.6% de las pacientes se diagnosticaron precozmente.

Gráfico No.4. Relación de frecuencias del EE complicado y no complicado.



Si se observa el gráfico No.5, se constata que en el 2004 se diagnosticó el 58.4% de los EE en su forma no complicada, o sea, sin fisura ni rotura de la trompa uterina, pero a partir del 2005 comenzó a aumentar el número de ellos en su forma complicada, es decir, con hemoperitoneo (57.2%) hasta llegar al 71% en el 2007, aumentando así el porcentaje de EE complicado, lo que es preocupante, pues aunque no hubo muertes en los casos estudiados, es la forma clínica que eleva la mortalidad.

Gráfico NO.5. Relación entre los tipos de tratamiento quirúrgico utilizados.



En el gráfico No.5 se muestra que el ciento por ciento de las pacientes del estudio fueron laparatomizadas, llevándose a cabo 307 cirugías radicales, para un 86.2% en los años estudiados, de las salpingectomías realizadas por daño tubario hubo un 91.5%, sólo en 49 casos (13,8%) se realizó cirugía conservadora.

DISCUSIÓN

Gráfico No.1. El incremento de la incidencia de embarazo ectópico se expone en diferentes artículos, destacándose en Chile que en la década del 90, de 1 por 333 partos aumentó a 1 por 88 partos, (5) incrementándose también en Suecia (1 por 66 nacimientos), Finlandia (1 por 47 nacimientos), Estados Unidos (1 por 34 nacimientos) y Cuba (1 por 25 nacimientos). (14,15)

Budnick comprobó en Nueva York el incremento de casos desde 1457 en el año 1975 hasta 2080 en 1980, (16) en el Parkland Hospital la incidencia de EE fue más del doble de la década anterior y en el Magee Womens Hospital la incidencia aumentó 3.7 veces desde el 1965 al 1985 (2). En el Reino Unido se informa una tasa de 8,3 por mil embarazos y en los Países Bajos es 10,2 por mil nacidos vivos; en Suecia se incrementó de 5,8 a 11,1 por mil embarazos en 15 años y en Noruega la incidencia aumentó de 95 por 100 000 mujeres entre 1976-1981 hasta 154 por 100 000 mujeres de 1988 a 1993. (17)

En Cuba, en el Hospital "Vladimir I. Lenin", de Holguín, durante los años 1995-1996, se incrementó el número de casos, de 47 pacientes en 1995, hasta 208 en 1996 y en el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes", de Bayamo, la incidencia durante los años 1994-1996 fue de 1 por 49 partos (6). En el Hospital de Remedios, durante los años 1999-2001, se halló una incidencia de 1 por 93 partos, (9) mientras que en el Instituto Militar de La Habana se reporta un estudio de diez años (1989-1999), donde en los últimos tres años el promedio de EE ascendió a 62,3%. (7)

En el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina" de Matanzas, en el estudio de cuatro años (2004-2007), se diagnosticaron 356 pacientes con Embarazo Ectópico, cifra similar (471) a la reportada en nueve años de la década pasada (1991-1999).

Gráfico No.2. Al analizar el gráfico, se considera que el grupo de edades de 25-34 años, donde ocurrió más de la mitad de los EE, corresponde con la etapa de mayor fertilidad de la mujer, pero se debe resaltar que el 28,6% de los casos del estudio se presentaron en adolescentes y jóvenes (15-24 años), con poca representación de la afección en pacientes de 35-45 años.

Una situación similar se reporta en los trabajos de autores diversos donde las edades de mayor incidencia de EE fueron entre 20-29 años. (5,7-9,14,18,19) Sin embargo, en la década pasada la mayor frecuencia de EE ocurría después de los 30 años. (17, 20-24)

Partiendo de estudios epidemiológicos en Suecia, se ha establecido correlación entre el aumento de la incidencia de procesos inflamatorios pelvianos y el EE, lo que explica que la causa más importante para provocarlo es el daño estructural de la trompa producido por microorganismos de transmisión sexual, dentro de ellos la Clamidia desempeña una importante función, comprometiendo bilateralmente la estructura de la trompa hasta la serosa. Ésta y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se han incrementado en los últimos años, debido a cambios en el comportamiento sexual y social, siendo los adolescentes los más vulnerables frente a comportamientos arriesgados, que los expone a ser víctimas de las ITS (25). Es importante considerar que una población adolescente y muy joven está afectándose por esta entidad, lo que traerá como consecuencia en un futuro la reducción de su capacidad reproductiva, sin olvidar el riesgo de mortalidad siempre presente en esta afección.

Gráfico No.3. Cuando el diagnóstico del embarazo no se puede realizar en la evaluación inicial, la probabilidad de que se trate de un EE es del 17%, superior a la opción del embarazo intrauterino (11%). (17)

Según Herd, (26) la tercera parte de las pacientes al inicio no tienen signos clínicos, por eso el facultativo debe indagar sobre los factores de riesgo al realizar la anamnesis, pesquisando las pacientes con riesgo. Se trata de una afección multifactorial, pero la causa principal, es el daño estructural de la trompa producido por un proceso inflamatorio de origen infeccioso. (1-3,20,27-30) El examen físico a una paciente con sospecha de EE resulta importante (31) y si se domina la fisiopatología de la afección, se puede pensar y encontrar más elementos en la exploración. En el 45% de las ocasiones el diagnóstico se basaría en una tumoración yuxtauterina unilateral, pero cuando se presentan pérdidas de sangre y dolor, el médico debe estar alerta de que algo anormal está sucediendo, pues un embarazo normal, no duele. (1-3, 13, 27-30)

El diagnóstico de EE puede ser difícil, se estima que un 12% (3) de las pacientes son dadas de alta erróneamente en una primera instancia y finalmente éste se demuestra en ellas; debido al retraso del diagnóstico puede elevarse la morbimortalidad por la rotura de la trompa y el shock hipovolémico, con alto riesgo de muerte. El cuadro clínico de la rotura de la trompa y el hemoperitoneo, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica no tienen una gran sensibilidad diagnóstica señalan Hicks y Brennan. (32,33)

En el estudio de Cutié y col (7) en el año 2000, se realizó el diagnóstico precoz en el 68,4%, lo que permite considerar la mejor calidad de la atención médica primaria y ginecológica. Algo diferente ocurrió en este estudio, ya que la mayor cantidad de casos asistieron más de dos veces a los consultorios, por lo que la autora opina que el problema para el diagnóstico está en la Atención

Primaria de Salud, debido a que los estudiantes de sexto año de Medicina participan activamente en la atención a las pacientes, como parte de su nueva formación bajo la guía tutorial del MGI.

Gráfico No.4. El porcentaje de EE complicado aumentó por cada año de estudio, lo que es preocupante, pues aunque no hubo pacientes con shock hipovolémico, ni muerte en los casos estudiados, se deben llevar a cabo acciones que logren al menos disminuir esta forma clínica, que es la que eleva la mortalidad.

Reyes y col. (14) encontraron cifras elevadas de EE complicado en el 73,7% de los casos, similar al hallado en este estudio; pero otros autores en una serie de 2400 mujeres con EE confirmado, informan menos complicaciones, con shock hipovolémico (1-50%); (2) Casanova, refleja que el 23,9 % de su casuística, debutaron con shock hipovolémico, sin registrar muertes maternas (8). Olalde destaca que el 22,2% de sus pacientes tuvieron un EE complicado y sólo una paciente presentó shock hipovolémico. (9)

La rotura de la trompa uterina ocurre alrededor del 26%, (1) pero hay autores que refieren que de las pacientes tratadas con medicamentos, sólo 10-18% de los casos se complican. (33)

La rotura del EE se relaciona con el incremento de la mortalidad, de ahí la incidencia de Muerte Materna por hemorragia en el mundo, Heather (35) anuncia que esta entidad constituye una importante causa de Muerte Materna en Canadá, aconteciendo el 4% aproximadamente de las 20 que ocurren anualmente; en Lagos, Nigeria, se plantea que el EE es el responsable del 8.6% de las Muertes Maternas (36). En el Hospital Docente de Korle Bu, sólo el 5.43% fue diagnosticado antes de la rotura tubaria. (19)

Es importante conocer que la fertilidad posterior se puede comprometer y Martínez, muestra en su estudio que en el 42% de aquellas pacientes con daño tubario existió infertilidad. (5)

En opinión de la autora, existe una estrecha relación entre el diagnóstico precoz del EE y la forma clínica no complicada, lo que permitirá una evolución favorable tanto a corto como a largo plazo, evitando muertes y manteniéndose la fertilidad que es uno de los atributos fundamentales de la mujer.

Gráfico No.5. En la actualidad el médico cuenta con numerosas opciones terapéuticas para el Embarazo Ectópico, pero la más empleada es la conducta quirúrgica, que puede ser radical o conservadora y, a su vez, ésta puede ser por laparoscopia con mínimo acceso o mediante laparotomía, que es la opción que tiene el hospital donde se realiza el estudio; también existe un tratamiento médico, con diversos fármacos, que se indican por vía sistémica o local, que requiere de recursos no disponibles en el hospital donde se investigó y aunque menos empleada en el mundo, existe una conducta expectante, con alto riesgo de complicación que sobrepasa al de resolución del EE. Al tener presente que el embarazo ectópico tubario es el más frecuente, el tratamiento cuando es quirúrgico, por lo general interesa la trompa uterina y conlleva a la realización de la salpingectomía parcial o total.

En los cuatro años que se estudiaron, existió un 86.2% de cirugía radical, o sea, pacientes con mutilación de una trompa en alto porcentaje, lo que las limita a la mitad de las posibilidades para su fertilidad futura, de ellos el 91.5% era necesario realizar por daño de la trompa y sólo el 8.5% se realizó por petición de las pacientes con paridad cumplida, aunque pudiera conservarse la trompa. Se incluyen también como cirugía de este tipo, la resección en cuña del cuerno, que implica se realice una salpingectomía y las dos histerectomías por EE intersticial.

La autora desea reflexionar sobre la existencia de tantas pacientes mutiladas por cirugía radical en su etapa de fertilidad. En el estudio todas las pacientes se sometieron a algún proceder quirúrgico, algunos autores como Reyes presenta el 93,1% de sus casos estudiados con salpingectomía parcial o total y Olalde revela que la salpingectomía total fue el proceder quirúrgico más empleado en las pacientes estudiadas (51,1 %). (14, 9)

La autora recuerda que el pronóstico de fertilidad en las pacientes afectadas por esta entidad es sombrío; en el tratado de Obstetricia de Williams, (2) se publica que el 50 % de las mujeres con embarazo ectópico no vuelven a concebir y sólo 50 % llegan a tener un hijo vivo; de las que vuelven a gestarse, 15 % repiten otro episodio y al valorarse las que tienen una sola trompa, con restauración de la misma a través de cirugía conservadora, el riesgo de uno nuevo se eleva al 20%, pero si la paciente ha tenido dos EE consecutivos y se ha conservado la trompa se eleva el riesgo a 32%. (19-27)

Propuesta de intervención

Para contribuir a elevar la capacitación sobre el tema del embarazo ectópico, la maestrante propone una estrategia de intervención educativa, para mejorar determinados elementos teóricos sobre el tema en cuestión, necesarios para los estudiantes de Medicina de cualquier año, pero en especial para los internos y extensivo a los médicos del área de salud (MGI), responsables de ellos, incluyendo el trabajo docente y extradocente, siempre que tengan la voluntad de apropiarse de dichos elementos teóricos. (33-9)

Actualmente es imposible ignorar las nuevas tecnologías, especialmente la de la informática, como recursos integradores de búsqueda y comunicación.

La investigadora diseñó un sitio Web, titulado "Gineco", lo confeccionó a través del programa Front Page del paquete de Office 2003, con un portal de generalidades que incluye tres aspectos con acceso a tres nodos principales: un aspecto da acceso a una página de Morfofisiología, que recopila información del Sistema Reprodutor Femenino; otro brindará los elementos principales para desarrollar el tema del embarazo ectópico; el tercer aspecto accederá a la página sobre las complicaciones del EE. Existe un nodo que permite la autoevaluación, a través de preguntas y/o imágenes, con posibilidad de chequear. Tiene una introducción para orientar a los participantes, además de contar con una sección de Curiosidades que incluye la historia de grandes personalidades de las ciencias que han contribuido al desarrollo de la medicina, así como dioses mitológicos, proverbios y chistes sobre medicina.

A través de la encuesta de satisfacción, se apreciaron las preguntas de mayor importancia, que según el orden del puntaje fueron:

- 1- El sitio web resultó útil para su estudio independiente. (5.00)
- 5- Permitió lograr más rapidez en el aprendizaje. (4.95)
- 7- Constituyó una guía orientadora para su estudio individual o colectivo. (4.90)
- 4-Los contenidos en los materiales informatizados tienen buen nivel de actualización. (4.85)

Se consideraron como preguntas menos importantes:

- 6- Permite flexibilidad en el ritmo de estudio (4.80).
- 2- El uso del sitio Web facilitó del desarrollo de las actividades (4.75).

Una observación importante es el bajo aspecto colaborativo entre compañeros de estudio, el cual muestra un valor de 3.10.

Con los resultados obtenidos se puede plantear que los estudiantes se encuentran satisfechos en la totalidad de los atributos que se han evaluado, obteniéndose una media de cuatro puntos. Con esta estrategia no se trata de incorporar nuevos contenidos, sino de presentarlos de una manera diferente, el sitio web los integra con el propósito de favorecer la asimilación de los mismos por los estudiantes, para que tomen decisiones libres y actúen en consecuencia, con la posibilidad de discernir antes de decidir y valoren las implicaciones de sus actos.

CONCLUSIONES

- Con el diseño del Sitio Web Gineco, se le dio cumplimiento a la estrategia intervención educativa para contribuir a elevar la capacitación de los estudiantes de sexto año de medicina, en la APS.
- Se comprobó que el EE es una entidad frecuente dentro de la ginecobstetricia, con predominio en la etapa fértil de la vida, existiendo un elevado número de casos entre las adolescentes, realizándose la utilización del ultrasonido como método diagnóstico, lo que se atribuye a su especificidad y apreciándose que existen dificultades para realizar el diagnóstico precoz de la entidad en su forma clínica no complicada, con marcado empleo de la cirugía radical, limitando la fertilidad de la mujer.
- Se estableció la relación entre las tecnologías de la información y la comunicación y los componentes del proceso enseñanza-aprendizaje, mediante la integración del diseño de un Sitio Web.

RECOMENDACIONES

- Se propone la evaluación del impacto continuo del sitio en la APS y el perfeccionamiento del mismo a partir de la confección de nuevas páginas para la navegación, lo que se estima mejorará la informatización de la asignatura de ginecobstetricia.
- La divulgación del sitio Web en Infomed, para que los estudiantes y profesores de otros Policlínicos Universitarios puedan conocer qué hacen sus colegas y sus estudiantes.

- La discusión de los resultados en jornadas científicas, contribuiría a extender esta forma de gestión del conocimiento, renovación del mismo y transformación estructural de la Universidad Médica Cubana, contribuyendo al desarrollo de la universalización de la enseñanza en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella Llusia J, Clavero Núñez LA. Tratado de Ginecología. 14ta ed. Madrid: Editorial Díaz Santos; 1993.
2. Acién Álvarez P. Tratado de Obstetricia. Williamns. 21da ed. La Habana: Científico Médica; 2007.
3. Silva Solovera S. Revisión Bibliográfica de Embarazo Ectópico del 1992-2003. Santiago de Chile: Servicio de Obst Ginec Hosp Dr. Sótero del Río; 2004[Citado 17 May 2008]
4. Durán Rodríguez FJ. ¿Se diagnostica siempre a tiempo un embarazo ectópico? Socuéllamos (CReal). Rev Sem. 2003; (55):424-6
5. Martínez J, Basáez E, Rodríguez P. Embarazo ectópico. Rev Méd Sgo. 2000;3(12)
6. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Macías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obst Ginecol. 1999; 25(1): 66-70.
7. Cutié Bressler ML, Figueroa Mendoza M, Lestayo Dorta C, Cubero Menéndez O. Embarazo Ectópico. Su comportamiento en los años 1989-1999. Rev Cubana Obst Ginecol. 2001;27(1):5-11
8. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Enfer. 2003;19 (3)
9. Olalde Cancio R. Embarazo Ectópico: Factores Relacionados y otras Consideraciones. Medicentro. 2004; 8(4)
10. Capote Arce R, Carrillo Bermúdez L, Guzmán Parrado R, Varona J, Mohamed Abdelaziz M. Embarazo ectópico cervical. Presentación de un caso. Rev Cubana Obst Ginecol. 2007;33 (1)
11. WHO. Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2004.
12. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Sal Públ.2006; 32(1)
13. Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García M. Embarazo ectópico. Estudio de un año. Hospital provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Villa Clara. Medicentro. 2002; 6(3)
14. Luciano AA, Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. Ann N Y Acad Sci. 2001; 943:235-54
15. Budnick LD, Pakter J. Ectopic pregnancy in New York City 1975-1980. CMAJ. 2005; 173(8): 905-12.
16. Oliva Rodríguez JA. Temas de Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas;2005
17. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera O. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev Cubana Obst Ginecol. 2002; 28(3):163-8
18. Nkyekyer K. Ectopic Pregnancy in Ghana-Time for Change. Ghana Med J. 2006; 40(1):1-2.
19. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología 2da ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
20. Jackie IT, Judith M, James JW. Ectopic pregnancy. West J Med. 2000; 173(2): 131-4
21. Núñez J, Mármol L, Colmenares L, Salazar G. Embarazo ectópico en el hospital «Manuel Noriega Trigo». Rev Obst Ginecol Ven. 1996; 56(1):7-12.
22. Ochoa F, Jaramillo P, Gómez AL, Chávez A. Embarazo ectópico. Revisión epidemiológica. Rev Med.1998;4(1):37-9
23. Tay JI , Moore J, Walker JJ. Regular Review. Ectopic pregnancy. BMJ.2000;320(7239): 916-9.
24. Cortés Alfaro A, Sordo Rivera ME, Cumbá Abreu C, García Roche RG , Fuentes Abréu J. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de ciudad de La Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol.2000;38(1):53-9
25. Herd AM, Sokal J. Case report: atypical ectopic pregnancy and culdocentesis still a valuable emergency medicine procedure. Can Fam Piscina. 2001; 47:2457-61.
26. Novak ER, Seegar Jones G, Jones HW. Tratado de Ginecología. Madrid: Ed Interam Mc Graw-Hill; 1991.p.551-70
27. Danfort M. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8va ed. México: Editorial Mc Graw- Hill Interam; 2000.
28. Zenteno G. Fisiopatología del Embarazo Ectópico. Ginecol Obstet Mex. 2002;70(1)
29. MINSAP. Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones. La Habana: MINSAP; 2002.
30. Selman-Housein Abdo E. Guía para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico-técnica; 2002.

31. Hicks JL, Rodgeron JD, Heegaard WG, Sterner S. Vital signs fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic pregnancy. *Am J Emerg Med.* 2001;19:488 -91
32. Brennan DF, Kwatra S, Kelly M, Dunn M. Chronic ectopic pregnancy-two cases of acute rupture despite negative beta HCG. *J Emerg Med.* 2000;19:249 -54.
33. Lewis-Bliehhall M. Medical vs Surgical treatment of ectopic pregnancy. The University of New Mexico-s six years experience. *J Reprod Med.*2001;46:983-8
34. Heather M, Hanadi B. Trevor Bardell and Togas Tulandi. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ.* 2005;173 (8)
35. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obst Gynecol Scand.*2005; 84(2):184-8.
36. López Artze O, Almaguer Almaguer JA, Granado Martínez O. Cirugía de mínimo acceso en el tratamiento del factor tubo-peritoneal. *Rev Cubana Obst Ginecol.* 2005;31(3)
37. Anahatue SJ, Hompes PG, Lambalk CB. Investigation of the infertile couple should diagnostic laparoscope's be performed in the infertile work up programme in patients under going intrauterine insemination? *Human Reprod.* 2003; 18:8-11.
38. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. USA:University of Wisconsin Medical; 2005
39. Cabero J. Esfuerzo mental y percepciones sobre la televisión/ video y el libro. *Bordón.* 1993; 45(2):143-53.

SUMMARY

The incidence of ectopic pregnancy has increased around the world during the last decades, including Cuba, causing morbimortality in young women, and constituting an investigative question . We propose an educative investigation strategy to contribute to the management of knowledge on ectopic pregnancy at the primary health care level. A prospective descriptive study was conducted from 2004 to 2007, on the inpatients suspected of ectopic pregnancy at Teaching Gyneco-obstetric Hospital of Matanzas "Dr. Julio Alfonso Medina", to determine the entity´s behavior through operational variables like: age, diagnosis and treatment and clinical forms; in patients fulfilling the inclusion criteria, data were processed using the statistical packet SPSS for Windows Version 11.5. The incidence of the ectopic pregnancy leveled up to 34,2 per thousand children born alive, being higher in the 25-34 years-old group (54.8 %), the 80.3 % was lately diagnosed and there was a predominance of the complicated clinical form (59 %), motivating 87.2 % of the salpingectomies carried out. There are difficulties with the precocious diagnosis and on-time referring of the patients suspected of the entity in primary health care. We propose designing a Web site on the Ectopic Pregnancy theme, based on the Communication and Information Technologies, to improve the qualification of the interns and physicians of Integral General Medicine al the Primary Health Care level, where there is a Teaching Policlinic.

MeSH

PREGNANCY,ECTOPIC/diagnosis
PREGNANCY,ECTOPIC/epidemiology
PREGNANCY,ECTOPIC/surgery
KNOWLEDGE MAGNAGEMENT FOR HEALTH RESEARCH
PRIMARY HEALTH CARE
INTERNET
HUMANS
FEMALE
ADULT
PREGNANCY

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Arenas C, Guerra Castro MM, Soler Cárdenas SF.Estrategia educativa para gestión del conocimiento sobre Embarazo Ectópico en Atención Primaria de Salud.Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(2). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema1.htm>

[consulta: fecha de acceso]