

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE LA MUJER S.S.A.

41

EMBARAZO DE LA MUJER DE EDAD AVANZADA

REVISIÓN DE UN AÑO 1996.

HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MC. RICARDO DELGADO SANDOVAL

ASESOR: DR. JUAN LUIS GARCÍA BENAVIDES
DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA



MÉXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

con Infinito Agradecimiento:
a mis padres Socorro e Ignacio,
por la vida y su ejemplo a seguir.

A Irma, Ricardo y Jóselyn:
Por lo importante que han sido en
mi vida y por el tiempo que les debo.

A mis hermanos:
Por todo el cariño y apoyo.

A mis compañeros:
Por los buenos y malos
momentos que juntos pasamos.

A mis maestros:
Mi más sincero agradecimiento por
su experiencia, paciencia y
dedicación.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	11
➤ Objetivo General	
➤ Objetivos Específicos	
HIPÓTESIS	13
METODOLOGÍA	14
DEFINICIÓN DE VARIABLES	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIÓN	22
ANEXOS	25
BIBLIOGRAFÍA	40

INTRODUCCIÓN

El embarazo es, ciertamente un estado fisiológico pero con peculiaridades, que convierte a la embarazada en sujeto de riesgo para determinadas complicaciones.

La edad materna avanzada representa un factor de riesgo durante el embarazo, ya que se asocia frecuentemente con diversos problemas como: multiparidad y enfermedades médicas subyacentes, que incrementan el número de complicaciones.¹

No hay edad precisa mas allá de la cual una mujer se vuelve mas susceptible a complicaciones; la edad de 35 años se utiliza a menudo como límite de corte.

Algunos riesgos se relacionan con trastornos médicos demostrables antes del embarazo y que ocurren con mayor frecuencia en mujeres mayores de 35 años, que en las más jóvenes. Los ejemplos más frecuentes de tales enfermedades son: hipertensión arterial y diabetes mellitus.¹

Cuando el embarazo coincide con algunas de estas enfermedades, imprime a la enfermedad una expresión clínica, claramente distinta, interfiriendo con la evolución natural del embarazo en mayor a menor medida, con un incremento de las complicaciones materno-fetales.

La morbimortalidad tanto materna como perinatal vinculadas, son máximas en los extremos de la vida reproductiva. Reportes clásicos a este respecto mencionan altos índices de morbimortalidad materna y perinatal.²⁻³

Comunicaciones recientes sugieren por otro lado resultados satisfactorios aún en mujeres de 45 años a mas.⁴⁻⁵ De ahí el interés creciente de todo lo relacionado con el asunto de la procreación tardía.

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

La confluencia de diversas tendencias sociales y demográficas durante las últimas décadas, ha dado lugar a un número creciente de mujeres que se embarazan en etapas relativamente tardías de sus vidas. Dichos embarazos son a menudo consecuencia del estilo de vida por parte de las mujeres, vinculado principalmente con mayores oportunidades de educación, empleo y control eficaz de la natalidad.¹

Durante la década de los ochentas debido a que un número creciente de mujeres retrasaban la maternidad. Inició un fenómeno cultural y reproductivo que dio pie a un término; *edad materna avanzada*.

Este término suplantó en cierta forma lo que antes se conocía como *madre añosa*, dicha modificación en el adjetivo inició a partir del reporte de la Dra Kirtz en 1985²

Junto con los cambios sociales, los avances médicos han logrado mejores condiciones de salud, incrementando la expectativa de vida, ocasionando cambios demográficos y favoreciendo el aumento de la población de mujeres mayores de 35 años.

No olvidar además que las mujeres de 35 años, principalmente alrededor de los 40 años, muestran gran desapego por los métodos anticonceptivos, teniendo una alta tasa de embarazos no deseados³⁻⁵

La nueva modalidad de madres de edad avanzada propició un aumento significativo en las tasas de nacimiento en mujeres mayores de 35 años. Entre 1970 y 1990 el porcentaje de nacimientos entre las mujeres de 30 a 39 años se incrementó en un 100% y para aquellas entre los 40 y 44 años el aumento fue del 50%. Esta tendencia continúa aumentando entre las mujeres de más de 30 años.⁴

Un factor determinante en esta maternidad retrasada lo constituye la actual expectativa de vida. Mientras que en 1940 el promedio de vida de la mujer era alrededor de 65 años, en 1980 dicho promedio aumentó a 78 años, por lo cual se espera que a finales del actual milenio la mujer viva 80 años o más.⁶

La evolución de la población mexicana no se escapa a la tendencia universal de aumentar su promedio de vida, conforme pasa el tiempo, donde actúan los factores involucrados en mejorar las condiciones de salud en general.

Así tenemos que a principios del siglo la esperanza de vida de la mujer en México era de 46 años y en 1990 este promedio es de 73.08 años, provocando un aumento importante en la población femenina.⁵

En el censo nacional realizado en 1990 registró 4,168,308 mujeres de 35 a 45 años. Y durante el último conteo de la población en México realizado en 1995 dio 5,188,923 mujeres de 35 a 44 años, dando un aumento de

1,020,615 mujeres en este grupo de edad en los últimos 5 años. Con lo cual se prevé un aumento significativo de nacimientos en mujeres de mayor edad.⁶⁻⁷

Aunque la fecundidad disminuye después de los 35 años, por factores tales como menor número y calidad de los ovocitos, cambios en la capacidad de la fecundación e implantación, anomalías cromosómicas, embrionarias que conlleva un mayor riesgo de óbitos y aborto espontáneos, compañeros sexuales masculinos de mayor edad y disminución del coito, así como de enfermedades. A pesar de lo anterior más del 45% de las mujeres de este grupo de edad, logran un embarazo de término.¹⁴⁻¹⁵

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante. A menudo tanto en las adolescentes como en las mujeres de edad avanzada este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo.²⁻⁴

La edad materna avanzada representa un factor de riesgo durante el embarazo, ya que se encuentra vinculado frecuentemente con diversos problemas como: multiparidad y enfermedades médicas subyacentes, que incrementan el número de complicaciones. De las enfermedades que más coinciden con el aumento de la edad, son las crónicas

degenerativas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus.¹⁶

La mujer que por algún motivo retrasa o presenta un embarazo después de los 35 años, implica algunos riesgos demostrables e incluso peculiares como disminución de la fecundidad, abortos espontáneos, anomalías genéticas, complicaciones médicas, mayor incidencia de cesáreas, anomalías del crecimiento fetal, trabajo de parto disfuncional y muerte materno-perinatal.⁵⁻⁹⁻¹⁶

Se ha vinculado claramente una mayor frecuencia de aneuploidias embriofetal con la edad materna avanzada. Con la edad creciente no sólo aumenta los riesgos de descendencia cromosómica anormal, sino también el de abortos en embarazos euplóides o aneuplóides.⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹³

Otros trastornos del embarazo y el parto después de los 35 años son menos fáciles de cuantificar y sus consecuencias, menos predecible. Algunos riesgos se relacionan con trastornos médicos demostrable antes del embarazo y que ocurre con mayor frecuencia en las mujeres mayores de 35 años. Además parece haber problemas médicos y obstétricos relacionados con la edad, que se presenta durante la gestación, no identificable ni predecible de manera confiable antes del embarazo. Tales complicaciones se manifiestan hasta el momento del trabajo de parto.¹⁵⁻¹⁶

Todos los componentes de la mortalidad perinatal y la morbilidad asociada, son máxima en los extremos de la vida reproductiva. Casi todos los estudios muestran un aumento brusco de las muertes perinatales vinculado con la edad materna.¹⁶⁻¹⁷

No se sabe porque la mortalidad materna aumenta en mujeres con mayor edad reproductora. Gran parte del cambio pudiera deberse a la incidencia y gravedad de ciertos trastornos maternos vinculados con causas específicas de muerte que aumenta con la edad. Es razonable suponer que una mujer de mayor edad con enfermedad crónica como hipertensión y diabetes, tendría mas posibilidad de morir ante hemorragia, infección y otras complicaciones del embarazo, trabajo de parto y el parto.¹⁷

Existen algunas razones por la que una enfermedad preexiste puede contribuir a una mayor mortalidad materna en edad avanzada. Algunas enfermedades se vinculan con una mayor mortalidad, independiente del embarazo y que por lo general no se estabilizan con la gestación e incluyen infecciones crónicas, nefropatías y Diabetes Mellitus, etc. Trastornos no necesariamente mortales durante el embarazo, pero que pueden conducir a mayores tasas de cesáreas.¹⁴⁻⁵

Los principales factores que contribuyen al aumento de la mortalidad perinatal después de los 35 años, además de la paridad y el nivel socioeconómico, son parto pretérmino, anomalías congénitas, lesiones obstétricas, asfixia e infección. No obstante, el efecto de la edad materna avanzada sobre la mortalidad perinatal persiste después del ajuste en cuanto a la paridad y factores socioeconómicos.¹⁶

Sin embargo, por lo descrito, en lo general, los intentos de embarazo después de los 35 años culmina en un parto a término de recién nacidos sanos. A pesar de los riesgos potenciales sopesado contra el potencial social y beneficios personales.¹⁵⁻¹⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

Según el último conteo de población en México en 1995 arrojó un aumento de 1,020,615 mujeres en el grupo de edad de 35 a 44 años en los últimos 5 años. Con lo cual se prevé un aumento significativo de nacimientos en mujeres de mayor edad.

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial muy importante. A menudo en mujeres en los extremos de la vida reproductiva este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud de la madre como a la del hijo.

Debido a la evolución tradicionalmente mala del embarazo en mujeres de edad avanzada, a menudo se niega a estas pacientes, tal vez erróneamente la posibilidad del embarazo u opciones contemporáneas de aumento de la fecundidad, como la reproducción asistida y otros procedimientos quirúrgicos especializados.

A pesar del interés creciente en lo relacionado con la procreación tardía, no se dispone de información precisa para poder asesorar a pacientes sobre efectos relacionados con la edad en estudios clínicos.

El propósito del presente trabajo es revisar la información en cuanto a la evolución, resolución del evento perinatal en mujeres de edad avanzada así como la salud materna y del producto.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar las complicaciones materno-fetales durante el embarazo en mujeres mayores de 35 años.

Objetivos Específicos.

- Conocer la incidencia de embarazo en mujeres mayores de 35 años, durante 1996 en el hospital de la mujer
- Indentificar el promedio de edad de las embarazadas estudiadas.
- Conocer el estado civil predominante de la población estudiada.
- Determinar el grado de escolaridad de las pacientes.
- Determinar el número de gestaciones de las embarazadas en estudio.
- Conocer el porcentaje de paciente que llevói control prenatal

- Identificar la edad gestacional al momento de resolver el embarazo.
- Conocer los padecimientos que más frecuente se asocian al embarazo.
- Determinar las complicaciones mas frecuentes.
- Identificar las vías de resolución del embarazo en la población en estudio.
- Conocer las repercusiones en el recién nacido de la edad materna avanzada.
- Determinar los diferentes métodos de planificación familiar adoptados por las pacientes, posterior a la resolución del embarazo.

HIPÓTESIS

La edad materna avanzada representa un factor de riesgo durante el embarazo y su resolución, ya que se asocia con un mayor número de complicaciones materno-fetales.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, realizado en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, D.F., del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1996.

UNIVERSO:

Se incluye 634 de un total de 666 mujeres con edad de más de 35 años, las cuales resolvieron embarazo en este hospital en el periodo que va del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1996.

Criterios de inclusión:

- Embarazo.
- Edad materna de más de 35 años.
- Embarazo con o sin enfermedad agregada.
- Expediente clínico completo.

Criterios de exclusión:

- Edad materna inferior de 35 años.
- Paciente con expediente clínico incompleto.

Criterios de eliminación.

- Pacientes que resolvieron embarazo en otro hospital.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Escala	Medida
Edad	Cuantitativa	Numérica	EN años
Estado Civil			
Escolaridad	Cuantitativa	Numérica	Número de años

Antecedentes gineco obstétricos

a) Gestaciones	Cuantitativa	Numérica	Número de embarazadas
b) Parto	Cuantitativa	Numérica	Número de partos
c) Aborto	Cuantitativa	Numérica	Número de abortos
d) Cesáreas	Cuantitativa	Numérica	Número de cesáreas
e) Edad gestional	Cuantitativa	Numérica	Sems. De gestación
f) Control prenatal	Cuantitativa	Numérica	Número de consulta
g) Enfermedades conocidas	Cuantitativa	Nominal	Tipos de enfermedades
h) Complicaciones del embarazo	Cuantitativa	Nominal	Tipo de complicaciones
i) Resolución del embarazo	Cuantitativa	Nominal	Tipo de procedimiento
j) Apgar	Cuantitativa	Numérica	Puntaje
K) Peso recién nacido	Cuantitativa	Numérica	En kilogramo

RESULTADOS

De 12,290 pacientes que recibieron atención obstétrica durante 1996, se analizaron un total de 634 expedientes clínicos de 666 pacientes embarazadas mayores de 35 años, que acudieron al Hospital de la Mujer SSA para control y resolución del Embarazo durante 1996. Gráfica 1

De las 666 pacientes mayores de 35 años se incluyeron 634 pacientes, el rango de edad fue de 35 a 48 años y el promedio de edad fue de 41.08, representando el 46%. Gráfica 2

En relación al estado civil del total de pacientes: 313 (49.4%) son casadas, 280(35.5%) son solteras, y 4 (0.6%) son viudas. Gráfica 3

La escolaridad que más promedió fue de primaria completa con 280 (44.3%), analfabetas 50 (7.9%) y solo el 10 (16%) profesionistas. Gráfica 4

El número de gestaciones, varía de 1 al 16 embarazos con mayor porcentaje las de 3 y 4 embarazos con 124 (9.5%) y 143 /22.5) respectivamente. Gráfica 5

En relación al control prenatal de las 634 pacientes. 221 (35%) acudieron en forma regular, 200(32%) en forma irregular y 213 (34%) sin control prenatal Gráfica 6

Las semanas de gestación al momento de resolver el embarazo, incluyendo abortos, el promedio fue de 29.05 semanas con una media de 36.5 semana de gestación. Gráfica 7

Las enfermedades conocidas previas y que se relacionaron con el embarazo fueron las siguientes:

Hipertensión Arterial Sistémica 20 casos, Miomatosis Uterina 6 casos, Diabetes Mellitus 4 casos, infección virus papiloma humano 4 casos, Hipotiroidismo 2 casos y otras enfermedades 3 casos. Gráfica 8

Se encontró un índice global de pacientes con complicaciones médicas durante el embarazo del 26.9% 171 pacientes, distribuidas de la siguiente manera:

- Infección de vías urinarias en 32 pacientes (18.3%), amenaza de aborto 28 (16.09%), Preeclampsia severa 21 (12%), Preeclampsia leve en 18 (10.3%), Amenaza de parto Pretérmino 17 (9.7%), Diabetes Gestional 14 (8.05%), Ruptura Prematura de Membranas 11 (6.3%), Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en 6 (3.4%), Anemia 4 (2.3%) Condilomatosis en 4 (2.3%), Miomatosis uterina en 3 (1.7%), choque hipovolémico en 2 (1.15%), Embarazo ectópico a 2 (1.15%), Oligohidramnios severo en 2 (1.15%), e Hipertensión arterial inducida en 2 casos (1.15%). Gráfica 9

En cuanto a la resolución del embarazo : Parto eutócico 305 (48.1%), Cesárea 198 (31.2%), Legrado uterino instrumental 124 (19.5%), Laparotomía explorada 4 (0.5%) y Parto distócico 3 (4%). Gráfica 10

Con respecto a las clasificación de Apgar, predominó el de 8 a 9 con 425 recién nacidos (74%), el de 7-8 con 61 (10.1%), 4-6 con 18 (2.8%) y un mínimo de 3 casos con Apgar de 1-3 (0.4%). Gráfica 11

El relación al peso de los recién nacidos fue de: entre 2000 a 3000 gramos 133 (26%), entre 3001 a 3900 gramos 222 (43%), entre los 3501 a 4000 gramos 120 (23%) y más de 4000 gramos 120 (23%). Gráfica 12

Muerte fetal un total de 11 casos, representando un porcentaje de 0.1%. Gráfica 13

Con respecto a los métodos de planificación familiar elegido posterior a la resolución del embarazo. Salpingoclasia bilateral 198 (31%), DIU 21 (3%) y sin método 415 (66%).

Gráfica 14

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos una incidencia del 5% de embarazadas mayores de 35 años.

El rango de edad encontrado fue de 35 a 48 años con un promedio de 41.08% coincidiendo con lo reportado en la literatura.^{1-16,14}

Con respecto al estado civil en nuestro estudio encontramos que el 49.4% son casadas, el 35.5% viven en unión libre, el 14% son solteras y el .6% son viudas, porcentajes semejantes a otros estudios y otros grupos de edad como lo reportado por Valdéz, con un promedio de escolaridad de 5.4 años.

Respecto al número de gestaciones, obtuvimos resultados semejante a lo reportado por O'Reilly y Chone en 1993, porcentajes de 3-4 embarazos, en mas del 30% de las pacientes.

Al parecer el nivel sociocultural de las pacientes influye en el cuidado de su salud ya que en nuestro estudio solo el 35% de las pacientes acudieron en forma regular a control prenatal, muy por abajo en otros grupos de pacientes, como lo reportado por Valdéz en 1996.

De las enfermedades conocidas previas al embarazo y que mas se relacionan con éste, se encontraron hipertensión arterial sistémica, miomatosis uterina, diabetes mellitus, hipotiroidismo dentro de las mas frecuentes, coincidiendo con lo reportado por O'Reilly y Rodriguez en 1991 y 1993.

5-15

De las complicaciones médicas durante el embarazo que se encontraron en este estudio fue con mayor frecuencia la infección de vías urinarias en un 18.2%, amenaza de aborto con un 18% y preeclampsia con un 12% coincidiendo con otros estudios reportados y con embarazos durante la adolescencia, como lo reportado por Valdéz con porcentajes semejantes en 1996.

1-6-16

Respecto a la resolución obstétrica encontramos: un 48% por eutocia, 31.2% por cesárea, 19% legrado uterino, a diferencia de lo reportado por Prysak y O'Reilly en 1995. Se encontró un porcentaje de 10% menos en el número de cesáreas en la población de nuestro estudio.

4-6-14-15

Sobre las repercusiones en el recién nacido de la población en estudio, tanto en Apgar y peso encontramos porcentajes de 35% de recién nacidos con bajo peso y porcentajes mínimos de 2.4 con Apgar bajo, acorde en o reportado en la literatura.

1-6-16

En relación al método de planificación elegido posterior a la resolución del embarazo el 31% eligió salpingoclasia bilateral, 3% dispositivo intrauterino y el 66%

in métodos, cifras semejantes a lo reportado por Thorneycroft en 1993, donde muestra un gran desapego de las pacientes mayores a los métodos de planificación familiar.

CONCLUSIONES

- ◆ El embarazo en el grupo de mujeres mayores de 35 años es frecuente con un porcentaje importante después de los 40 años. Con una incidencia del 5%.
- ◆ Más de la mitad de las mujeres, no es casada (unión libre) y aproximadamente la cuarta parte son solteras.
- ◆ Aunque la tendencia de la población es a un menor número de hijos, en la población en estudio predomina la multiparidad, con un promedio de 3.4 embarazos.
- ◆ A pesar de las estrategias de salud para mejorar las condiciones de la población y el mayor acceso a los servicios de salud, dos de cada tres mujeres no acuden a control del embarazo.
- ◆ Las mujeres mayores de 35 años, se relacionan con mayor frecuencia con enfermedades crónicas degenerativas, como Hipertensión Arterial Sistémica en un 7% y la Diabetes Mellitus en 1%. En el grupo de las mujeres en estudio coincide con estas enfermedades previas al embarazo.
- ◆ Las complicaciones que con mayor frecuencia afectaron al embarazo fueron la pérdida temprana de la gestación, la infección de vías urinarias, preeclampsia y otras, que

podieron estar relacionadas con nivel socioeconómico y cultural bajo.

- ◆ La resolución del embarazo a diferencia de lo reportado en la literatura el porcentaje de cesáreas es menor en aproximadamente un 10%. 31.2% de las pacientes en estudio Vs. 39.6% reportado.
- ◆ Las condiciones del recién nacido al nacimiento son adecuadas en peso y Apgar en más del 85% del total de los nacimientos.
- ◆ En lo que respecta a la mortalidad perinatal se encontró en un porcentaje similar a lo reportado en la literatura.
- ◆ Las mujeres en este grupo de edad posterior a la resolución del evento obstétrico, no tiene predilección por algún método de planificación familiar.
- ◆ La morbi-mortalidad materna vinculada a la edad materna se relaciona estrechamente con factores socioeconómicos y demográficos, que incluyen la educación de la paciente, estado civil, atención prenatal, paridad y nivel de pobreza.
- ◆ A pesar de lo anterior, la evolución perinatal de la mujer con edad avanzada y embarazo es satisfactoria, siempre y cuando se inicie un adecuado control prenatal en etapas tempranas de la gestación e identificación de factores de

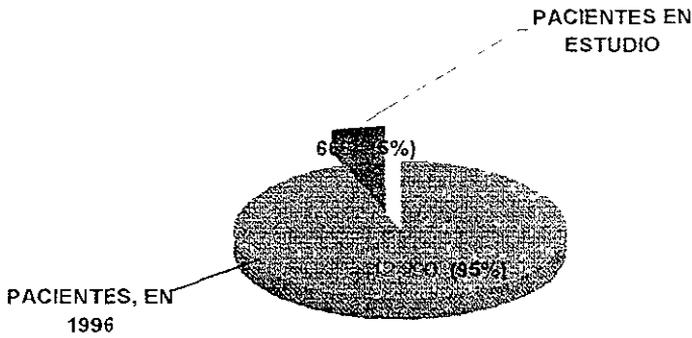
riesgo aparte de la edad materna, como son las enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial, diabetes mellitus).

- ◆ La población que acude a nuestro hospital, presenta características propias que influyen en forma importante en la problemática antes mencionada. De ahí el interés de haber realizado el presente estudio, el cual ha logrado los objetivos propuestos, que sin duda alguna serán de gran ayuda para mejorar el conocimiento de la población que acude a nuestro hospital; sus factores de riesgo vinculados con la edad y tener bases firmes para poder asesorar a pacientes que deciden embarazarse en edades relativamente tardías.

ANEXOS

Gráfica 1

TOTAL DE PACIENTES



 Pac., en 1996

 Pac. Protocolo

HOSPITAL DE LA MUJER 1996.

Gráfica 2

DISTRIBUCIÓN POR EDAD

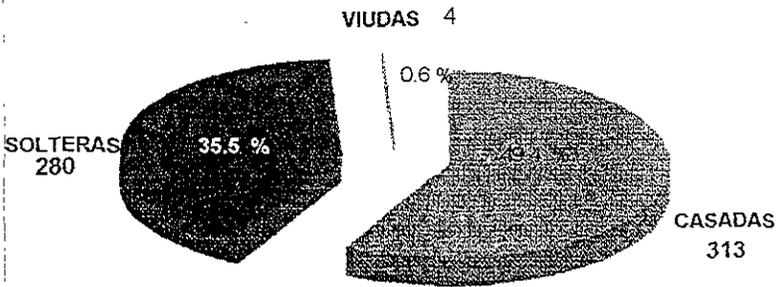
(EDAD Y CANTIDAD)



HOSPITAL DE LA MUJER
1996

Gráfica 3

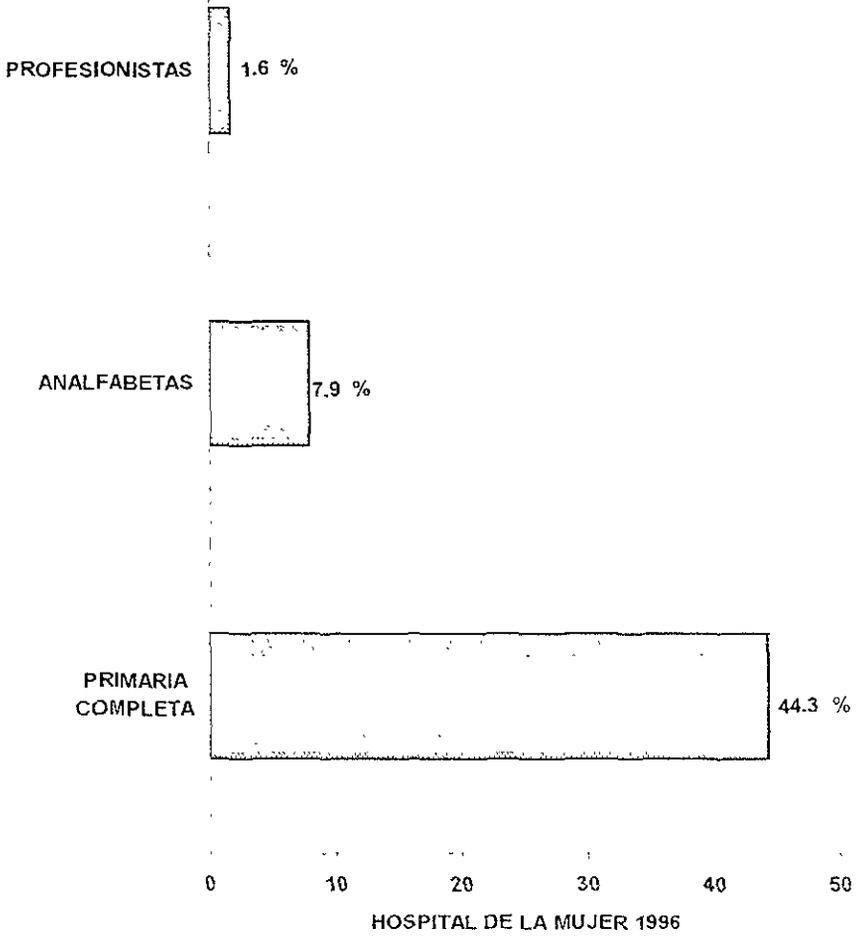
ESTADO CIVIL



HOSPITAL DE LA MUJER
1996

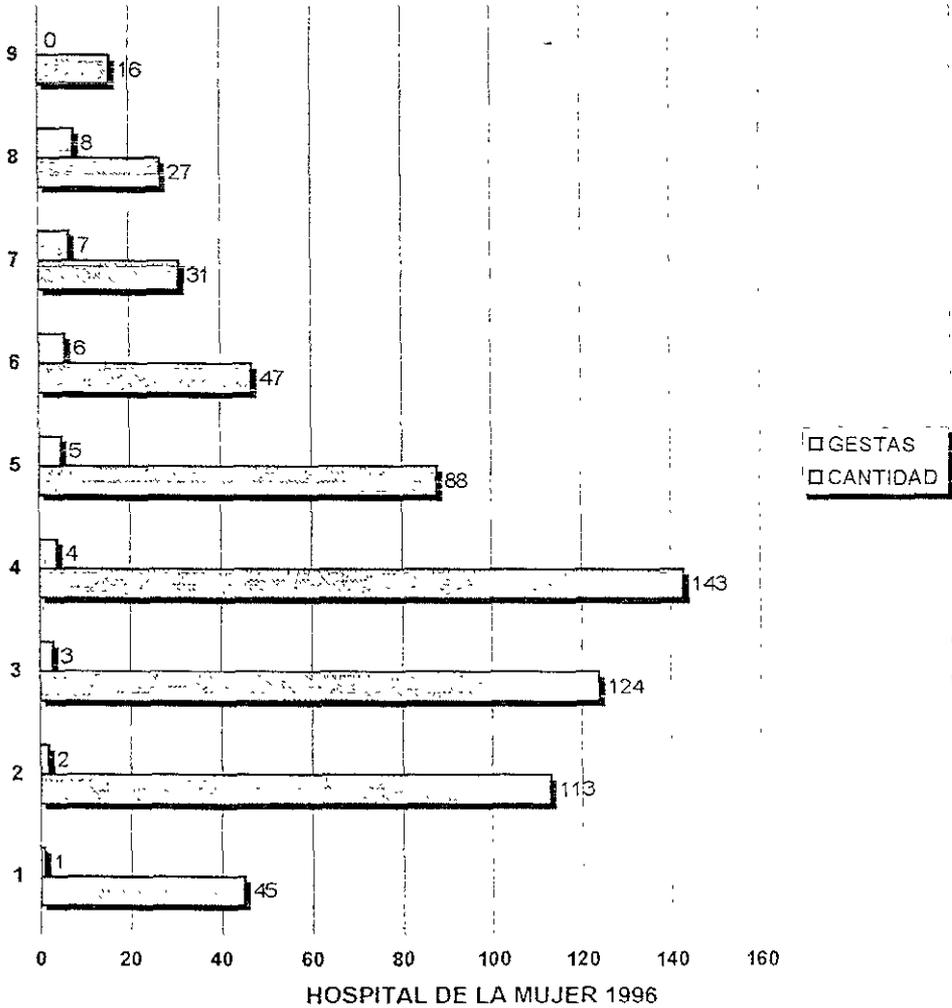
Gráfica 4

DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD



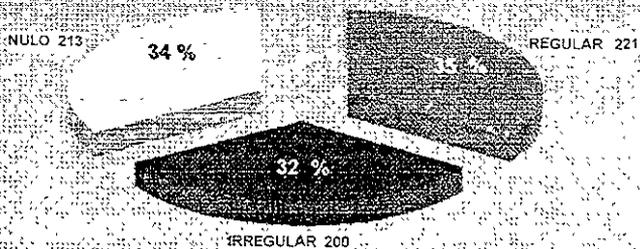
Gráfica 5

DISTRIBUCIÓN POR GESTAS



Gráfica 6

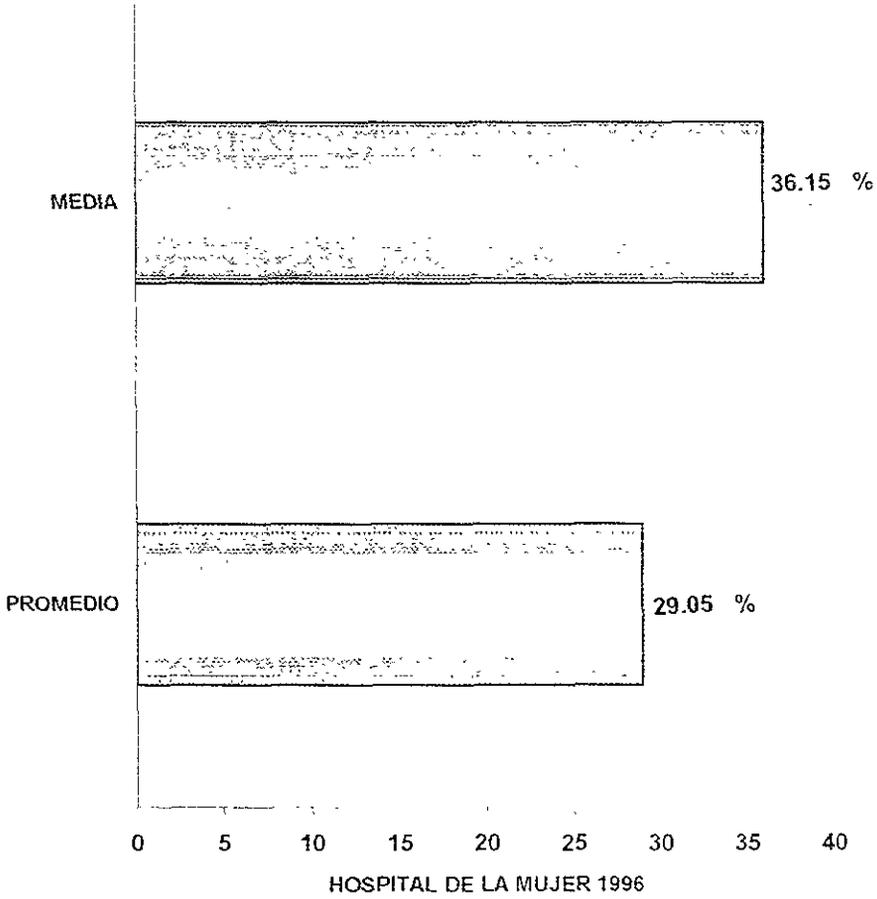
CONTROL PRENATAL



HOSPITAL DE LA MUJER 1996

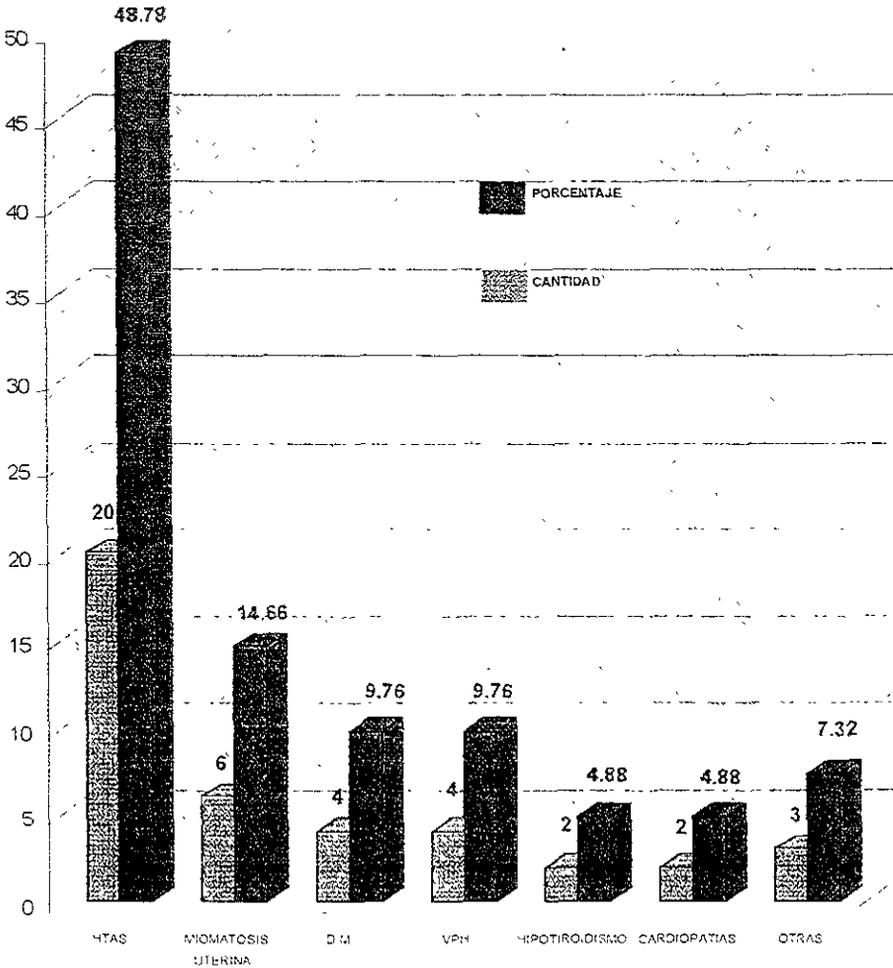
Gráfica 7

SEMANAS DE GESTACIÓN



Gráfica 8

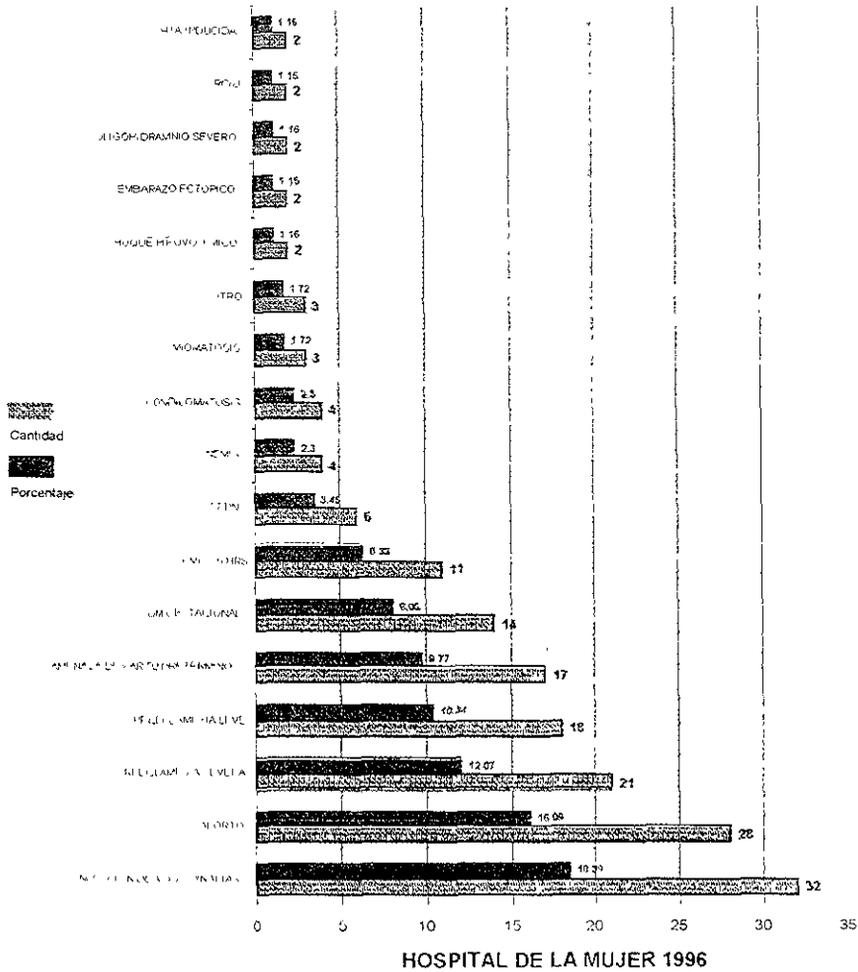
ENFERMEDADES PREVIAS AL EMBARAZO



HOSPITAL DE MUJERES

Gráfica 9

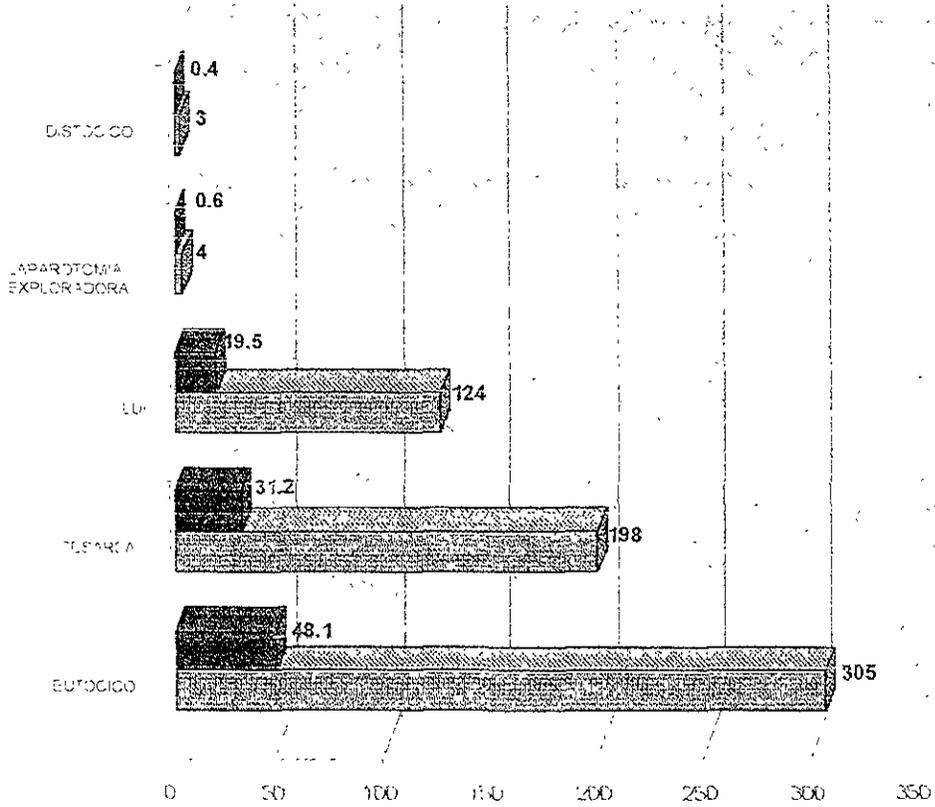
COMPLICACIONES



Gráfica 10

TIPO DE RESOLUCIÓN

■ CANTIDAD ■ PORCENTAJE

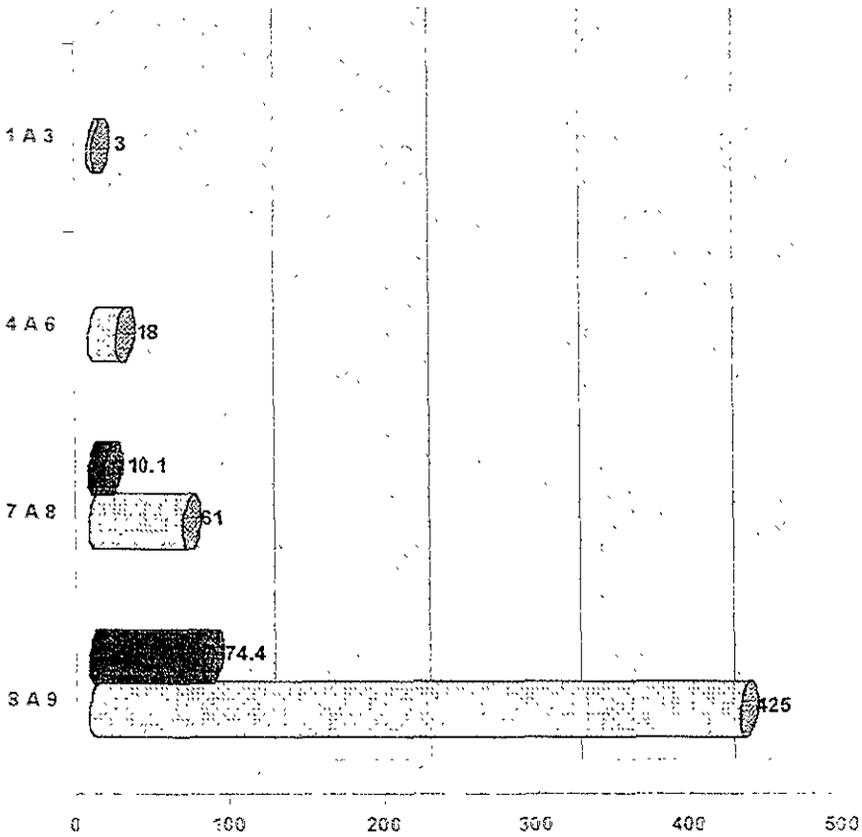


HOSPITAL DE LA MUJER 1996

Gráfica 11

APGAR

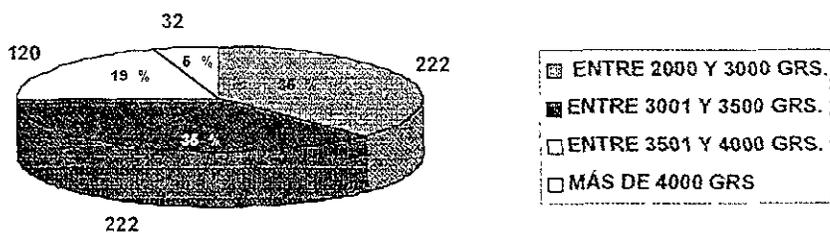
CANTIDAD PORCENTAJE



HOSPITAL DE LA MUJER 1996

Gráfica 12

PESO EN RECIÉN NACIDOS

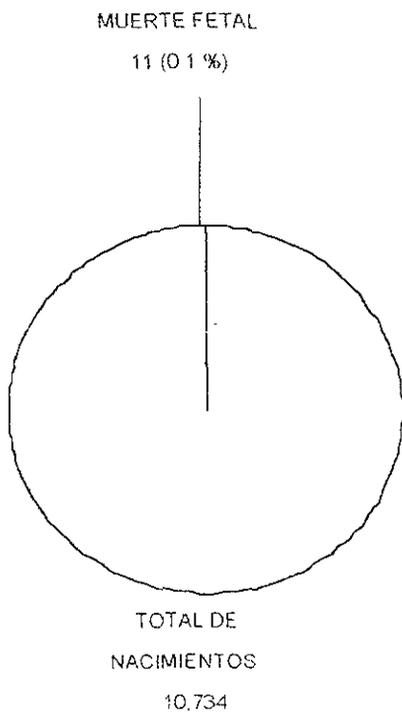


HOSPITAL DE LA MUJER 1996

Gráfica 13

MUERTE FETAL

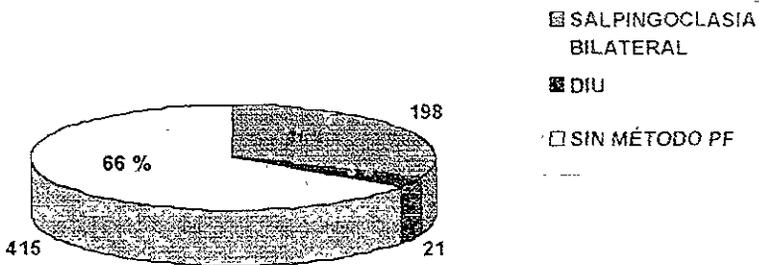
□ MUERTE FETAL □ TOTAL DE NACIMIENTOS



HOSPITAL DE LA MUJER 1986

Gráfica 14

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



HOSPITAL DE LA MUJER 1996

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Spellacy WN, Miller SJ, Winergar A. Pregnancy after 40 years age. *Obstet Gynecol* 1988;68:452.
2. Kane SH Advanced age and the primigravida. *Obstet Gynecol* 1967;29:409.
3. Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of the fetal death N England J med 1995 4;333-953.
4. Kessler I, Lancet M, Borentein R, Steimetz A The problem of the older primipara. *Obstet Gynecol* 1995;85:65.
5. Prysak M, Lorenz RP, Kysly A Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years abd older. *Obstet Gynecol* 1995;85:65.
6. Kirs DS, Dorchester W, Freeman RK Advanced maternal age: The mature gravida. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:7.
7. O'Reilly GC, Cohen WR Embarazo en mujeres de 40 años de edad. *Temas selectos de Ginecología y Obstetricia* 1993;293:2

8. Thorneycroft IH Anticoncepcion en mujeres mayores de 40 años de edad. Temas selectos de Ginecologia y Obstetricia 1993;2:257
9. Hansen JP Older maternal age and pregnancy outcome Obstet Gynecol 1981;58:282
10. National Center for Health Statistics. Trend and variations in first births to older womwn 1970-86. Vital and Heallth Statistics. Public Health Service 1989
11. Anuario Estadistico 1991
Secretaria de Salud
12. Censo Nacional de Población de los Estados Unidos Mexicanos.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informatica 1995
13. Conteo Nacional de Población
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informatica 1995
14. Turner MJ, McDonald MD Pregnancy after the age the 40 years, are the risk increased? Obstet Gynecol 1984;5:1
15. Newcom W, Rodriguez M, Jhonson JW La reproduccion en la mujer de edad avanzada The journal of reproductive medicine 1991;36:839-845

- 16.Valdez BF, Valle VO Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstetricas en la adolescente Comparación con la población adulta Ginecología y Obstetricia de México 1996;64:204
- 17.Herrera L Embarazo en la Adolescencia Rev Ginecología y Obstetricia de México 1980;285:59
- 18.Bombard AT, Naef III R Genetica reproductiva para parejas mayores. Temas selectos de Ginecología y Obstetricia 1993;263:2
- 19.Hook EM Rate of chromosome abnormalites at different maternal age. Obstet Gynecol 1981;58:282
- 20.Boue J,Boue A Chromosome analysis of two consecutive abortions in each of a 43 womens. Hum Genet 1973;19:7
- 21.Hook EB, Cross PK,Schreinemacher et al Chromosomal abnormality rate at amniocentesis and live-born infants Jama 1984;249:234
- 22.Buehler JW, Kaumitz A, Hougue J Maternal mortality in women age 35 years. JAMA 1986;255:53.