

11217

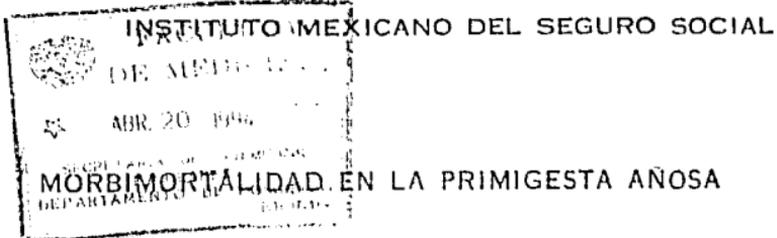
30
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA



T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA : *Burgos*

DRA. MARIA DEL PILAR BURGOS GOMEZ

ASESOR : DRA. ELIZABETH CASTILLO



MEXICO, D. F.

1994

Handwritten signature



DE ASESORADO MEDICO... SECRETARIA DE SALUD... CENTRO MEDICO LA RAZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Handwritten text at bottom right



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de estudios de postgrado

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

CENTRO MEDICO LA RAZA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MORBIMORTALIDAD EN LA PRIMIGESTA AÑOSA.

T E S I S

Para obtener el título de especialidad en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. MARIA DEL PILAR BURGOS GOMEZ

Asesor: Dra. Elizabeth Castillo

MEXICO, D.F.

1994

A mi padre por su apoyo y a
mi madre: plenitud de amor
y tranquilidad.

A mis hermanos por su respeto
y a mi hermana: motivo de ad-
miración y ejemplo a seguir.

A mis pacientes por ser la
motivación de la búsqueda
de la verdad.

Con aprecio a los que hicieron
posible el encuentro con la
investigación.

Con cariño al Dr. Carlos Jiménez Z.
por su valiosa y siempre desinte-
resada ayuda.

Agradezco el apoyo y colaboración de
Dra. Elizabeth Castillo (CMR).
Sr. Javier Elizalde Gómez.
Dr. Marco Antonio Cruz Tellez.

I N D I C E .

Introducción	5
Antecedentes científicos	6
Planteamiento del problema	11
Objetivos	12
Hipótesis	13
Material y método	14
Resultados	15
Discusión	18
Conclusiones	21
Bibliografía	23

INTRODUCCION

En la actualidad un número cada vez más creciente de mujeres estudian carreras universitarias largas o tratan de obtener un empleo mejor remunerado antes de decidirse a tener familia. Como consecuencia de esto cada vez son más las mujeres que tienen su primer hijo después de los 35 años. Este incremento se ve asociado a factores de riesgo que con más frecuencia se presentan en las mujeres de más edad, ya sea durante el embarazo - o por enfermedades crónicas degenerativas concomitantes a la edad de estas mujeres.

Es importante adentrarnos en la sociedad actual e identificar las causas y efectos de la cambiante distribución de edades y prepararnos para enfrentar las necesidades de atención de salud de esta población, así como sus implicaciones sociales y económicas.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En los albores del siglo XX la mortalidad materna mundial arroja una cifra promedio de 1,370 decesos diarios por problemas sociales y fisiológicos asociados al embarazo y el parto, y muchas otras mujeres solo escapan por escaso margen de la muerte, no sin pagar un precio biológico, fisiológico y físico importante.(15)

Para la Organización Mundial de la Salud, la "salud reproductiva" no sólo consiste en la ausencia de enfermedad o desórdenes en la reproducción; requiere también que el proceso reproductivo se pueda llevar a cabo en condiciones de bienestar físico, mental y social. Esto implica que las mujeres lleven y resuelvan su embarazo y parto de una manera segura (1).(16).

Al aumentar la expectativa de vida, conforme más de nosotros envejecemos y aumenta la edad de la sociedad y los efectos de la revolución demográfica se reflejan como un todo en el individuo y particularmente en la mujer que presenta un período adecuado para lograr

el sublime don de la maternidad. Esto se refleja en un censo de población del vecino país de 1980 a 1990 en donde se aprecia un incremento del 37% en nacimientos de mujeres mayores de 35 años, mientras que disminuye en un 32% para las mujeres adolescentes (2).

Anteriormente se consideraba primigésta añosa a la mujer que cuyo primer embarazo sucedía en la cuarta o quinta década de la vida, incluyéndose desde los 30 años (12), sin embargo los factores propios del cambio de patrones en la vida de la mujer y basándose en la mayor incidencia de complicaciones se considera añosa a la mujer primigésta desde los 35 años de edad, definición que fue adoptada por el consejo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en 1958 (2).

Cada vez es más evidente el impacto que tiene la primigésta añosa en nuestra sociedad, ya que se ha observado claramente un aumento de la morbilidad en base a que se reporta que la edad hace mas vulnerable el sistema vascular (3).

Leon y Deutschberger, describen que definitivamente la edad de la paciente es importante en la valoración obstétrica y es una realidad que existen diferencias entre embarazos de mujeres primigestas jóvenes y primigestas mayores de 35 años (4).

La información bibliográfica por diferentes autores muestra un incremento en las complicaciones maternas y perinatales asociados con embarazos de primigestas añosas (5). Edgar Hoger y cols. refieren un estudio: retrospectivo de 440 embarazadas con edad mayor de 40 años, observando que la mortalidad perinatal fué tres veces mayor que el de la población obstétrica en general. Así mismo hacen referencia a la presencia de anomalías genéticas en un 2.7%, a la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en un 33.3% y la intervención cesárea ocurrió en un 12.2 por ciento de los casos (6).

Otros estudios hacen notar el incremento en la incidencia de malformaciones congénitas, Morrison y cols. estudiaron 127 embarazadas mayores de 35 años, observando anomalías congénitas en un 3 por ciento;

caracterizadas por mielomeningocele, fisura palatina y trisomía 21. Reportaron aspiración de meconio en 19%, ruptura prematura de membranas en 23% y el uso de fórceps en un 30% de los casos (2 y 13).

Richard Naeye analiza 44,386 embarazos para determinar si la edad tiene influencia sobre la maternidad, encontrando que existe un incremento en la mortalidad perinatal debido a malformaciones genéticas, así como disminución en la perfusión placentaria asociada con hipertensión arterial crónica.(7)

El efecto de las enfermedades crónico degenerativas es otro factor importante para el incremento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en las primigestas añosas. Estudios realizados al respecto han encontrado a estas mujeres con mayor peso ponderal y por consiguiente presentaron un incremento en la frecuencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y placenta previa, estos cambios repercuten significativamente en la morbilidad fetal, asociándose frecuentemente a partos prematuros, trabajo de parto prolongado, bajo peso al nacimiento o macrosomía, así como gestación

múltiple y ello trae consigo que la conducta obstetrica a seguir sea con frecuencia la intervención cesárea (8 y 9).

Los adelantos científicos en la "biología de la reproducción" son otra fuente proveedora de primigestas mayores, logrando un embarazo despues de muchos años de desearlo, resolviendo condiciones fisiopatológicas que no lo hacian posible. Mujeres que informadas del "alto riesgo" deciden correrlo por los dos tercios de vida que les queda por vivir. Población que requiere mayor dedicación y atención de salud para lograr embarazos seguros con los menos riesgos relativos, manteniendo un control prenatal seguro (1) y atendiendo a las recomendaciones especiales del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (14).

Aunque la bibliografía no es concluyente, al parecer ocurren muchos cambios posteriores a los 35 años de edad, sin embargo existe poca bibliografía reciente al respecto (10) y la mayoría de los textos de la especialidad no establecen claramente la relación que existe entre la edad avanzada y el embarazo.(11)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de la morbimortalidad en la primigesta añosa se presenta con mayor frecuencia que en la primigesta no añosa en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CM "La Raza".

OBJETIVOS

GENERAL:

- Conocer la morbimortalidad de la primigésta añosa en el HGO No. 3 CM"La Raza".

ESPECIFICOS:

- Identificar las principales causas de morbimortalidad de la primigesta añosa.
- Comparar la incidencia de morbimortalidad de la primigesta añosa con la no añosa.
- Comparar las causas que determinan la vía de interrupción de la gestación en las primigésta añosas y las no añosas.
- Identificar las principales características adyuvantes para la aparición de la morbimortalidad en la primigésta añosa.

HIPOTESIS

HI Si la paciente embarazada es primigésta añosa por lo tanto la morbimortalidad sera mayor que en la paciente primigésta no añosa.

HO No existe relación entre la incidencia de presentación de la morbimortalidad entre la primigésta añosa y la primigesta no añosa.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 57 pacientes de nivel socioeconómico bajo a medio admitidas en el Hospital de Ginecología y obstetricia número 3 del Centro Médico La Raza IMSS de julio a diciembre de 1993.

Para el grupo de estudio problema se incluyó a mujeres mayores de 35 años, para las cuales era su primer embarazo y cuya gestación se resolvió después de las 28 semanas. Para el grupo de estudio control sólo cambió la edad, la cual se encontraba de 18 a 34 años.

Se realizó una hoja de recolección de datos con el nombre, número de cédula y edad de la paciente, donde se analizó para ambos grupos en forma retrospectiva: el estado civil, escolaridad, ocupación, el medio socioeconómico, patología previa al embarazo, control prenatal con el número de consultas, complicaciones durante la gestación, edad gestacional al término del embarazo, la vía de interrupción del mismo, así como los datos del producto: sexo, peso, talla, calificación de Apgar al primer y quinto minuto. Y los días de estancia hospitalaria durante el puerperio, sus complicaciones y método de planificación familiar al egresar del hospital.

MORBIMORTALIDAD EN LA PRIMIGESTA AÑOSA.

Nombre: _____ Edad: _____
No. de afiliación: _____ Escolaridad: _____
Estado civil: _____ Ocupación: _____

Nivel socioeconómico: _____
Antecedentes previos al embarazo: _____
Patología agregada: _____
Tratamiento: _____

Control prenatal: _____ Fecha de inicio: _____
No. de consultas: _____ FUM: _____
Complicaciones durante la gestación: _____
Tratamiento: _____

Resolución del embarazo.

Edad gestacional: _____ Parto eutócico: _____
Cesárea: _____ Parto distócico: _____

Producto.

Sexo: _____ Peso: _____
Apgar: 1' _____ 5' _____ 10' _____ Talla: _____
Observaciones: _____

Puerperio.

Complicaciones: _____
Método de P.F.: _____

RESULTADOS

Del período de julio a diciembre de 1993 se captó a las pacientes primigestas de 35 años y más admitidas al hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CMR, con lo que se formó el grupo problema, siendo este de 27 pacientes. El grupo control se constituyó de 30 pacientes primigestas de 18 a 34 años admitidas en el mismo período.

De la distribución por grupo de edades, 21 casos (77.7%) correspondieron a las de 35 a 37 años, 5 (18.5%) de 38 a 40 y solo hubo 1 caso (3.7%) de 42 años. (tabla I). Del grupo control la edad predominante fue de 21 a 23 años con 16 casos (53.3%). (tabla II).

El nivel socioeconómico para el grupo problema fue para el "medio-bajo" de 40.7% y para el nivel "bajo" de 7.4%, mientras que para el grupo control fue de 36.6% y 26.6% respectivamente.

La escolaridad a nivel básico mostró en el grupo problema 14.8 contra 26.6% del grupo control y a nivel profesional 29.6% contra 16.6%.

En cuanto a la ocupación las gráficas muestran

TABLA I

Años	No. Casos	%
35 a 37	21	77.7
38 a 40	5	18.5
41 a 43	1	3.7
TOTAL	27	100.0

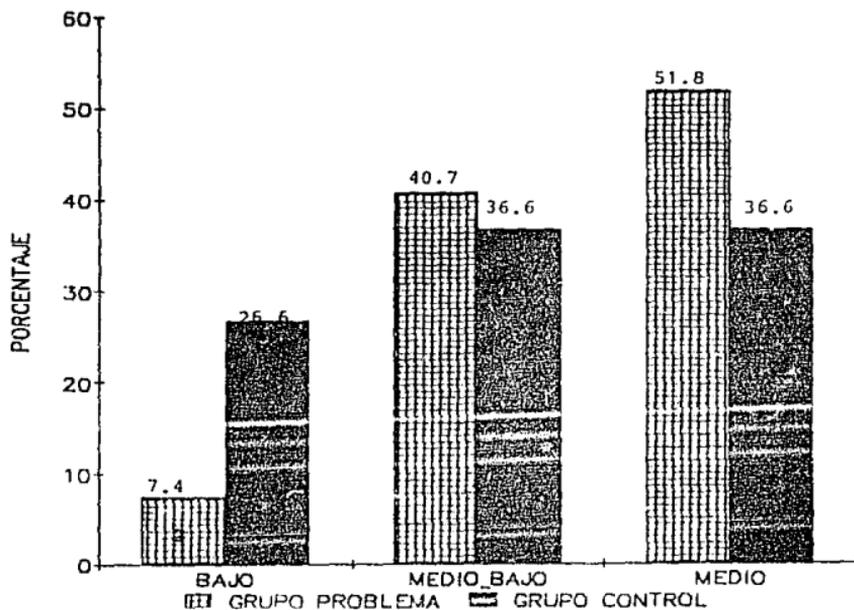
Frecuencia por edad de las primigestas añosas.

TABLA II

Años	No. Casos	%
18 a 20	7	23.3
21 a 23	16	53.3
24 a 26	3	10
27 a 29	1	3.3
30 a 32	3	10
33 a 34	0	0
TOTAL	30	100.0

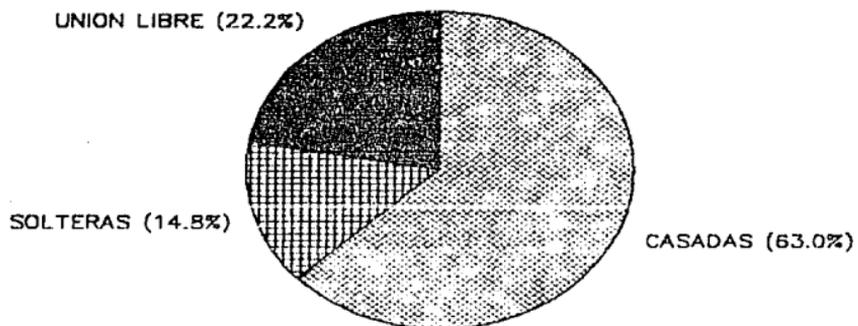
Frecuencia por edad de las primigéatas
no añosas.

MEDIOS SOCIOECONOMICOS



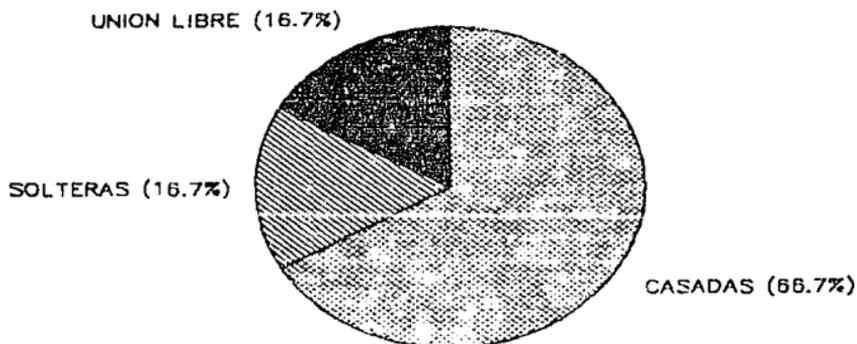
ESTADO CIVIL

GRUPO PROBLEMA

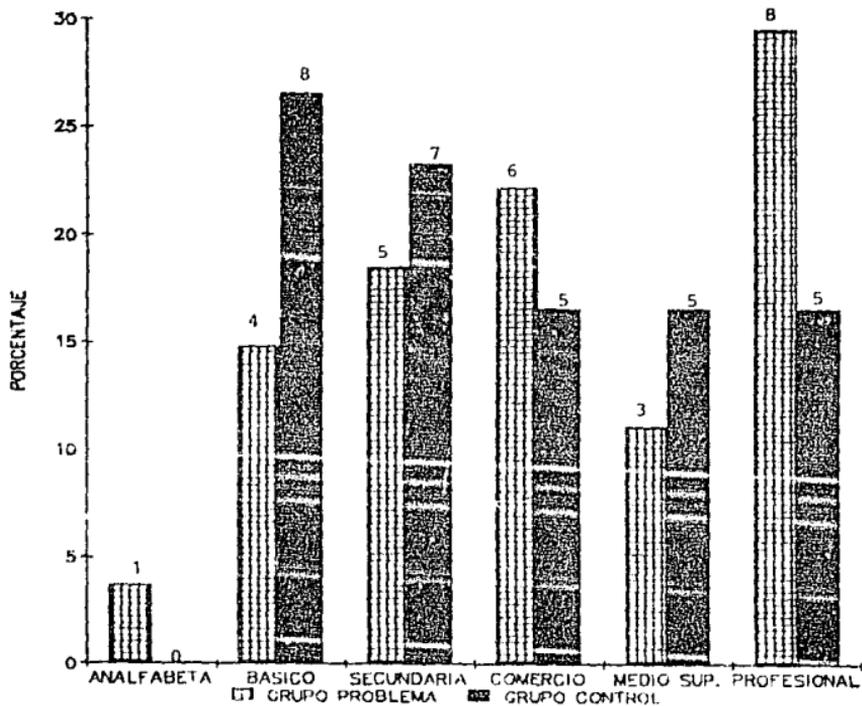


ESTADO CIVIL

GRUPO CONTROL



ESCOLARIDAD



No. Casos.

que las primigestas añosas dedicadas a su profesión fueron 7 (25.9%) y obreras 1 (3.7%) y para el grupo control 4 (13.3%) profesionistas y el mismo número de casos para las obreras.

La tabla III nos muestra que mayor número de consultas prenatales para ambos grupos fue de 6 a 9 consultas: 14 (51.8%) las añosas y 18 (60%) las no añosas siguiendo para el primer grupo 10 o más consultas 7 casos (25.9%) y para el segundo grupo de 1 a 5 consultas con 10 casos (33.3%).

Las semanas de gestación clasificadas de 28 a 35, 36 a 41 y 42 o más mostraron lo siguiente: grupo problema 22.2%, 16% y 3.7%. Grupo control 16%, 73% y 10% respectivamente.

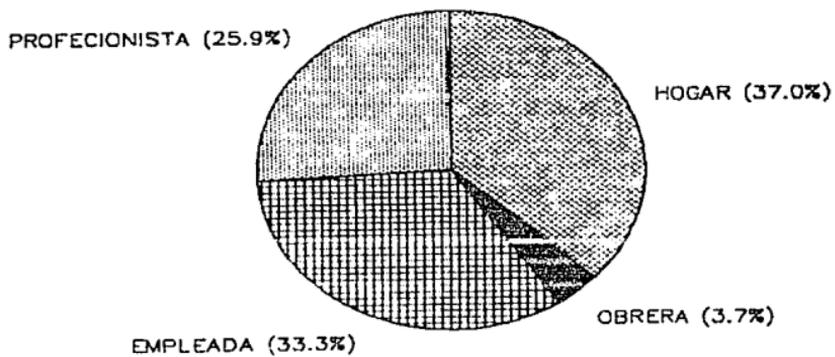
La interrupción de la gestación para el grupo problema fue de 96.8% para la cesárea y solo 3.1% (1 caso) parto. Y para el grupo control 63.3% cesáreas, 30% partos eutocicos y 6.9% partos distocicos.

Los datos obtenidos de los productos respecto a peso, talla y Apgar pueden observarse en las tablas y graficas correspondientes.

La morbilidad previa y durante la gestación pueden observarse en la table VII y VIII, donde la preeclampsia

OCUPACION

GRUPO PROBLEMA



OCUPACION

GRUPO CONTROL

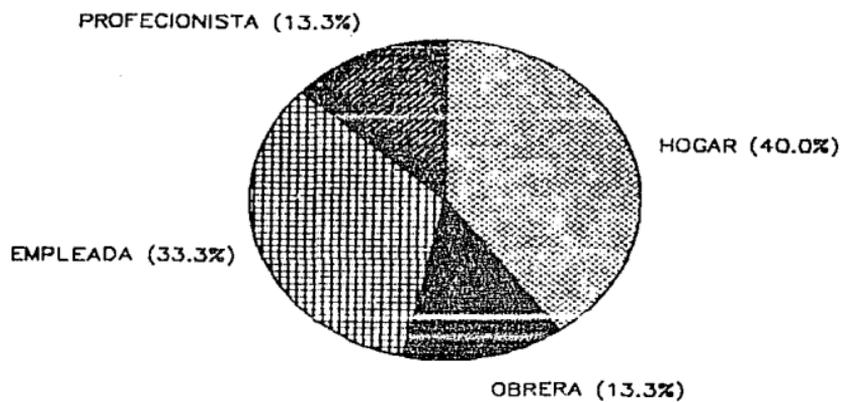
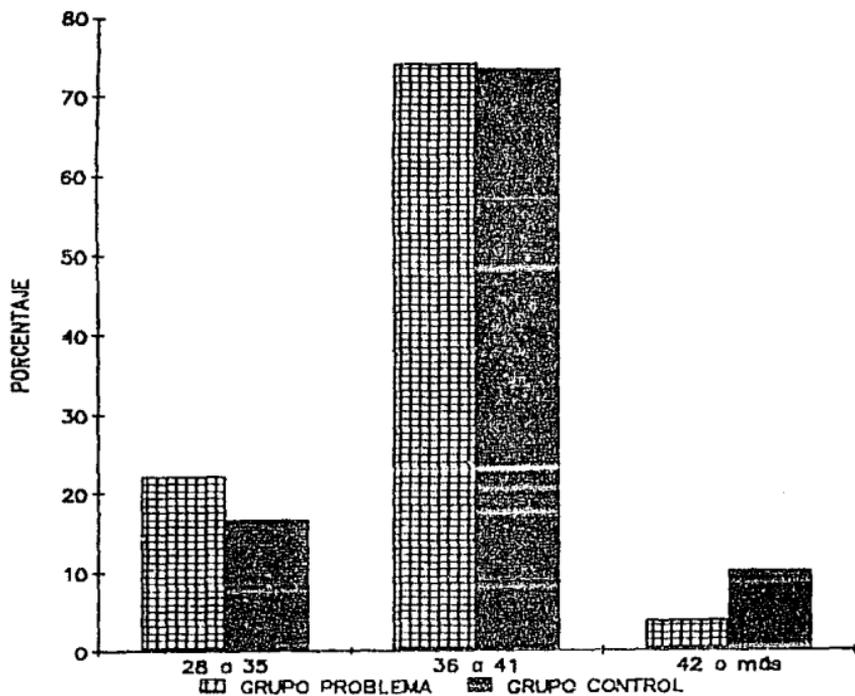


TABLA III

CONSULTAS	GRUPO	PROBLEMA	GRUPO	CONTROL
	Casos	%	Casos	%
0	1	3.7	1	3.3
1 a 5	5	18.5	10	33.3
6 a 9	14	51.8	18	60.0
10 o mas	7	25.9	1	3.3
TOTAL	27	100.0	30	100.0

Número de consultas de control prenatal
para ambos grupos de estudio.

SEMANAS DE GESTACION



PESO DE LOS PRODUCTOS

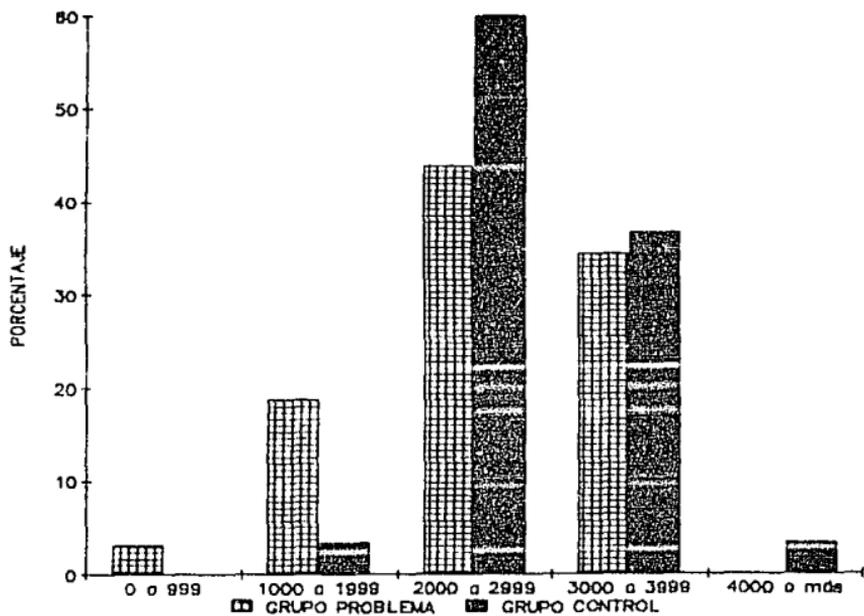


TABLA IV

APGAR	GRUPO PROBLEMA		GRUPO CONTROL	
	Casos	%	Casos	%
0 a 4	3	9.3	0	0
5 a 7	11	34.3	11	36.6
8 a 10	18	56.2	19	63.3
TOTAL	32	100.0	30	100.0

Calificación de Apgar al minuto para
ambos grupos de estudio.

TABLA V

APGAR	GRUPO PROBLEMA		GRUPO CONTROL	
	Casos	%	Casos	%
0 a 4	1	3.1	0	0
5 a 7	6	18.7	3	10
8 a 10	25	78.1	27	90
TOTAL	32	100.0	30	100.0

Calificación de Apgar a los cinco minutos
para ambos grupos de estudio.

TABLA VI

TALLA	GRUPO PROBLEMA		GRUPO CONTROL	
	Casos	%	Casos	%
50 o mas	8	25	9	30
46 a 49	23	71.8	21	70
45 o menos	1	3.1	0	0
TOTAL	32	100.0	30	100.0

Talla en centímetros para
ambos grupos de estudio.

sévera se presentó en 7 casos de ambos grupos correspondiendo al 25.9% gpo. problema y 23.3% gpo. control. la miomatosis uterina, amenaza de aborto y amenaza de parto prematuro se presentaron en 5 casos para el grupo problema y solo en 1 caso en el grupo control correspondiendo en un porcentaje de 18.1% contra un 3.2%. Así como podemos observar que la lista para las patologías previas al embarazo del grupo problema se incrementa. En estudio y tratamiento por esterilidad primaria se encontraban 8 pacientes (29.6%) añosas y sólo 2 (6.5%) del grupo control.

TABLA VII
ANTECEDENTES PREVIOS AL EMBARAZO.

PATOLOGIA	GPO. PROBLEMA	GPO. CONTROL
Diabetes Mellitus I	1	-
Diabetes gestacional	-	1
Esterilidad primaria	8	2
Miomatosis uterina	5	1
Adenoma hipofisiario	1	1
Asma bronquial	-	1
Anemia	1	1
Hipertensión arterial	4	-
Tromboflebitis	-	1
Cardiopatía reumática	1	1
Escoliosis	1	-
Bronquitis crónica	1	-
Artritis reumatoide	1	-
Poliquistosis ovarica	1	-
TOTAL	25	9

TABLA VIII
MORBILIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO.

PATOLOGIA	GRUPO PROBLEMA		GRUPO CONTROL	
	Casos	%	Casos	%
Preeclampsia leve	0	0	3	10
Preeclampsia sev.	7	25.9	7	23.3
Eclampsia	-	0	1	3.2
I.V.U.	3	11.1	6	20
R.P.M.	4	14.8	4	12.3
A.P.P.	5	18.5	1	3.2
Parotiditis	0	0	1	3.2
Anemia	3	11.1	4	12.3
Amenaza de Aborto	5	18.5	1	3.2
Hiperemesis	2	7.4	0	0
Tromboflebitis	0	0	1	3.2
TOTAL	29	107.3	29	91.9

* Un mismo caso puede presentar más de una patología, por lo que los porcentajes no son a 100.

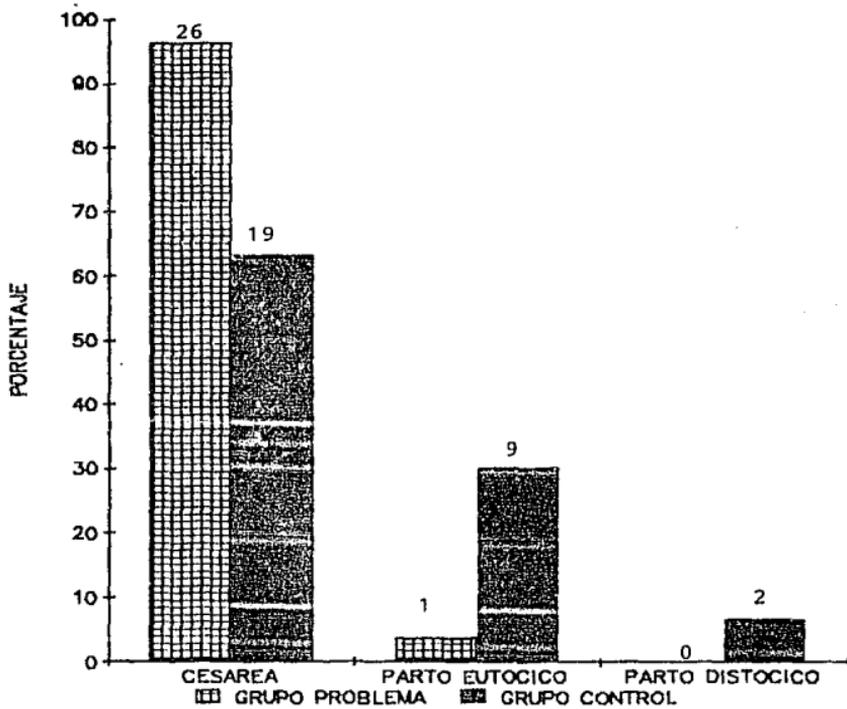
TABLA IX

VIA DE INTERRUPCION DE LA GESTACION.

CAUSA PRINCIPAL DE INTERVENCION CESAREA.

INDICACION.	GRUPO PROBLEMA	GRUPO CONTROL
Preeclampsia sévera	7	7
Eclampsia	0	1
Ruptura prem. memb.	4	4
Desproporción C.P.	1	5
Sufrimiento Fetal A.	1	2
Oligohidramnios sev.	3	1
Gemelar o múltiple	3	0
Baja reserva fetal	1	0
Primigesta añosa	6	0
SUBTOTAL	26	19
PORCENTAJE	96.8	63.3
PARTO EUTOCICO: 1 (obito)	3.1	9 casos 30%
PARTO DISTOCICO	0	2 casos 6.9
TOTAL	27= 100.0%	30= 100.00%

INTERRUPCION DEL EMBARAZO



No. Casos.

DISCUSION

Cada vez es más evidente el impacto de la morbimortalidad de la primigesta añosa en nuestra sociedad, pues en búsqueda de estabilidad social, cultural y emocional la mujer llega a un estado de mayor vulnerabilidad a sus aparatos y sistemas, manifestandose con mayor número de complicaciones durante el embarazo.

En nuestro estudio observamos que la mayoría de las pacientes del grupo problema se encontraban en la edad límite para considerarse primigestas añosas, más el estudio si mostro diferencias en los parámetros estudiados ya que grupo control fue en su mayoría de 21 a 23 años a pesar de que el estudio se realizó en un centro de tercer nivel y encontrarse aqui por alguna patologia agregada.

El nivel socioeconómico se manifesto como mejor para las primigestas añosas, con una escolaridad que para el nivel profesional fue casi de 2 a 1, invirtiendo para el nivel basico, lo cual se vio reflejado en la ocupación, siendo tambien inversa en los extremos (profesionistas y obreras), mientras que las dedicadas al hogar y empleadas no mostraron diferencias significativas asi como tampoco hubo diferencias en cuanto al

estado civil. El numero de consultas aunque en su mayoria fue de 6 a 9 para ambos grupos, las primigestas requirieron mas de 10 en 7 casos contra 1 del grupo control.

Las semanas de gestación al momento de la interrupcion mostro mayor número de prematuros en las añosas como se refiere en la bibliografía con respecto al incremento de las amenazas de parto prematuro. No hubo ningun caso de embarazo prolongado ni malformaciones congénitas como se menciona frecuentemente en la bibliografía (14). Los producto nacidos de 28 a 35 semanas fueron 22% sobre 16% del grupo control, por lo que los resultados de peso, talla y Apgar de ambos grupos de estudio muestran diferencias apenas significativas.

No se observo ninguna defunción, más la morbilidad si se manifesto para la hipertensión y preeclampsia. Con predominancia de las amenazas de aborto, amenazas de parto prematuro y la miomatosis uterina del grupo problema. Dos datos importantes encontrados fue el número de internamientos durante el embarazo los cuales fueron para el grupo problema en 9 casos de 1 a 3 dias contra ninguno del grupo control. El otro fue el numero

de días de estancia hospitalaria posterior a la interrupción de la gestación siendo de 4 días o más para las primigéatas añosas en el 100%, mientras que en el grupo control de 76.6%, y el 23.3% restante estuvo de 3 días a menos.

CONCLUSIONES.

- Cada día son más las primigéatas añosas a pesar de que la literatura reporta mayor incidenciã de patología asociada al embarazo.
- El nivel socioeconomico, la escolaridad y la ocupación son superiores de manera observable en las primigéatas añosas sobre las no añosas.
- El número de consultas prenatales, número de internamientos durante el embarazo y días de estancia hospitalaria posterior al parto fueron mayores en la primigéata añosa que en la primigéata no añosa, lo que refleja la mayor morbilidad de la primera.
- De las 27 pacientes del grupo problema, 24 contaban con alguna patología previa al embarazo, incluyendo 8 casos en tratamiento por esterilidad primaria.
- De las 30 pacientes del grupo control, 8 padecían alguna patología previa. (2 de esterilidad primaria).
- La vía de interrupción de la gestación para la primigéata añosa fue en un 96.8% siendo las principales indicaciones: preeclampsia sévera, rúptura prematura de membranas, oligohidramnios severo, embarazo múltiple. (Cesáreas:26 casos).

- La patología que predominó del grupo problema sobre el grupo problema fue la amenaza de aborto, la amenaza de parto pretérmino, la miomatosis uterina y el hecho de estar en tratamiento por esterilidad.
- El número de consultas prenatales para la mayoría de los casos de ambos grupos fue adecuado, reflejándose en el Apgar, peso y talla de los productos.
- Los patrones de vida cambiantes en la mujer actual nos obliga a mantener un control prenatal adecuado para aumentar la incidencia de embarazos y partos seguros con los menos problemas relativos.
- Es importante adentrarnos en la sociedad actual, identificar las causas de la cambiante distribución de edades y prepararnos para las consecuencias; estar listos para enfrentar sus efectos sobre las necesidades de atención médica, así como sus implicaciones sociales y económicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1). Adams M, Oakley G, Marks J. "Maternal age and births in the 1980's" JAMA 1982; 247: 493-4.
- 2). Morrison I. "The elderly primigravida" Am J Obstet Gynecol 1975; 121: 465-70.
- 3). Kajanoja P. Widholm O. "Pregnancy and delivery in women aged 40 and over" Obstet Gynecol 1978; 51: 47-51.
- 4). Israel L. Deutschberger J. "Relation of the mother's age to obstetric performance" Obstet Gynecol 1964; 24: 411-17.
- 5). Resnik R. The "elderly primigravida" in 1990. N England J Med 1990; 322: 693-4.
- 6). Horger E, Facog, Smythe A. "Pregnancy in women over forty" Obstet Gynecol 1977; 49: 257-61.
- 7). Naeye R. "Maternal age, obstetric complications and the outcome of pregnancy" Obstet Gynecol 1983; 61: 210-16.
- 8). Spellacy W, Miller S, Winegar A. "Prenanacy after 40 year of age" Obstet Gynecol 1986; 68: 452-54.
- 9). VickiLee E, Russel K, Laros Jr. "Pregnancy autcome in nulliparous women aged 35 or older" Am J Obstet Gynecol. 1993; 165 No.6 Pte.1: 1881-84.

- 10). Sydney H. Kane "Advancing age and the primigravida"
Obstat Gynecol 1976; 29(3): 409-414.
- 11). Sheldon H. Cherry Complications of pregnancy. Fourt
edition. "Pregnancy for older parents" 1991: 105-
10.
- 12). Alejo MC, Flores J, Arriaga N, Aguilar JA. "El
problema de la primigésta añosa" Ginecol Obstet
Mex 1966; 21: 89-97.
- 13). Blanchette H. "Obstetric performance of patients
after oocyte donation" Am J Obstet Gynecol 1993;
168(6) Pte.1: 1803-8.
- 14). Kennedy K, Olson S. "The need to reevaluate trisomy
screening for advanced maternal age in prenatal
diagnosis" Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 812-
16.
- 15). Fathalla. Consejo nacional de población y creci-
miento demográfico. 1973 vol.8 No.2
- 16). Organización Mundial de la Salud. 20 Aniversario
Reproduccion humana y la OMS 1992.
- 17). Soumplis AC. "Elderly primipara" Int Surg 1969;
52: 340-44.