

Hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"

TERAPÉUTICA EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GRAVÍDICA. INFLUENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD PRENATAL

Dr. Jesús Hernández Cabrera,¹ Dra. Carmen Ulloa Gómez,² Dr. Venelio Martín Ojeda,³ Ing. Ricardo Linares Meléndez⁴ y Lic. Roberto Suárez Ojeda⁵

RESUMEN: Realizamos un estudio prospectivo descriptivo en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" durante el período de 1986 a 1993 a las pacientes que tuvieron su parto en nuestro centro hospitalario y que fueron clasificadas como hipertensas de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, quienes conformaron una casuística de 1 092 pacientes, para un total de 1 127 partos (33 gemelares, 1 trillizo). Fueron agrupadas en los 4 tipos de hipertensión de acuerdo con la clasificación utilizada, teniendo en las tipo I, 536 pacientes para el 49,1 % de la casuística; en las crónicas II, 306 para el 28,0 y en las crónicas III, 132 para el 12,1 % y en los tipo IV, 132 para el 10,8 %. Se aplicó la prueba paramétrica del X^2 y se demostró que la terapéutica en las pacientes hipertensas no exime la morbimortalidad para el producto de la concepción.

Descriptores DeCS: COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO/terapia; HIPERTENSION/terapia; MORTALIDAD PERINATAL; MORBILIDAD.

La terapéutica en la enfermedad hipertensiva ya gravídica constituye uno de los procedimientos más discutidos a través de décadas,¹⁻⁸ en lo que se refiere a su seguimiento.

Hay un consenso general de autores que concuerdan en que la terapéutica debe estar encaminada a disminuir la morbimortalidad materno y prenatal propia de la entidad^{2,3,6,7,8,13} con sus consecuencias

negativas mientras el producto esté en el claustro materno.

La terapéutica debe estar enfocada sobre la base de las consideraciones siguientes:^{2-4,7,8,10}

- Evitar la hipertensión acelerada o maligna y la preeclampsia sobreañadida.
- Frenar la evolución de la aterosclerosis en los casos crónicos.

¹ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Instructor FCM.

² Especialista de II Grado en Medicina Interna.

³ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

⁴ Ingeniero Sideroenergético del Centro de Cálculo de Matanzas.

⁵ Licenciado en Matemática. Profesor de la Universidad de Matanzas.

- Disminuir las pérdidas del producto por: abortos, muertes fetales, prematuridad y crecimiento intrauterino retardado.
- Reducir los efectos adversos de la hipertensión arterial, en las diferentes etapas del desarrollo y crecimiento fetal y neonatal y no dejar que lleguen al postérmino^{2-6,8-12} y en casos específicos es necesario y conveniente un parto pretérmino,^{2,3,7,8,10-12} cuando las condiciones fetales no son las mejores intraútero.
- Todas las hipertensas requieren de cuidados especiales prenatales y se deben utilizar las técnicas paraclínicas del bienestar fetal.^{5-7,12}
- Constituye el objetivo de nuestro trabajo: estudiar la influencia que la terapéutica tiene en la morbimortalidad prenatal.

Métodos

Realizamos un estudio prospectivo descriptivo en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" durante el período comprendido desde el año 1986 hasta 1993, a los pacientes que se atendieron, ingresaron y que tuvieron su parto en la referida institución, y que fueron clasificadas como hipertensas, acorde con los criterios del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y de nuestro,^{1-5,11} que los clasifica en:

Tipo I: Preeclampsia-eclampsia.

Tipo II: Crónicas.

Tipo III: Crónicas con preeclampsia sobreañadida.

Tipo IV: Transitoria, benigna, pasajera.

Sirvieron de base material para el estudio las historias clínicas, los carné obstétri-

cos y los datos estadísticos de la institución.

La muestra estuvo constituida por 1 092 pacientes con 1 127 partos (33 gemelares, 1 trillizo) que se desglosa en:

Tipo I	536	49,1 %
Preeclampsia-leve	319	29,2 %
Preeclampsia-grave	209	19,1 %
Eclampsia	8	0,73 %
Tipo II Crónicas	306	28,0 %
Tipo III Crónicas		
con preeclampsia	132	12,1 %
Tipo IV Transitoria	118	10,8 %

Se creó una base de datos que se procesó en Fox base mediante el paquete Statgraph, para el análisis estadístico de la prueba del X^2 para un percentil prefijado donde $\alpha = 0,05$, que permitió el rechazo o no de la dependencia de la terapéutica antihipertensiva en la morbimortalidad prenatal como criterios de la aplicación terapéutica se tomaron nuestros procedimientos urgentes.¹

Tipo I Preeclampsia leve.

- Lejos del término: hidralacina - betabloqueadores (atenolol-propolanolol).
- A término-interrupción de la gestación.

Preeclampsia grave eclampsia el tratamiento indicado para interrumpir de inmediato la gestación (hidralacina en bolo, sulfato de magnesio).

Crónicas II: Metildopa como medicamento de elección, betabloqueadores, preferiblemente atenolol, baja dosis de aspirina. En algunos casos se utilizó corinfar (nifedipina) sin otros medicamentos.

Crónicas III: Igual tratamiento de la preeclampsia grave-eclampsia con el objetivo de interrumpir la gestación.

Tipo IV: ningún medicamento.

Fue importante el papel de la dieta en cada uno de estos tipos de hipertensión.

Se considera sin tratamiento a aquellos pacientes en los que no se utilizó medicamento alguno.

Control semántico:

Bajo peso: se clasificó como tal a todo feto con peso hasta 2 499, sin diferenciar entre recién nacido de bajo peso (RNBP) o con crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

Apgar bajo: se incluyen los conteos de Apgar de 0 a 3 y de 4 a 6.

Resultados

En la tabla, una vez estudiada la terapéutica utilizada en cada tipo de hipertensión acorde con los criterios planteados de *métodos*, se destaca la influencia de ésta sobre el feto en los aspectos de

morbimortalidad perinatal, no así en el conteo de Apgar bajo, concordando con la literatura médica revisada,^{2,4,7-12} así como en el trabajo realizado por nosotros en el período 1985-1989 y presentado en el IX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, en La Habana en 1992 por el Dr. De la Concepción Cárdenas en su tesis de grado sobre la hipertensión gravídica en 1990.

Al aplicar la prueba del X^2 nos da una significación estadística de $\alpha = 0,01$, que permite afirmar que la terapéutica no disminuye la morbimortalidad perinatal. Se demuestra que la terapéutica no mejora el pronóstico fetal, sino que está dirigida al control de la hipertensión en beneficio de la madre, que ninguna terapéutica es ideal, y que es la terminación de la gestación lo que puede disminuir la morbimortalidad en el feto, que pelagra por la hipertensión, siempre y cuando sea viable,^{2,3,8-12} es decir, sea cual sea el tratamiento, la morbimortalidad puede estar presente, porque al aparecer la hipertensión, el daño persiste mientras el feto esté en el claustro materno.

SUMMARY: A prospective and descriptive study was carried out at the "Julio Alfonso Medina" Gynecobstetric Teaching Hospital of Matanzas during 1986-1993 among patients who gave birth in our center and that were considered as hypertensive according to the criteria of the American College of Obstetrics and Gynecology. The casuistics was composed of 1 092 patients for a total of 1 127 deliveries (33 twin births, 1 triplets). They were divided into the 4 types of hypertension in accordance with the classification used. 536 were included in the type I for 49.1 % of the casuistics; 306 in the chronic II for 28.0 %; 132 in the chronic III for 12.1 % and 132 in the type IV for 10.8 %. The parametric Chi square test was used, and it was proved that the therapeutics in hypertensive patients does not exclude morbimortality from the product of conception.

Subject headings: PREGNANCY COMPLICATIONS CARDIOVASCULAR/therapy; HYPERTENSION/therapy; PERINATAL MORTALITY; MORTALITY.

Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: Ma-

nual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ciencias Médicas, 1991: 205-20.

2. Maikranz P. Hipertensión durante el embarazo. Clin Med Norteam 1987;5:1091-106.

3. Doany Waleed MD. Antihipertensores y embarazo. *Perinatología Farmacológica Perinatal. Clin Med Norteam* 1987;4:817-44.
4. Sibai Baha M. Prevention of the pre-eclampsia with low dose aspirin healthy nuliparus pregnant women. *New Engl Med* 1993;17(329):1213-17.
5. ____ . Management and counseling of patients with pre-eclampsia remote from term. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35(2):426-35.
6. Repke John T, Friedman Steven A, Kaplan Peter W. Prophylactic of eclamptic seizure: Current controversies. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35(2):365-72.
7. Easterling Thomas R. The maternal hemodynamics of pre-eclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35(2):375-83.
8. Ulloa Gómez C, Crespo Hernández T, Hernández Cabrera J. Tratamiento actualizado de la enfermedad hipertensiva. Actualidad terapéutica. *Rev Médica* 1989;17:63-5.
9. Baumgarther A. Análisis de las pacientes con E.P.H. gestosis y su evaluación en el curso del parto. *Rev Esp Obstet Gynecol* 1988;(47):21-8.
10. Fescina Ricardo. Crecimiento intrauterino en la mujer gestante en crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. *OPS* 1998;71-89. *Publicación Científica* No. 510.
11. Hood David H. Desórdenes hipertensivos: Pre-eclampsia- eclampsia. *La paciente obstétrica* 1994;37:869-79.
12. Ulloa Gómez C, Hernández Cabrera J, Pérez Hernández M, Crespo Hernández T, Pérez Rodríguez M. Hipertensión arterial durante el embarazo. Estudio clínico estadístico 1985-1987. *Rev Médica* 1989;17(3):5-11.

Recibido: 13 de enero de 1997. Aprobado: 2 de enero de 1999.

Dr. *Jesús Hernández Cabrera*. Hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina".

Facultad de Salud Pública

FACTORES BIOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DEL ABORTO PROVOCADO

Dra. Ileana Castañeda Abascal¹ y Dra. Mirian Molina Estévez²

RESUMEN: El aborto se ha utilizado como método de planificación familiar desde épocas remotas y se conoce que está en dependencia de algunos factores tales como: la edad de la mujer, el grado de escolaridad, la historia obstétrica, las relaciones con su pareja, el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, entre otros. Se identificaron los factores de riesgo que conllevaron a que el embarazo estudiado terminara en un aborto provocado, en la provincia de Matanzas, entre enero y marzo de 1994. Se seleccionaron variables y con la ayuda de la regresión logística se arribó a los resultados. Los factores de riesgo fueron: tiempo de unión con la pareja, uso de métodos anticonceptivos, cuándo quedó embarazada y edad al primer embarazo. A través de la estimación del riesgo relativo se pudo medir el grado de asociación de cada uno de los factores de riesgo con la forma de terminación del embarazo.

Descriptores DeCS: **ABORTO INDUCIDO; FACTORES DE RIESGO.**

La práctica del aborto provocado ha sido utilizada por el hombre para el control de la natalidad desde épocas remotas. Se conoce su utilización desde hace más de 5 000 años. Se han aplicado técnicas diferentes de aborto en distintas regiones del planeta, pero aún las utilizadas en la actualidad son sumamente agresivas.^{1,2}

En nuestro país se conoce el uso del aborto provocado desde principios del siglo XIX cuando se comienza de alguna forma la recolección de información sobre eventos de salud. Su práctica fue ilícita hasta la

década del 60, cuando se comenzó a hacer una interpretación más flexible del artículo 433 del Código de defensa social existente que dice ..."queda exenta de responsabilidad criminal la práctica del aborto realizada por la necesidad de salvar la vida de la madre o evitar un gran daño a la salud de la misma"...^{1,2} Desde ese momento se institucionalizó el aborto y se garantizó que se realizaría en hospitales con condiciones adecuadas y con el personal bien calificado, lo que motivó la disminución de las complicaciones, además se logró por primera

¹ Especialista de II Grado en Bioestadística. Máster en Salud Pública. Facultad de Salud Pública.

² Especialista de I Grado en Bioestadística. Dirección Municipal de Salud de Matanzas.

Métodos

vez que la recolección de la información de aborto fuera confiable.

La práctica del aborto ha estado en correspondencia con la fecundidad, por ejemplo, en la década del 80, en nuestro país, hubo un aumento de los niveles de fecundidad porque arribaron a la edad fértil las mujeres que nacieron con la explosión demográfica que se produjo después del triunfo de la Revolución. Este incremento de la fecundidad fue acompañado de un ascenso de los niveles de aborto, lo cual hace pensar que se ha utilizado como método contraceptivo.

Es conocido además que en Cuba el aborto provocado es más frecuente en las edades jóvenes, por la poca preparación psicológica, social y biológica que tiene la mujer para enfrentar el nacimiento de un hijo. El aborto provocado es utilizado en otros grupos sociales tales como mujeres con bajo nivel de escolaridad, que no tienen pareja estable o que no poseen condiciones apropiadas de vivienda, como método de control de la natalidad; en muchas ocasiones porque no conocen o no usan los métodos anticonceptivos existentes, a pesar de ser técnicas difundidas desde épocas inmemoriales y que se han desarrollado tecnológicamente a través del tiempo.³

En la provincia de Matanzas, por ser parte del territorio del país, se espera que la utilización del aborto provocado se comporte de manera similar, pero es necesario conocer las características propias en esa región con la finalidad de realizar un plan de acción particular capaz de evitar la ocurrencia de los factores que inducen a que un embarazo concluya en un aborto provocado, por lo que se decidió realizar el presente trabajo que trata de responder la interrogante siguiente: ¿Cuáles son los factores de riesgo que conllevan a que el embarazo concluya en un aborto provocado?

Se realizó un estudio analítico de caso control donde se estudiaron las mujeres entre 15 y 29 años que parieron o abortaron en hospitales seleccionados de la provincia Matanzas. Se atendió a ese grupo de edad por ser el de 20 a 29 años el de mayor actividad reproductiva y el de 15 a 19 años, por la importancia que tienen el estudio de la fecundidad temprana y la práctica del aborto como método contraceptivo.

Se formaron 2 grupos:

Abortos: se tomaron como casos a las 86 mujeres encuestadas que terminaron este embarazo en un aborto provocado.

Partos: se tomaron como controles a las 143 mujeres que terminaron este embarazo en un parto.

Se seleccionaron el hospital materno provincial de Matanzas y el hospital general de Cárdenas de acuerdo con los criterios de selección siguientes:

- Son los hospitales de la provincia que tienen mayor volumen de abortos y partos.
- Cuentan con un jefe estadístico y personal calificado capaces de garantizar la realización de la encuesta.
- Están situados en lugares que poseen factibilidad en distancias y transportación para el trabajo de los supervisores.

Se aplicó una encuesta donde se indagó sobre 40 variables agrupadas en 6 secciones:

1. Características sociodemográficas de la mujer.
2. Historia obstétrica.
3. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

4. Características de la pareja.
5. La mujer y su embarazo.
6. Relaciones sexuales.

Por la complejidad e intimidad de las preguntas se solicitó la voluntad de la mujer para contestarlas y se garantizó que la entrevista se realizara en un local que permitiera mantener la discreción. Las mujeres que abortaron se entrevistaron antes de la realización de la intervención y a las que parieron se les aplicó el instrumento en la sala donde permanecían ingresadas al otro día del parto.

Se realizó una selección inicial de las variables contempladas en las 6 secciones de la encuesta, a partir de un minucioso examen de éstas por un grupo de expertos conocedores del problema de estudio, con la finalidad de hallar las que podían ser consideradas con más fuerza como posibles factores de riesgo. Finalmente, los factores de riesgo se determinaron a partir de la regresión logística multivariada.^{4,5}

Para la aplicación de este procedimiento se fijó la variable dependiente Y: forma de terminación del embarazo que podía tener 2 categorías: aborto y parto.

Las variables independientes que constituyeron los posibles factores de riesgo (X), según los expertos fueron:

- X₁ Edad de la mujer.
- X₂ Nivel de escolaridad.
- X₃ Estudio en régimen de internado.
- X₄ Tiempo de unión con la pareja.
- X₅ Tipo de convivencia con la pareja.
- X₆ Dedicación de la mujer.
- X₇ Edad del primer embarazo.
- X₈ Número de abortos provocados.
- X₉ Uso de métodos anticonceptivos.
- X₁₀ Conocimientos de métodos anticonceptivos.
- X₁₁ Uso de métodos anticonceptivos cuando quedó embarazada.

- X₁₂ Relación con la pareja.
- X₁₃ Edad de la pareja.
- X₁₄ Dedicación de la pareja.
- X₁₅ Si tiene médico de la familia.

Se realizó una segunda selección de posibles factores de riesgo a través de la determinación de la asociación entre cada una de las variables independientes (Xi), antes mencionadas y la variable forma de terminación del embarazo, se utilizó el *test* estadístico de homogeneidad, con el estadígrafo Chi cuadrado y un nivel de significación de 0,05.

Se trató de buscar colinealidad entre las variables independientes (Xi), esto es importante porque si existe asociación marcada entre 2 de ellas la explicación de lo que ocurre en una es similar a la otra y se debe escoger sólo una de las 2; de no hacerlo, se pueden presentar problemas en el procesamiento, para lo que se aplicó el *test* de independencia con el estadígrafo Chi cuadrado y un nivel de significación de 0,05 y en aquellos casos en que hubo significación estadística se midió la fuerza de esa relación mediante el coeficiente de contingencia, se consideró que había colinealidad sólo si el coeficiente de contingencia alcanzó un valor por encima de 0,90.

Por último, se aplicó la regresión logística multivariada donde a través de la probabilidad real asociada al estadígrafo de Wald se pudieron identificar definitivamente los factores de riesgo; se consideró un nivel de significación de 0,05. También se logró describir la magnitud de la asociación en cada uno de ellas respecto a la forma de terminación del embarazo con la estimación del riesgo relativo.

Se utilizó como editor de texto el programa computacional Word 6.0 for windows y el SPSS PC para el procesamiento de los datos.

Los resultados obtenidos se expresaron en el texto y en tablas, lo que permitió el proceso de análisis y síntesis.

Resultados

De las 15 variables independientes (X) hubo asociación significativa con la forma de terminación del embarazo en:

- Edad del primer embarazo.
- Tiempo de unión con la pareja.
- Dedicación de la mujer.
- Tipo de convivencia con la pareja.
- Uso de métodos anticonceptivos cuando quedó embarazada.
- Relación con la pareja.

Esas 6 variables se incluyeron en el modelo de regresión logística por no haberse encontrado colinealidad entre ellas junto a la edad de la mujer y nivel de escolaridad, que aunque no mostraron asociación significativa con la forma de terminación del embarazo, no deben dejarse de contemplar como posibles factores de riesgo del aborto provocado (tabla).

Se puede observar que las variables tipo de convivencia y dedicación de la mujer ocupan más de una fila, esto se debe a que son tratadas como *dummy*, es decir, dichas variables por su naturaleza son variables cualitativas nominales, por lo que hay que darle determinados valores numéricos que posibiliten la ejecución del procedimiento; si sólo una de esas subvariables es significativa, o sea, $p \leq 0,05$ se debe considerar la variable como factor de riesgo, lo que no ocurrió en este caso.

Las variables que resultaron presentar relación de dependencia con la forma de terminación del embarazo fueron: tiempo de unión con la pareja en la que se encontró que era 8,27 veces más probable que el pre-

sente embarazo terminara en un aborto provocado, cuando se tenía menos de un año de estar unidos a su pareja que cuando ese tiempo era mayor que un año.

Otro factor de riesgo fue el uso de métodos anticonceptivos en este embarazo. Fue 2,22 veces más probable terminar este embarazo en un aborto provocado cuando la mujer usaba anticonceptivo en el momento que quedó embarazada a cuando no lo usaba.

Y por último, el tercer factor de riesgo identificado fue la edad del primer embarazo y se halló que la probabilidad de concluir este embarazo en un aborto provocado fue 2,50 veces mayor cuando la mujer refirió que su primer embarazo fue entre 20 a 29 años que cuando fue de 18 a 19 años, al igual fue 2,5 veces más riesgoso que se realizara el aborto cuando enfrentó esa experiencia entre 18 y 19 años que cuando tenía menos de 18 años.

TABLA. Resultados finales de la regresión logística

No.	VARIABLES	P	Estimación del riesgo relativo
1	Edad de la mujer	0,1699	1,5072
2	Nivel escolarizado	0,6872	0,8875
3	Tiempo de unión con la pareja	0,0010*	8,2741
4	Tipo de convivencia con la pareja	0,1882	-
	Convivencia 1	0,9426	1,0240
	Convivencia 2	0,9001	1,0440
	Convivencia 3	0,1488	0,4081
5	Dedicación de la mujer	0,1952	-
	Dedicación 1	0,4837	1,2235
	Dedicación 2	0,5041	1,2918
6	Edad del primer embarazo	0,0001*	2,5030
7	Uso de métodos anticonceptivos en este embarazo	0,0180*	2,2250
8	Relación con la pareja	0,1838	2,0733

Nota: *Factores de riesgo, $p \leq 0,05$.

Discusión

El hecho de que el riesgo de terminar este embarazo con un aborto provocado fuera mayor en las mujeres con menor tiempo de relación con su pareja, puede deberse a que la pareja no se siente aún suficientemente sólida y estable para afrontar la llegada de un hijo, pero en vez de utilizar métodos apropiados para el control de la natalidad, se recurre al aborto que conlleva a grandes peligros para la salud de la mujer.

Las mujeres que usaban métodos anticonceptivos cuando quedaron embarazadas estaban previniendo la llegada de un nuevo descendiente, por lo que el fallo de éste hizo que se acudiera con frecuencia al aborto, como medio de control de la natalidad.

El hecho de que las mujeres que tuvieron su primer embarazo en las edades más idóneas desde el punto de vista biológico, psicológico y social para cometer la responsabilidad de los hijos fueran las que tuvieron más riesgo de concluir este embarazo con un aborto provocado, es un resultado que refleja que en Matanzas aún existen dificultades en la educación sanitaria, porque en vez de planificar la natalidad con métodos adecuados recurren al aborto en el momento del presente embarazo, cuando ya alcanzaron en gran medida su total independencia económica y están transcurriendo por el período más activo de actividad sexual.

Los factores de riesgo de un problema dado varían de un territorio a otro, en dependencia de las características de cada uno. En un estudio similar realizado para Cuba se encontró que la realización

de abortos anteriores, la relación con la pareja, el fallo de métodos anticonceptivos, la dedicación, la edad y la escolaridad de la mujer y el uso de métodos anticonceptivos en algún momento de la vida fueron los factores de riesgo que influyeron a que el embarazo terminara en un aborto provocado.³

Otro estudio inédito realizado en Villa Clara arrojó que los factores de riesgo para la misma respuesta fueron: experiencia previa de abortos provocados, no utilización de métodos anticonceptivos, dedicación de mujeres y hombres, tiempo de unión con la pareja y relación estable con la pareja.

Cada territorio debe intervenir de acuerdo con la problemática que posea, por lo que Matanzas tiene que actuar para tratar de evitar que aparezcan los factores de riesgo identificados en el estudio que fueron:

- Tiempo de unión con la pareja.
- Uso de métodos anticonceptivos cuando quedó embarazada.
- Edad del primer embarazo

De esta forma se podrá disminuir que el control de la natalidad en la provincia se realice a través de un procedimiento tan nocivo.

Recomendaciones

Realizar estudios similares en otros territorios del país para identificar los factores de riesgo que provocan la terminación de un embarazo en un aborto provocado para poder realizar intervenciones específicas para su control.

SUMMARY: Abortion has been used as a family planning method for a very long time, and it is known that it depends on some factors, such as: age, educational level, obstetric history, relations with her partner, and the use and knowledge of contraceptive methods, among others. The risk factors that turned the studied pregnancy into an induced abortion at the province of Matanzas, from January to March, 1994, were identified. Variables were selected and with the help of logistic

regression results were reached. The risk factors were the following: time the couple stayed together, use of contraceptive methods, when she got pregnant, and age at first gestation. Through the estimation of the relative risk it was possible to measure the degree of association of every risk factor with the way pregnancy concludes.

Subject headings: **ABORTION, INDUCED; RISK FACTORS.**

Referencias bibliográficas

1. Beato J. Ampliación de un informe en caso de tentativa de aborto. *An Acad Ciencias Méd Fis Nat* 1985;22(3):102-4.
2. Dolz J. Informe y ampliación en un caso de aborto. *An Acad Ciencias Méd Fis Nat* 1985;21(4):427-28,529-30.
3. Weiti C. Dinámica demográfica y cambio social. México: Fondo de Población, Naciones Unidas, 1996;91-108.
4. Hosmer D, Lemeshow S. Applied logistic regression. Estados Unidos: Wiley and Sons, 1989;1-36.
5. Silva Ayzcaguer LC. Excursión a la regresión logística. Madrid: Díaz de Santos, 1994;3-89.

Recibido: 30 de mayo de 1997. Aprobado: 7 de enero de 1998

Dra. *Ileana Castañeda Abascal*. Facultad de Salud Pública, Matanzas, Cuba.

Hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa
Ciudad de La Habana 1998

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO

Dra. Ana Lugo Sánchez,¹ Dra. Vivian Álvarez Ponce² y Dr. Alfredo Rodríguez Pérez³

RESUMEN: Se realizó un estudio de 64 pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo en el año 1997, donde fueron analizados los principales factores epidemiológicos. La preeclampsia leve representó el 6,1 % del total de pacientes con hipertensión inducida por el embarazo (HIE). Del total de pacientes hipertensas hubo 61,1 % con factores de riesgo y de ellos, la obesidad ocupó el primer lugar (54,5 %). La mayoría de las pacientes con HIE fueron adolescentes (85,7) y el 64,9 %, nulíparas. Además se demostró que el 52,8 % de las HIE se diagnosticaron después de las 34 semanas.

Descriptores DeCS: **COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO/epidemiología; HIPERTENSION/epidemiología; HIPERTENSION/com-plicaciones; PREECLAMPSIA/etiología; FACTORES DE RIESGO.**

La hipertensión relacionada con el embarazo constituye una de las causas principales de morbimortalidad materna y perinatal. Su incidencia es del 5 al 10 %.¹

Se considera la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) una enfermedad exclusiva de la especie humana, que se observa únicamente en la mujer embarazada y que se manifiesta por la tríada clínica clásica de hipertensión, edemas y proteinuria.²

Por considerarse esta enfermedad uno de los principales factores causales del incremento de la morbimortalidad materna y perinatal nos decidimos a realizar una revisión

con la finalidad de conocer algunos factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo en el año 1997, en el hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa.

El estudio comprendió 64 pacientes hipertensas. Por llamarnos la atención el

¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Instructora del ISCMH.

³ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor titular del ISCMH.

número reducido de pacientes con esta enfermedad, hicimos un análisis con el Departamento de Estadística del centro y se concluyó que existió un subregistro, además de otras dificultades con los expedientes clínicos.

Fueron excluidas de nuestro grupo 2 pacientes: una de ellas por un aborto tardío, la otra fue una paciente a la que se le indicó la interrupción de la gestación con 23 semanas por comprobarse que existía una malformación congénita fetal.

Para una mejor valoración incluimos la hipertensión arterial transitoria en el grupo con HIE. Se recogieron datos del expediente clínico, que incluyeron: edad materna, paridad, factores de riesgo, clasificación de la hipertensión y edad gestacional al diagnóstico de la enfermedad.

Se realizaron cuadros estadísticos y se analizaron los resultados comparándolos con los estudios realizados por otros autores. Posteriormente se hicieron las conclusiones de nuestra casuística.

Resultados

En la tabla 1 analizamos cómo se comportó la hipertensión arterial según la clasificación que se estableció.

En total hubo 64 pacientes hipertensas y de éstas 56,2 % fueron HIE. Si a este grupo se le adiciona hipotéticamente las hipertensas conocidas a quienes se les sobreañadió la preeclampsia, el porcentaje se eleva a 65,6 %.

Del grupo de HIE el 61,1 % tuvo preeclampsia leve, seguida de la hipertensión arterial transitoria con 22,2 %, la preeclampsia severa el 13,9 % y sólo el 2,8 % desarrolló eclampsia.

En estudio realizado por Llore² de 521 pacientes con enfermedad hipertensiva durante el embarazo, encontró que 413 pa-

cientes tenían HIE y de este grupo ocupó el primer lugar la preeclampsia con 246 casos, lo cual coincide con nuestros resultados.

Al valorar la tabla 2 se excluyeron las pacientes hipertensas crónicas, por constituir esto, *per se* un factor de riesgo. De las 36 pacientes con HIE, el 61,1 % presentó algún factor de riesgo mientras que en el 38,9 % no se encontró ninguno.

TABLA 1. Clasificación de la hipertensión arterial

Clasificación	No.	%
HTA transitoria	8	22,2
HIE preeclampsia leve	22	61,1
Preeclampsia severa	5	13,9
Eclampsia	1	2,8
Subtotal	36	56,2
HTA crónica	22	34,4
HTA crónica + HIE	6	9,4
Total	64	100,00

Fuente: Expedientes clínicos.

TABLA 2. Factores de riesgo en la HIE

Factores de riesgo	No.	%
Obesidad	12	54,5
Enfermedad renal	6	27,3
Preeclampsia previa	3	13,6
Embarazo gemelar	1	4,5
Subtotal de pacientes con factores de riesgo	22	61,1
Pacientes sin factores de riesgo	14	38,9
Total	36	100,0

Fuente: Expedientes clínicos.

La obesidad se situó en primer lugar con 45,5 % seguida de la enfermedad renal que representó el 27,3 %. Aunque la relación entre la obesidad y la HIE es discutida por algunos autores, para otros esta incidencia aumenta aparejada de la severidad

de la hipertensión.² Además, la presencia de embarazos gemelares contribuye a la aparición de la HIE, aunque para nosotros el embarazo gemelar representó el 4,5 % de las pacientes con factores de riesgo.

El 50 % de las pacientes estudiadas tenía entre 20 y 29 años (tabla 3) seguida de las de 30 años o más 39,1 % y en último lugar las adolescentes para el 10,9 %. Sin embargo, al realizar el análisis de las HIE, las adolescentes ocuparon el primer lugar con 85,7 %, lo cual no fue de esta forma en el resto de las pacientes hipertensas.

Para algunos autores las edades extremas (menos de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo.³ Álvarez Báez en un estudio de 46 pacientes que tuvieron eclampsia, el 34,8 % tenía menos de 17 años.⁴ En un estudio realizado en Singapur, de 27 casos con eclampsia la edad promedio fue de 29 años.⁵

En la tabla 4 se tuvo en cuenta la paridad mayor de 3, pero no hubo ninguna paciente en este grupo.

Hubo diferencias significativas entre las nulíparas, 57,8 % y las que tenían antecedentes de 1 a 3 partos, 42,2 %.

Al analizar los diferentes grupos de hipertensas con la nuliparidad el porcentaje fue mayor en la hipertensión inducida por embarazo (64,9 %).

En las multíparas no existieron diferencias significativas entre la HIE y las hipertensas crónicas, con el 44,4 % cada grupo.

Al revisar en la literatura médica, los trabajos se corresponden con nuestras estadísticas, y se acepta que la HIE es una enfermedad casi exclusiva de las primíparas.⁶ Para Lloret en el grupo de HIE la proporción se inclina a favor de las primíparas, además, en estudio realizado por Low de 27 pacientes con eclampsia 16 fueron nulíparas.²⁻⁵

La tabla 5 relaciona la edad gestacional al diagnóstico de la enfermedad, con las formas de hipertensión.

TABLA 3. Grupos de edades relacionados con los tipos de hipertensión

Edad	HIE		HC		HC+HIE		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤ 19	6	85,7	1	14,3			7	10,9
20-29	18	56,2	11	34,4	3	9,4	32	50,0
≥ 30	12	48,0	10	40,0	3	12,0	25	39,1
Total	36	56,2	22	34,4	6	9,4	64	100,0

Fuente: Expedientes clínicos.

TABLA 4. Paridad relacionada con los tipos de hipertensión

Edad	HIE		HC		HC+HIE		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nulípara	24	64,9	10	27,0	3	8,1	37	57,8
1-3 partos	12	44,4	11	34,4	3	11,1	27	42,2
Total	36	56,2	10	34,4	3	9,4	52	100,0

Fuente: Expedientes clínicos.

TABLA 5. Edad gestacional al diagnóstico de la enfermedad

Edad	HIE		HC		HC+HIE		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 20			22	100,0	4	66,6	26	40,6
20-27	5	13,9			2	33,3	7	10,9
28-34	12	33,3					12	18,8
> 34	19	52,8					19	29,7
Total	36	56,2	22	100,0	6	9,4	64	100,0

Nota: Los porcentajes de las casillas interiores fueron hallados según columnas.

Fuente: Expedientes clínicos.

En el 40,6 % de todas las hipertensas, el diagnóstico se hizo antes de las 20 semanas, mientras que en el 29,7 % fue con más de 34 semanas.

En la mayoría de las pacientes con HIE, (52,8 %) esta apareció tardíamente (más de 34 semanas) y en el 66,6 % de las hipertensas crónicas a las que posteriormente se les asoció la preeclampsia, su enfermedad fue diagnosticada antes de las 20 semanas.

Lloret señala que los grupos de HIE se diagnosticaron muy poco antes de las 28 semanas, y que se registró una mayor incidencia de aparición de los primeros sínto-

mas a partir de la semana 37, lo cual corresponde con los resultados de nuestro estudio.²

Por tanto, concluimos que la preeclampsia leve representó el 61,1 % del total de HIE, la que ocupó el primer lugar con 56,2 % del total de hipertensas estudiadas. Hubo el 61,1 % de pacientes con factores de riesgo y de ellas el principal fue la obesidad 54,5 %, seguida de la enfermedad renal con 27,3 %. En el grupo con HIE, las adolescentes prevalecieron con el 85,7 %. El 64,9 % de los HIE fueron nulíparas. La mayor incidencia de HIE fue después de las 34 semanas con el 52,8 %.

SUMMARY: A study of 64 patients arterial hypertension during pregnancy was conducted in 1997. The main epidemiological factors were analyzed. Mild pre-eclampsia accounted for 6.1 % of the total of patients with hypertension induced by pregnancy (HIP). Of all the hypertensive patients, 61.1 % had risk factors, among which obesity was in the first place (54.5 %). 85.7 % of the patients with HIP were adolescents, whereas 64.9 % were nuliparous. It was also proved that 52.8 % of the HIP were diagnosed after the 34 weeks.

Subject headings: PREGNANCY COMPLICATIONS CARDIOVASCULARES/ epidemiology; HYPERTENSION/ epidemiology; HYPERTENSION/complications; PRE-ECLAMPSIA/etiology; RISK FACTORS.

Referencias bibliográficas

1. Cunill López ME, Sanabria Negrín JG, González Pérez A. Dosis bajas de aspirina con la pre-eclampsia leve. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):43-7.
2. Lloret G, Lloret M, Ación P. Análisis de algunos aspectos epidemiológicos y factores predisponentes en los estados hipertensivos del embarazo. Acta Ginecol 1987;44(10):426-32.
3. Akpadza K, Kotoor KT, Baeta S, Adama A, Hodonos A. La mortalidad materna en el Hos-

- pital Chu-Tokoin Lome entre 1990 y 1992. Rev Fr Obstet Gynecol 1994;89(2):81-5.
4. Álvarez Báez PL, Acosta Maltas R, Céspedes Baró E, Fernández Lima R. Sinobas del Olmo H. Eclampsia. Estudio en tres hospitales de maternidad en la Ciudad de La Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol 1986;12(4):463-8.
 5. Low JJ, Yeo GS. Eclampsia -are we doing enough? Singapoure Med J 1995;36(5):505-9.
 6. Comino R. Diagnóstico diferencial de los estados hipertensivos del embarazo. En: Acién P. Enfermedades hipertensivas del embarazo. Clin Ginecol 1982;6(2):65.

Recibido: 20 de noviembre de 1998. Aprobado: 7 de enero de 1999.

Da Ana Lugo Sánchez. Hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa.Ciudad de La Habana.

Hospital docente provincial general "Carlos Manuel de Céspedes"
Bayamo, Granma

ALGUNOS FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO ECTÓPICO

Dr. Carlos Guerra Verdecia,¹ Dra. Natalia Hernández Fonseca,¹ Dr. Norberto Guerra Vázquez,¹ Dra. María Margarita Millán Vegas¹ y Dr. Joaquín Proenza Masías¹

RESUMEN: Se realizó un estudio retrospectivo de 256 pacientes que tuvieron el diagnóstico operatorio de embarazo ectópico en el período comprendido desde el 1ro. de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 1996, ambos inclusive, en el Servicio de Ginecología del Hospital "Carlos Manuel de Céspedes", de Bayamo, provincia Granma, con el objetivo de conocer la relación de algunos factores epidemiológicos, clínicos diagnósticos y terapéuticos en esta entidad. Se estudiaron variables como: edad, paridad, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, localización y operación realizada; se utilizaron técnicas de estadísticas descriptivas como la del porcentaje, y de significación estadística como el Chi cuadrado y la diferencia entre proporciones, tomándose como valores significativos de $p < 0,01$. El 37,9 % de las pacientes tenía entre 19 y 24 años y en este grupo de edad el 15,4 % había padecido de inflamación pélvica con diferencias significativas con respecto a otros grupos de edad ($p < 0,01$). Los factores predisponentes que aparecen en los primeros lugares fueron: inflamación pélvica, esterilidad y legrados con el 37,9; 26,6 y 19,5 %, respectivamente. El método más utilizado fue la punción del saco de Douglas (36,7 %). Las principales complicaciones fueron la anemia (62,1 %) y el *shock* hipovolémico (25,3 %).

Descriptores DeCS: EMBARAZO ECTOPICO/cirugía; ANEXITIS/complicaciones; LEGRADO; INFERTILIDAD/complicaciones.

Aunque al principio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos – ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa–, el útero es el único órgano en el que la implantación del huevo es normal y el desarrollo en la cavidad uterina. Es el único órgano a través del cual un nue-

vo ser en el término de su desarrollo puede salir al exterior por las vías naturales. El embarazo ectópico fue descrito por primera vez por *Albucasis* en 1863; *Mauriceau* en el siglo XVII lo incluyó en su texto como complicación obstétrica. En 1883 *Lawson Taint* practicó la primera salpingectomía por

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

embarazo ectópico con supervivencia de la madre.² En la antigüedad el número de mujeres sin hijos era mayor que hoy en día, pero era menor el número de embarazos ectópicos por obstrucción total de las trompas. Con el empleo de los antibióticos que evitan la obstrucción de las trompas, aumentó el número de mujeres con hijos, pero se incrementó el número de embarazos ectópicos.¹⁻³

Según la localización del embarazo ectópico, se puede afirmar que la evolución es tanto más tranquila cuanto más se aleja del útero. Así vemos que en los embarazos fímbricos, ováricos y abdominales primitivos, el crecimiento tiene lugar por lo común libremente en la cavidad peritoneal, por lo que no entra el embarazo en conflicto con su cápsula y no se produce crisis.⁴

La incidencia de esta enfermedad es diferente en varios países; así por ejemplo en el año 1994 la reporta Finlandia en 1 por 47 nacimientos; Suecia 1 por 66, Estados Unidos 1 por 34 y Cuba 1 por 25.⁵ Actualmente en los Estados Unidos y Canadá es el responsable de 10-15 % de los diagnósticos de la cirugía de urgencia y la segunda causa de muerte materna.⁶ En nuestro país la gestorragia está en el segundo lugar en la tabla de mortalidad materna y en este grupo el embarazo ectópico constituye un número importante de casos.⁵⁻⁷

En estudios realizados sobre la frecuencia del embarazo ectópico en el Hospital Docente "Vladimir I. Lenin" de Holguín durante los años 1975-1990-1996 se observó un incremento marcado, de 47 casos en 1995 a 208 en 1996. En nuestro centro hospitalario en el año 1989 apareció con frecuencia de 1 por 107. Por ser un objetivo priorizado del programa de atención materno infantil se involucran los servicios de Medicina y Cirugía para perfeccionar el diagnóstico de esta entidad. Decidimos realizar este trabajo para conocer su compor-

tamiento actual y contribuir a disminuir la tasa de mortalidad materna. [Álvarez Zuñiga D, Trujillo Lanuza, A, Pineida Pacen J, Guerrero Pérez J. Embarazo ectópico en el Hospital "Vladimir I. Lenin" de Holguín. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología; 1997 May 5-9; Ciudad de La Habana: Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología 1997.]

[Prado JL, Goicolea A. Aspectos epidemiológicos clínico y diagnóstico del embarazo ectópico en el Hospital Docente "Eusebio Hernández" en una serie de 5 años de 1990-1994. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología; 1997 May 5-9; Ciudad de La Habana; Sociedad Cubana Obstetricia y Ginecología 1997.]

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las 256 pacientes a las cuales se les diagnosticó un embarazo ectópico en el departamento de ginecoobstetricia del hospital provincial docente "Carlos Manuel de Céspedes", de Bayamo, Granma, en el período comprendido del 1ro. de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1996. Para la recolección de los datos primarios se confeccionó un formulario que incluye las siguientes variables: edad, paridad, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, localización, así como la operación realizada y las complicaciones. La información fue recolectada por el autor revisando los expedientes clínicos de las pacientes operadas de embarazo ectópico en el período de estudio. Los resultados se tabularon por el método de los palotes y se hallaron los porcentajes con una calculadora manual.

Se confeccionaron cuadros expresados en números absolutos y porcentajes y estos resultados fueron comparados con otros estudios realizados con este mismo

método. Se utilizaron técnicas para la significación estadística (Chi cuadrado y diferencias de proporciones), tomándose como significativos valores de $p < 0,01$.

Resultados

En la tabla 1 aparece una frecuencia de 1 embarazo ectópico por cada 49 partos. Similar fue el resultado encontrado por *Pedro González*⁹ en el período 1990-1994 en el hospital docente ginecoobstétrico "Eusebio Hernández", no así por el doctor *Novo* en su trabajo de terminación de residencia que fue de 1 por 107 partos en 1989 en nuestro hospital. Esto nos da una imagen del aumento de la aparición de dicha enfermedad, cuyo incremento es atribuido a la mayor frecuencia de exploraciones uterinas, maniobras anticoncepcionales, abortos provocados, tratamientos frecuentes y reiterados de esterilidad y a las infecciones ginecológicas.

TABLA 1. Embarazo ectópico según su frecuencia

Período	No. de partos	Embarazos ectópicos	Frecuencia
1994-1996	12 677	256	1 x 49 partos

En la tabla 2, el 33,9 % de las pacientes tenían entre 19 y 24 años, seguido del grupo de 25 a 30 años con 21,09 %. Diferentes autores como *Betancourt*⁸ encuentran la mayor frecuencia entre 25 y 30 años. Estas diferencias de resultados consideramos que están determinadas por la mayor frecuencia de embarazos en nuestra provincia en edades más tempranas, lo que es altamente significativo ($P < 0,01$). *Thorburn*⁹ en un estudio cita que más de la mitad de sus casos tenían entre 19 y 24 años, lo que se corresponde con nuestros resultados.

TABLA 2. Embarazo ectópico según edad

Edad (años)	No.	%
Hasta 18	48	18,7
19-24	97	33,9
25-30	54	21,1
31-36	32	12,5
Más de 36	25	9,7
Total	256	100

$Z = 3,586$; $P = 1,678$ H 10-4; $p < 0,01$.

En la tabla 3 vemos que un porcentaje de estas mujeres tenían antecedentes de inflamación pélvica (33,9), con antecedentes de esterilidad (26,6) y en 3er. lugar legrados anteriores (19,5), son significativos $p < 0,05$. Otros autores señalan como más importante el uso de dispositivos intrauterinos (DIU); por ejemplo, *Magman*,¹⁰ quien además señala la posible coincidencia de DIU con enfermedad inflamatoria pélvica o enfermedades de transmisión sexual como el elemento predisponente de más valor actual. *Rusell*¹¹ y *Parazzini* consideran que los abortos inducidos pueden ser uno de los varios factores de riesgo de embarazos ectópicos, lo que coincide en nuestra investigación (regulaciones menstruales con 15,6 % y legrados con 33,2 %).

En la tabla 4, con respecto al medio diagnóstico, el más utilizado fue la punción del saco de Douglas (36,7 %) entre las cuales el 77,3 % fue positiva de sangre que no coagula, lo que contribuyó de manera significativa a realizar el diagnóstico; en un porcentaje importante (29,3) el diagnóstico se apoyó en la laparoscopia.

La diferencia de proporciones entre la punción del fondo de saco de Douglas y la laparoscopia no es significativa; no así entre la punción del Douglas, el ultrasonido y la punción abdominal, que resulta altamente significativa ($P < 0,01$). El doctor *Nelson Rodríguez* al confeccionar la ruta crítica para el diagnóstico de sospecha del

TABLA 3. Embarazo ectópico según factores epidemiológicos

Factores epidemiológicos	No.	%
Inflamación pélvica	97	33,9
Esterilidad	68	26,6
Legrados	50	19,5
Regulaciones menstruales	38	14,8
Dispositivos intrauterinos	32	12,5
Antecedentes de embarazo ectópico	3	1,2
Total	256	100

Z= 2,80; p= 0,0113; p < 0,05.

TABLA 4. Embarazo ectópico según medios diagnósticos

Medios diagnósticos	No.	%
Punción del Douglas	94	36,7
Laparoscopia	75	29,3
Ultrasonografía	51	19,9
Punción abdominal	36	14,1
Total	256	100

Z= 3,663; p= 1,245 H 10-4; p < 0,01.

embarazo ectópico le confiere el valor máximo a la punción del Douglas por ser cierta, poco complicada y fácil de realizar. Hay autores que señalan que la mayor utilidad del ultrasonido ha sido para identificar a la paciente con embarazo intrauterino, y excluyen el ectópico.

En la tabla 5, en relación con las complicaciones, se demostró que la anemia y el *shock* hipovolémico fueron los más frecuentes 62,1 y 25,4 %, respectivamente, lo que es altamente significativo (P<0,01) y coincide con *Fernández Suárez*. [Fernández Rodríguez F, Olive López M. Embarazo ectópico, consideraciones en su diagnóstico. X Congreso Nacional de Obstetricia y

Ginecología, mayo 5-9. Ciudad de La Habana, Cuba, 1997.]

Para disminuir la morbilidad y mortalidad que producen es preciso diagnosticarlo precozmente, antes de que aparezcan complicaciones, pues éstas pueden ser fatales, 5-12 % de las causas de muerte materna en nuestro país. Aunque la ultrasonografía puede detectar la existencia de sangre en el abdomen, cuando no pueda realizarse y se sospeche o desee descartar la existencia de una complicación, la punción del fondo de saco de Douglas o de la pared abdominal son muy útiles.

TABLA 5. Embarazo ectópico según complicaciones

Complicaciones	No.	%
Anemia	159	62,1
<i>Shock</i>	65	25,4
Sepsis urinaria	19	7,4
Sepsis de la herida	13	5,1
Total	256	100

Z= 6,829; p= 4,280 H 10-2; p < 0,01.

Podemos concluir que el embarazo ectópico se presenta con una frecuencia de 1 por cada 49 partos.

El mayor porcentaje de las pacientes estaba comprendido en el grupo de 19-24 años, para un 37,8 %.

La inflamación pélvica (37,9 %), la esterilidad (26,5 %) y los legrados previos (19,5 %) fueron los principales antecedentes encontrados.

Al 36,7 % de las mujeres se les realizó punción del fondo del saco de Douglas, y fue positiva en el 77,3 %.

El 62,1 % de las pacientes estudiadas tenían anemia, y el 25,3 % llegaron al *shock* hipovolémico.

SUMMARY: A retrospective study of 256 patients that had an operative diagnosis of ectopic pregnancy at the Gynecology Service of the "Carlos Manuel de Céspedes" Hospital of Bayamo, in the province of Granma, from January 1, 1994, to December 31, 1996, was conducted aimed at knowing the relationship of some epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic factors in this entity. Variables such as age, parity, epidemiological factors, diagnostic aids, localization and performed operation were studied. Descriptive statistical techniques as that of percent were used. Techniques of statistical significance such as the chi square test and the difference between proportions were also applied, taking $p < 0.01$ as significant values. 37.9 % of the patients were between 19 and 24 years old. In this age group 15.4 % had suffered from pelvic inflammation with marked differences in comparison with other age groups ($p < 0.01$). The predisposing factors appearing in the first places were: pelvic inflammation, infertility and curettages with 37.9; 26.6 and 19.5 %, respectively. The puncture of Douglas'pouch was the most used method (36.7 %). The main complications were anemia (62.1 %) and the hypovolaemic shock (25.3 %).

Subject headings: **PREGNANCY ECTOPIC/surgery; ADNEXITIS/complicaciones; CURETTAGE; INFERTILITY/complicaciones.**

Referencias bibliográficas

1. Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Embarazo ectópico. En: Tratado de ginecología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984;t2:393-413.
2. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de conductas. Madrid: Salvat, 1994:330-49.
3. Cabezas E. Embarazo ectópico. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(1):50-7.
4. Reyes Fuentes S. Embarazo ectópico abdominal. Frecuencia en nuestro medio. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(3):233-40.
5. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21(1-2):3-7.
6. Vilos GA. Recognizing the signs of ectopic pregnancy. Can J Diagn 1994;11(3):127-35.
7. Cabezas Cruz E. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Rev Cubana Obst Ginecol 1993;19(2):78-90.
8. Betancourt Núñez L. Incidencia de embarazo ectópico en Hospitales de Luanda (RPA) en un año. Rev Cubana Obstet Ginecol 1982;8(2):109-205.
9. Thorbuni. Ectopic pregnancy the "Cpi Nemic" Suumsto Se Over. Lakartidninjen 1995;92(49):4701-6.
10. Magman R, Shulman A, Magman BB, Barle UGF. Ectopic pregnancy. The new gynecological epidemic discate. Inter J Perfil 1992;37:146-64.
11. Rusell JBR. Reported ectopic pregnancy Hum Retrad 1995;10(7).

Recibido: 4 de junio de 1998. Aprobado: 7 de enero de 1999.

Dr. *Carlos Guerra Verdecia*. Hospital docente provincial general "Carlos Manuel de Céspedes", Bayamo, Granma.