

Tiempos de demora en la atención a la paciente con embarazo ectópico

Roberto Pérez García^a, Frank Carlos Álvarez Li^b, Lázaro Chepe Ferrer^a y José Luis Bernal Muñoz^c

^aServicio de Ginecoobstetricia. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

^bServicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

^cDepartamento de Bioestadística. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia: Dr. F.C. Álvarez Li.

Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51-A y Avda. 5 de septiembre. 55100 Cienfuegos. Cuba.

Correo electrónico: fal@gal.sld.cu

Resumen

Objetivo: Conocer los tiempos de demora en la atención a la paciente con embarazo ectópico desde el inicio de la sintomatología hasta el tratamiento definitivo.

Material y método: Estudio descriptivo, de serie de casos. Se incluyó a todas las pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico. Las variables estudiadas fueron: edad, color de la piel, síntomas y signos necesarios para clasificar el embarazo ectópico en complicado o no, y, en el caso específico del complicado, si existía o no compromiso hemodinámico. Se recogió el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la intervención quirúrgica, y se utilizaron diferentes intervalos de tiempo, expresados en minutos. Los resultados se expresaron en porcentajes para describir la frecuencia, la media para el tiempo y las diferencias de medias.

Resultados: Se intervino a 186 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico; el 30,1% complicados y de ellos, el 8,9%, con compromiso hemodinámico. La media de edad fue de $24,6 \pm 7,0$ años. Las pacientes con embarazo ectópico complicado tuvieron una demora mayor entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital. Una vez que llegaron al centro hospitalario, los embarazos ectópicos complicados se trataron con mayor rapidez hasta el momento en que se decidió su operación, y todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Este estudio de los tiempos de demora en la atención a la paciente con embarazo ectópico ha demostrado la prioridad que se le brinda a esta entidad en el sistema de atención a la urgencia y la emergencia en nuestro hospital.

Palabras clave: Embarazo ectópico. Tiempos de demora. Complicaciones.

Abstract

Objective: To determine delay times in women with ectopic pregnancy from symptom onset to definitive treatment.

Material and method: A descriptive study of a series of cases was performed. All patients with a confirmed diagnosis of ectopic pregnancy were included. The variables studied were age, skin color, and the symptoms and signs required for a diagnosis of simple or complicated ectopic pregnancy and, if complicated, whether there was hemodynamic involvement. The time elapsed from the onset of symptoms to surgical intervention was recorded using distinct intervals, expressed in minutes. The results were expressed in percentages to describe frequency and in means to express time and differences.

Results: One hundred eighty-six patients with a diagnosis of ectopic pregnancy underwent surgery; 30.1% of ectopic pregnancies were complicated and 8.9% of them showed hemodynamic involvement. The mean age was 24.6 ± 7.0 years. Patients with complicated ectopic pregnancy showed longer delays between symptom onset and arrival at the hospital. Once at the hospital, these patients were treated more rapidly until the decision to perform surgery was made than those with simple ectopic pregnancy. These differences were statistically significant.

Conclusions: The results of the present study show the priority given to women with ectopic pregnancy by the emergency service in our hospital.

Key words: Ectopic pregnant women. Delay times in treatment. Complications.

Introducción

Uno de cada 50 embarazos es un embarazo ectópico (EE), término que se emplea para designar a los embarazos que ocurren fuera de lugar¹⁻⁵. Si la mujer afectada no recibe tratamiento con rapidez, este tipo de embarazo puede poner en peligro su vida⁶.

En la actualidad, la mayoría de los EE se diagnostican durante las primeras 8 semanas de gestación, generalmente antes de que se produzca la ruptura de la trompa, lo que reduce los riesgos de posibles complicaciones^{7,8}.

En Estados Unidos la cantidad de EE se ha quintuplicado en los últimos 20 años. Esto se debe en gran medida al

elevadísimo incremento en la tasa de infecciones transmitidas por vía sexual, como la *Chlamydia*, que a menudo conduce a la enfermedad inflamatoria de la pelvis y a rasgaduras o pequeñas heridas en las trompas de Falopio⁹⁻¹². Otros factores de riesgo incluyen fármacos para la fertilidad, embarazos producidos después de una desligadura fallida o de operaciones previamente realizadas en las trompas de Falopio, la endometriosis, el EE anterior, la utilización de dispositivos intrauterinos, la cirugía abdominal previa y el hábito de fumar. Sin embargo, en la mayoría de las mujeres afectadas se desconoce la causa del EE^{13,14}.

El retardo en el diagnóstico oportuno y, por tanto, en el tratamiento quirúrgico definitivo de los casos es, sin lugar a

dudas, la causa más frecuente de evolución desfavorable, que incluso puede conducir a la muerte de la paciente. Por esta razón el diagnóstico temprano, la evaluación correcta y precisa del estado de la paciente, así como una resolución terapéutica adecuada, serán determinantes en su evolución y pronóstico^{11,15}.

El EE puede ser considerado una enfermedad trazadora de la atención quirúrgica integral de urgencia diagnóstica y terapéutica de la especialidad de ginecobstetricia, ya que cumple entre otros los siguientes criterios:

- Impacto orgánico funcional: Es una enfermedad que provoca un trastorno orgánico y funcional grave, que puede modificarse si se trata adecuadamente. Su tratamiento adecuado refleja bien la actividad de los ginecobstetras.
- Diagnóstico: Los criterios diagnósticos están normados y bien definidos.
- Prevalencia relativamente alta: Permite la recolección de datos en una muestra limitada de la población.
- La historia natural de la enfermedad varía radicalmente con el empleo efectivo del tratamiento medicoquirúrgico.
- Técnicas de tratamiento medicoquirúrgico bien establecidas.
- Población de riesgo susceptible de identificarse.

Nuestro hospital tiene establecida, desde hace varios años, la vigilancia de los “tiempos de demora” para la atención de los pacientes con algunas enfermedades quirúrgicas de urgencias seleccionadas, y entre ellas está incluido el EE.

Dada la elevada incidencia del EE en nuestro medio, el pronóstico desfavorable de la paciente en caso de demoras en el flujo diagnóstico-terapéutico, así como el “vacío” existente en la bibliografía nacional e internacional en lo referente al conocimiento de los tiempos de demora en la atención a la paciente con EE, y la repercusión que todo esto puede tener en la calidad de la atención médica que se le brinda a estos casos, se decidió realizar este estudio para conocer los tiempos de demora en la atención de la paciente con EE desde el inicio de la sintomatología hasta su solución definitiva.

Material y método

Diseño del estudio

Descriptivo, de serie de casos, con toma de la información en tiempo real.

Ámbito

Se incluyó a todas las pacientes que ingresaron, a través del Servicio de Ginecobstetricia del Centro Provincial de Emergencia Médica (CPEM), (estancias y guardias médicas) del Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos (Cuba), con el diagnóstico confirmado de EE, que tenían íntegramente realizados los documentos de la atención secundaria en el tiempo comprendido entre el 1 de marzo de 2001 y el 31 de marzo de 2002.

Técnicas y procedimientos

Una vez que las pacientes acudieron al Servicio de Ginecobstetricia del CPEM con síntomas y signos sugestivos de EE, especialistas del servicio les realizaron el examen físico ginecológico e indicaron los exámenes paraclínicos necesarios para el diagnóstico. Una vez que se confirmaba el diagnóstico, se procedía al anuncio de la intervención quirúrgica de urgencia en la Unidad Quirúrgica de Emergencia.

Entre las variables recogidas había: edad, color de la piel, síntomas y signos necesarios para poder clasificar el EE en complicado o no y, en el caso específico del EE complicado, si existía o no compromiso hemodinámico. Además, se recogió el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la intervención quirúrgica, para ello se dividió en los siguientes intervalos de tiempo (IT), expresados en minutos:

- IT 1: inicio de los síntomas-llegada al CPEM
- IT 2: llegada al CPEM-diagnóstico clínico
- IT 3: diagnóstico clínico-confirmación del diagnóstico
- IT 4: confirmación del diagnóstico-decisión de la intervención quirúrgica
- IT 5: decisión de la intervención quirúrgica-inicio de la intervención quirúrgica

Para cada IT se tomó tanto el valor mínimo como el máximo, la media y la varianza.

Procesamiento estadístico y presentación de los resultados

Se introdujeron todos los datos obtenidos de la atención a las pacientes en una base de datos que se creó para el estudio y se utilizó el paquete estadístico SPSS 7.0 para Windows en el procesamiento de los datos.

Los resultados se expresan en porcentajes como medidas de resumen para datos cualitativos y la media, como medida de tendencia central para los diferentes tiempos, para su comparación en el análisis de éstos se empleó la t de Student y se consideraron significativas las diferencias cuando $p < 0,05$.

Resultados

Se intervino a 186 pacientes con diagnóstico de EE. El 30,1% de las pacientes tuvo un EE complicado, de ellas el 8,9% con compromiso hemodinámico, es decir con la forma más grave de la enfermedad. La media de la edad fue de $24,66 \pm 7,08$ años, y el grupo etario de 20-24 años fue el de mayor incidencia de la enfermedad con 63 (33,9%) del total de casos. El 61,3% de las pacientes de la serie tenía la piel de color blanco (tabla 1).

Cuando analizamos los diferentes IT de demora para la atención a nuestras pacientes con EE se aprecia que para el IT 1 las pacientes con un EE no complicado se demoraron desde que se inició la sintomatología hasta que llegaron al CPEM como promedio 36,7 h menos que las

Tabla 1. Caracterización de la muestra estudiada de pacientes con embarazo ectópico

Características	n	Porcentaje
<i>Edad</i>		
Valor mínimo	14	—
Valor máximo	46	—
Media \pm DE	24,6 \pm 7,0	—
<i>Color de la piel</i>		
Blanco	114	61,3
<i>Clasificación del EE de acuerdo con la presencia o ausencia de complicaciones</i>		
EE no complicado	130	69,9
EE complicado	56	30,1
Con compromiso hemodinámico	5	8,9
Sin compromiso hemodinámico	51	91,1

DE: desviación estándar; EE: embarazo ectópico.

que a su llegada tenían un EE complicado, una diferencia estadísticamente muy significativa, por lo que podemos inferir que a medida que aumenta el tiempo de demora entre el inicio de la sintomatología y la llegada al CPEM de nuestro hospital pueden aparecer complicaciones en la paciente (tabla 2).

Ya una vez que la paciente llega al CPEM de nuestra institución, la media de los IT de demora 2, 3 y 4, es decir, llegada al CPEM-diagnóstico clínico-confirmación del diagnóstico hasta decisión de la intervención quirúrgica, son considerablemente inferiores en las pacientes con EE complicado, y todos ellos son estadísticamente muy significativos, lo que habla a favor de la organización y la agilidad en el flujo diagnóstico y en la decisión terapéutica ante esta enfermedad. No obstante, consideramos incluso que los tiempos de demora en las pacientes con EE no complicado son muy bajos (tabla 2).

Solamente en el IT 5 (decisión de la intervención quirúrgica hasta el inicio de la operación el tiempo de demora) fue discretamente más elevado para las pacientes con EE complicado, lo cual estuvo en relación con la reanimación que fue necesaria realizarle a estas pacientes para mejorar su estado hemodinámico y así proceder a la intervención quirúrgica en mejores condiciones para la paciente. Tanto para los EE complicados como para los no complicados los tiempos de demora en este intervalo también son muy bajos. Como se puede apreciar en la tabla 2, la diferencia entre ambos valores de la media no fue estadísticamente significativa.

De cualquier modo, como se puede observar, el tiempo empleado desde que la paciente llega a nuestro CPEM hasta que se inicia la intervención quirúrgica apenas sobrepasa los 50 min, lo que consideramos de excelencia y habla de la manera expedita en que funciona nuestro sistema de atención a la mujer con EE.

Tabla 2. Intervalos de tiempo de demora para la atención de la paciente con embarazo ectópico, según la forma clínica de presentación

Intervalos de tiempo	EE no complicado (n = 130)	EE complicado (n = 56)	Diferencia X (valor de p)
<i>Intervalo de tiempo 1: inicio de los síntomas-llegada al CPEM</i>			
Valor mínimo (min)	4.320	5.760	
Valor máximo (min)	5.760	8.640	
Media	5.084,31	7.283,75	0,001
Varianza	520.440,215	181.692,955	
<i>Intervalo de tiempo 2: llegada al CPEM-diagnóstico clínico</i>			
Valor mínimo (min)	13	8	
Valor máximo (min)	25	12	
Media	18,35	9,96	0,001
Varianza	6,861	0,762	
<i>Intervalo de tiempo 3: diagnóstico clínico-confirmación del diagnóstico</i>			
Valor mínimo (min)	20	16	
Valor máximo (min)	46	18	
Media	32,11	16,18	0,000
Varianza	30,004	0,268	
<i>Intervalo de tiempo 4: confirmación del diagnóstico-decisión de intervención quirúrgica</i>			
Valor mínimo (min)	10	10	
Valor máximo (min)	26	19	
Media	17,63	11,55	0,001
Varianza	10,436	1,888	
<i>Intervalo de tiempo 5: decisión de intervención quirúrgica-inicio de la operación</i>			
Valor mínimo (min)	6	10	
Valor máximo (min)	22	15	
Media	11,39	12,59	0,056
Varianza	14,411	3,265	

EE: embarazo ectópico; CPEM: Centro Provincial de Emergencia Médica.

Discusión

En cuanto a las características generales de nuestra serie en términos de edad, color de la piel y clasificación del EE según su nivel de complicación, nuestros resultados se corresponden con las características demográficas de la población cubana (para el caso específico del color de la piel) y con los informes de otras fuentes bibliográficas consultadas en cuanto a los valores de edades, ya que en estos grupos etarios se encuentra el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil y con vida sexual activa^{5,9,13,16-18}.

La demora en la atención, el diagnóstico y el tratamiento de cualquier enfermedad cuyo grado de resolución final

Tabla 3. Principales causas de demora para la atención a la paciente con embarazo ectópico, según los intervalos de tiempo

Asistencia en el sistema de salud										
Asistencia prehospitalaria					Asistencia hospitalaria					
T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	T ₅					
Inicio de los síntomas	IT I (T ₁ -T ₀)	1. ^{er} contacto con la atención médica en la APS	IT II (T ₂ -T ₁)	Llegada al Centro Provincial de Emergencia Médica del Hospital	IT III (T ₃ -T ₂)	Diagnóstico clínico presuntivo (datos generales, interrogatorio y examen físico)	IT IV (T ₄ -T ₃)	Diagnóstico definitivo. Confirmación del diagnóstico (exámenes complementarios)	IT V (T ₅ -T ₄)	Inicio del tratamiento quirúrgico definitivo
						Capacidad resolutoria de la unidad quirúrgica de emergencia o la dedicada a la atención quirúrgica de urgencia				
						Adecuado seguimiento y jerarquización de la paciente				
						Adecuados flujos diagnósticos o GBPC				
						Optimización de las indicaciones de exámenes paraclínicos				
						Capacidad resolutoria de los medios diagnósticos (recursos materiales y organización)				
						Adecuado seguimiento y jerarquización de la paciente				
						Disponibilidad de los médicos				
						Clasificación				
						Capacidad diagnóstica de los médicos				
						Capacidad diagnóstica de la APS				
						Transporte sanitario				
						Conocimientos de la población (grupos de riesgo) sobre la enfermedad, así como sobre la sintomatología de la enfermedad, de modo que pueda acudir tempranamente al médico				
						Accesibilidad				
						Transporte sanitario				

GBPC: Guías de Buenas Prácticas Clínicas; APS: atención primaria de salud; IT: intervalo de tiempo; T: tiempo.

sea una institución del ámbito secundario de atención –y que, por su condición de enfermedad trazadora de la atención ginecobstétrica de urgencias de un hospital, el EE cumple con exactitud– en nuestro Sistema Nacional de Salud por sus características y organización tiene, por lo general, 2 componentes: *a*) el que depende de la atención primaria de salud, y en este nivel no sólo influye la capacidad resolutoria humana y tecnológica de la atención sanitaria, sino también el nivel educacional y de instrucción en términos de educación para la salud y la capacidad de reconocimiento de los riesgos y sintomatología de las enfermedades que puede presentar el paciente y su familia, las características personales del paciente y su familia, entre otros, y *b*) el que depende de la atención secundaria de salud y que en su mayoría son factores organizativos (adecuada organización de los sistemas de

urgencias en los hospitales, adecuada organización de los medios de apoyo al diagnóstico clínico, capacidad resolutoria de los sistemas de urgencia, guías de buenas prácticas clínicas actualizadas y robustas, entre otros) y técnicos (nivel de capacitación y entrenamiento del personal sanitario para realizar un diagnóstico certero y sobre todo oportuno de las enfermedades, con lo cual se pueden evitar complicaciones; motivación y compromiso del personal sanitario para con la mejor atención médica y paramédica, cumplimiento y evaluación sistemática del cumplimiento de las guías de buenas prácticas u otros instrumentos que existan en los centros para guiar el proceso de diagnóstico y tratamiento) (tabla 3). En la tabla 4 se resumen las principales acciones de mejora encaminadas a reducir la brecha que aún existe en la atención de urgencia al EE.

Tabla 4. Principales acciones que hay que realizar para influenciar en las causas de demora en la atención a la paciente con embarazo ectópico, según los intervalos de tiempo

Asistencia en el sistema de salud										
Asistencia prehospitalaria				Asistencia hospitalaria						
T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	T ₅					
Inicio de los síntomas	IT I (T ₁ -T ₀)	1.º contacto con la atención médica en la APS	IT II (T ₂ -T ₁)	Llegada al Centro Provincial de Emergencia Médica del Hospital	IT III (T ₃ -T ₂)	Diagnóstico clínico presuntivo (datos generales, interrogatorio y examen físico)	IT IV (T ₄ -T ₃)	Diagnóstico definitivo. Confirmación del diagnóstico (exámenes complementarios)	IT V (T ₅ -T ₄)	Inicio del tratamiento quirúrgico definitivo
<p>Capacitación y entrenamiento a los grupos de riesgo en el conocimiento de su enfermedad y el reconocimiento temprano de la sintomatología, tanto en el ámbito comunitario como antes del regreso del hospital</p> <p>Capacitación a los médicos de la APS para el diagnóstico oportuno</p> <p>Capacidad resolutive en la APS (algunos recursos materiales)</p> <p>GBPC de la enfermedad en la APS</p> <p>Adecuada clasificación y priorización de los pacientes</p> <p>Capacitación a los médicos que atienden urgencias (ginecoobstetras, cirujanos generales, internistas y otros)</p> <p>Médicos con dedicación exclusiva a la atención de urgencia</p> <p>GBPC</p> <p>Reducción del número de exámenes complementarios</p> <p>GBPC</p> <p>Adecuada jerarquización de los casos</p> <p>GBPC</p> <p>Optimización de los flujos</p> <p>Adecuada jerarquización de los casos</p>										

APS: atención primaria de salud; GBPC: Guías de Buenas Prácticas Clínicas; IT: intervalo de tiempo; T: tiempo.

Bibliografía

- Magman R, Shulman A, Magaman BB, Barle UGF. Ectopic pregnancy. The new gynecological epidemic discate. Inter J perfil. 1992;37:146-64.
- Fernández S. Embarazo ectópico intersticial. Presentación de dos casos. Actualidad Obstétrico Ginecológica. 1996;3:260-4.
- Rieca JC. Embarazo ectópico ovárico. A propósito de un caso. Toko Ginec Piat. 1995;49:530-2.
- Alcalde M. Embarazo ectópico cervical. Toko Ginec Piat. 1995;54:176-8.
- Rodríguez JM. Embarazo ectópico: muestra casuística y revisión de la literatura. Actualidad Obstétrico Ginecológica. 1996;3:7-20.
- Morbidity and mortality weekly report. Ectopic Pregnancy. 1995;44:46-8.
- Centers for Disease Control and Prevention. Ectopic Pregnancy. Estados Unidos, 1990-1992.
- Reyes Fuentes S. Embarazo ectópico abdominal. Frecuencia en nuestro medio. Rev Cubana de Obstet Ginecol. 1998;20: 233-40.
- Ankum WM, Van del Veen F, Hamerlynck JV, Lames FB. Suspected ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril. 1996; 65:1093-9.

10. Barlow RE. The prevalence of *Chlamydia trachomatis* in fresh tissue specimens from patient with ectopic pregnancy or tubal factor infertility as determined by PCR and in situ hybridisation. J Med Microbiol. 2001;50:902-8.
11. Barnhart K, Katz I, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet and Gynecol. 2002;100:505-10.
12. Bjartling C, Osseer S, Persson K. The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of *Chlamydia trachomatis*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79:123-8.
13. Botella J, Clavero JA. Embarazo ectópico. En: Tratado de Ginecología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984. p. 393-413.
14. Lugones M. Embarazo ectópico y atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14:111-2.
15. Guerra C. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia Ginecología. 1999;25:66-70.
16. Cabezas Cruz E. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Rev Cubana Obst Ginecol. 1993;19:78-9.
17. Silva S. Embarazo ectópico. Revisión bibliográfica 1992-2003. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.cedip.cl/Temas/EctopicoSilva.htm>
18. Fernández H. Estrategia diagnóstica del embarazo ectópico. Cuad Med Reprod. 1996;2:99-103.