

11217 103
23



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

**REPERCUSION EN LA RESOLUCION DEL EVENTO
PERINATAL, DE LA EDAD MATERNA AVANZADA.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DRA. YOLANDA NAVARRO CRUZ**

TUTOR: DR. VICTOR HUGO PULIDO OLIVARES



MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



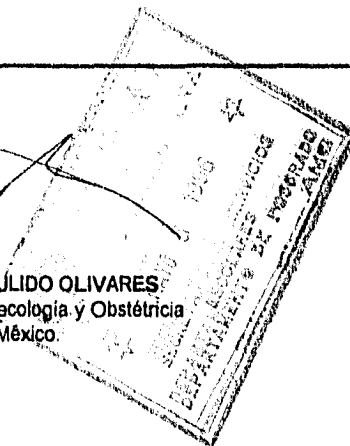
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

DR. VICTOR HUGO PULIDO OLIVARES
Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia
del Hospital Juárez de México



DR. ROBERTO JOSE RISCO CORTES
Jefe de división de Ginecología y Obstetricia
del Hospital Juárez de México.
Profesor titular del curso universitario de Postgrado.



A large, stylized handwritten signature in black ink, which appears to read "Jorge Alberto del Castillo Medina".

SECRETARIA DE SALUD
DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA
Jefe de enseñanza del Hospital Juárez de México.
DIVISION DE ENSEÑANZA

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a la memoria de un hombre, que se distinguió,
Por su bondad, su sabiduría, y por haber sido la razón que me
impulso a ser médico.

A DON JERONIMO NAVARRO DE LA TORRE

CON AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por iluminar mi vida,
por permitirme llegar a una meta
y brindarme el apoyo de mi familia.

A MIS PADRES

Por haberme dado la vida,
por sus consejos y su apoyo de cada día,
para seguir el camino de la superación.

A MIS HERMANOS.

María del Carmen, Carolina,
José Guadalupe, Jorge Miguel,
y Norma por estar siempre conmigo.

A GERARDO

Por haber sido el estímulo para luchar contra
la adversidad e intentar hacer siempre lo mejor.

A CADA UNA DE MIS PACIENTES

Por haber contribuido a que la teoría
se transformara en práctica, y siendo
cada una un granito de arena, en mi
formación como médico especialista.

CON AGRADECIMIENTO

AL DR. VÍCTOR HUGO PULIDO OLIVARES
Por ser el Tutor y Asesor de esta tesis.

AL DR. ROBERTO JOSÉ RISCO CORTES.
Revisor de tesis.

A CADA UNO DE LOS MÉDICOS Y PROFESORES
Que participaron en mi formación, por sus aportaciones para engrandecer mi conocimiento en especial al Dr. Mario López, a la Dra. Julieta Rosas, al Dr. Victor M. Vargas, al Dr. Luis E. Hernández Vivar, al Dr. Jesús Serrano, al Dr. Sergio Aponte, a la Dra. Esther Rosas y al Dr. Nicolás Martínez.

AL DR. FRANCISCO ROBERTO HERNÁNDEZ ALEMÁN
Por su ayuda incondicional, para la elaboración de esta tesis.

**A TODOS MIS COMPAÑEROS, AMIGOS Y PERSONAL
DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**
Que de una u otra forma participaron en la obtención de la información para poder elaborar esta tesis.

ÍNDICE

	Páginas
Introducción	1
Antecedentes	2
Objetivos	4
Material y Métodos	5
Variables	6
Resultados	10
Tablas y Gráficas.	
Distribución del Medio Socioeconómico por grupo de edad	15
Distribución de Escolaridad por grupo de edad	16
Distribución del Estado Civil por grupo de edad	17
Distribución de Gravidez por grupo de edad	18
Distribución de Paridad por grupo de edad	19
Distribución de Abortos por grupo de edad	20
Distribución de Cesáreas por grupo de edad	21
Distribución de Embarazo Ectópico por grupo de edad	22
Distribución de Control Prenatal por grupo de edad	23
Distribución de Edad Gestacional por grupo de edad	24
Complicaciones Maternas por grupo de edad	25
Distribución de Trabajo de Parto por grupo de edad	27
Distribución de Inducción por grupo de edad	28
Distribución de Conducción por grupo de edad	29
Resolución del Embarazo por grupo de edad	30

Páginas

Indicación de Cesárea por grupo de edad	32
Tipo de Pérdida de la 1ª mitad del Embarazo por grupo de edad	34
Complicaciones en el Puerperio por grupo de edad	36
Edad Gestacional del Producto por Valoración Capurro por grupo de edad.	37
Sexo del Producto por grupo de edad materna	38
Peso del Producto por grupo de edad materno.....	40
Apgar del Producto por grupo de edad materno.....	42
Complicaciones Perinatales en el Producto por grupo de edad materno	44
Condición de Egreso del Producto por grupo de edad materno.....	45
Discusión y Conclusiones.....	46
Bibliografía.....	49

INTRODUCCIÓN

Se conoce que la edad avanzada en la mujer representa un factor de riesgo durante el embarazo y su desenlace, repercutiendo tanto en la madre como en el producto. La edad materna avanzada se ha relacionado como factor de riesgo en complicaciones médicas y obstétricas tales como : incremento en Enfermedad Hipertensiva, Diabetes Gestacional, Placenta Previa, Hemorragia Postparto, Productos con anomalías cromosómicas, Productos macrosómicos, disfunción en el trabajo de parto, incremento en el nacimiento por cesárea, etc.

En nuestro país , la asociación entre edad materna avanzada y el incremento en la frecuencia de complicaciones materno-fetales , ha sido poco estudiada, así como su repercusión en la resolución del evento perinatal, por lo que es necesario realizar estudios que permitan conocer la asociación , entre edad materna avanzada y las complicaciones más frecuentes , en instituciones de salud tales como la nuestra el Hospital Juárez de México, en donde aproximadamente del 5 al 10 por ciento de la población atendida en la unidad tocoquirúrgica del servicio de Ginecología y Obstetricia corresponde a mujeres de 35 años ó más y se desconoce el tipo de resolución del evento obstétrico, las complicaciones materno fetales y su asociación a edad materna avanzada. Por lo que surge la interrogante : ¿Cuál es la asociación de la edad materna avanzada con la presencia de complicaciones en el embarazo y la resolución del mismo, en las pacientes atendidas en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Juárez de México ?

Para resolver esta interrogante, se realizó un estudio retrospectivo ,transversal ,descriptivo, desde el 1º de enero al 31 de diciembre de 1994 ,en el Hospital Juárez de México analizando los expedientes de cada ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia, de mujeres con edad de 35 años ó mas y cuyo motivo de internamiento fue resolver un evento obstétrico.

ANTECEDENTES

Es del conocimiento general, que la edad materna avanzada, confiere un riesgo adicional en el embarazo, para la madre y el feto, determinando la probabilidad de un desenlace adverso. En la actualidad existen múltiples factores que determinan que las mujeres se embaracen después de los 35 años, tales como: el estilo de vida, las oportunidades de educación, los métodos de control de la fertilidad, el incremento de sofisticados tratamientos para la esterilidad, los avances médicos y los cambios sociales.

Aproximadamente, el 20 % de las mujeres americanas han tenido hijos después de los 35 años, por lo que se plantea la necesidad de valorar los riesgos, del estado grávido en esta población, considerándose los riesgos en tres categorías:

- a) Genéticos.
- b) Médicos.
- c) y problemas obstétricos . (1).

Sin embargo, no se ha logrado determinar en forma directa, que la edad materna avanzada, sea la causa del incremento en la morbilidad y mortalidad perinatal, en las mujeres de 35 años ó más que se embarazan. Por lo que esto es uno de los puntos a estudiar.

La probabilidad de muerte materna, se incrementa en los extremos de la vida, y particularmente en las mujeres de 40 años ó más, relacionándose a factores económicos y sociales, tales como: educación, estado civil, atención médica prenatal, localización geográfica y marginación, en términos generales se refiere que la mortalidad se relaciona inversamente al nivel socioeconómico de la población.

Estos factores, por lo general, se encuentran asociados a las enfermedades que padecen este grupo de mujeres, como son: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Nefropatías, etc. ; incrementando aún más el riesgo de muerte.

Sin embargo, las patologías asociadas a la muerte materna en esta población, corresponden a las mencionadas en los estudios de mortalidad a nivel internacional, como son : Hipertensión arterial, Hemorragia e infección, que a su vez condicionan la realización de cesáreas urgentes.

Se reporta, que en este grupo de edad existe un incremento en la pérdida temprana del embarazo, que el aborto incompleto es más común , por su asociación a euploidias y aneuploidias fetales, y que la aparición de embarazo ectópico es más frecuente porque existe un mayor número de factores de riesgo para implantación ectópica, esto incluye : antecedente de embarazo ectópico previo, cirugía abdominal , endometriosis, infertilidad, infección pélvica, etc..(2).

Se ha asociado a la edad materna avanzada, un incremento en la frecuencia de placenta previa, secundaria a cambios atróficos y vascularización defectuosa, que se presenta con el incremento de la edad. (3, 4).

Se ha visto , que en este grupo de edad, existe un riesgo aumentado de muerte fetal, un aumento en la frecuencia de cesáreas, ligado a patología fetal, y alteraciones en el trabajo de parto, lo que muchas veces conlleva a una toma de decisión precipitada, observándose con mayor frecuencia en pacientes primigrávidas. (5, 6).

Se reporta que la edad materna avanzada, se asocia a un aumento en la frecuencia de hemorragia postparto, por la existencia de una disminución de la contractilidad uterina, lo que incrementa la mortalidad en el puerperio. (7).

Sin embargo, existen otros estudios en los que se reporta, que la edad materna avanzada no se asocia a efectos adversos, en el desenlace del embarazo, y que únicamente existe un incremento en el número de cesáreas. (8).

En consideración, que las condiciones de salud, en nuestro país difieren de otros, es importante documentar , la relación entre edad materna avanzada y riesgo elevado en el evento perinatal y su desenlace.

OBJETIVO GENERAL.

1. Conocer el desenlace, del evento perinatal en las mujeres embarazadas, de 35 años ó más, y la repercusión en su salud y en la del recién nacido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

-1.1 Determinar el tipo y la frecuencia de las complicaciones médicas producidas y/o asociadas al embarazo en mujeres de 35 años ó más.

-1.2 Determinar el tipo y la frecuencia de las complicaciones obstétricas, en mujeres de 35 años ó más.

-1.3 Determinar la vía más frecuente de resolución del embarazo, en el grupo de estudio.

-1.4 Determinar el tipo y la frecuencia de las complicaciones en el trabajo de parto y el puerperio en mujeres de 35 años ó más.

- 1.5 Determinar el tipo y la frecuencia, de malformaciones en los recién nacidos de madres de 35 años ó más.

- 1.6 Determinar el tipo y la frecuencia de la principal morbilidad al nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, desde el 1º de enero 1994 al 31 de diciembre de 1994, de las pacientes que ingresaron a la Unidad Tocoquirúrgica (UTQ), del servicio de Ginecología y Obstetricia , del Hospital Juárez de México., en el D.F. de la SSA . Analizando exhaustivamente los expedientes de cada paciente y cuyo motivo de ingreso era la resolución de algún evento obstétrico, y cuya edad al ingreso correspondía a 35 años ó más., con el objetivo de conocer el desenlace, del evento perinatal, el tipo y las complicaciones asociadas al embarazo, tanto en la madre como en el producto y valorar el riesgo relacionado a la edad materna avanzada.

Se incluyeron a todas las mujeres atendidas en la UTQ en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre de 1994, las cuales tuvieran 35 años o más a su ingreso, y cuya hospitalización se debió a la resolución de algún evento obstétrico.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes embarazadas de 35 años ó más
2. Pacientes que fueron atendidas en la resolución del embarazo en el servicio de Obstetricia del Hospital Juárez de México.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes en puerperio que fueron referidas al Hospital Juárez de México, al servicio de Obstetricia y a otros servicios por presentar complicaciones obstétricas y/o médicas.

VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo Categoría
EDAD	Tiempo transcurrido desde el Nacimiento, periodo de vida de una persona.	Años cumplidos por la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa 35 a 40 40 a 45
ESTADO Civil	Condición a la que esta sujeto Individuo en la relación a su estado de soltería.	Estado civil que refiere la paciente	Cualitativa Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda
ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios Alcanzado.	Último año de escuela estudiado.	Cuantitativa - Primaria Primaria Secundaria Preparatoria Profesional
MEDIO Socioeconómico	Posición que guardan los hombres en las relaciones Sociales de producción.	Calificación obtenida por INSE.	Cualitativa Bajo Medio Alto
GESTA	Estado en el que se encuentra una mujer embarazada ,período de embarazo.	Numero de embarazos en la paciente.	Cuantitativa 1 - 2 3 - 4 5 ó +
PARTO VAGINAL	Nacimiento por vía vaginal del feto y productos de la gestación.	Numero de partos vaginales en la paciente.	Cuantitativa 0 1 - 2 3 - 4 5 ó +
ABORTO	Terminación del embarazo antes de la viabilidad ó antes de 20 semanas de gestación.	Numero de abortos en la paciente.	Cuantitativa 0 1 - 2 3 - 4 5 ó +
CESÁREA	Nacimiento del feto y productos de la gestación por vía abdominal.	Número de cesáreas practicadas a la paciente.	Cuantitativa 0 1 - 2 3 - 4 5 ó +

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo Categoría
EMBARAZO ECTOPICO	Es aquel donde el huevo fecundado se implanta en un Lugar distinto a la cavidad endometrial.	Número de embarazos ectopicos referidos por la paciente .	Cuantitativa. 0 1 - 2
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL.	Proliferación en grado variable de las células sincitiales y de Langhans del trofoblasto;por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales.	Número de embarazos molares referidos por la paciente.	Cuantitativa 0 1 - 2
CONTROL PRENATAL.	Es la vigilancia periódica Sistemática, y primordialmente clínica del estado gravido, con el apoyo del laboratorio y gabinete.	Número de consultas referidas por la paciente.	Cuantitativa SI (+ de 5) NO (- de 5)
EDAD GESTACIONAL.	Tiempo transcurrido desde la concepción ,hasta el Nacimiento. Calculada con la regla de Mc Donald sumar 7 días a la FUM y restar 3 meses .Se expresa en semanas.	Semanas de embarazo en base a FUM.	Cuantitativa 0 - 20 21 - 27 28 - 36 37 - 41 + 41.
COMPLICACIONES MATERNAS	Fenómenos que se presentan en el curso del embarazo, sin ser propios de su curso y que generalmente lo agravan.	Complicaciones de la paciente, detectadas a su ingreso.	Cualitativa Médicas Obstétricas
TRABAJO DE PARTO.	Las contracciones uterinas Ritmicas, que condicionan borramiento y dilatación cervical.	Duración en horas desde que la paciente ,presenta una dilatación cervical igual ó mayor a 4 centímetros.	Cuantitativa 0-5 hrs 6 - 10hrs + 10hrs.
INDUCCIÓN DEL TOP.	Cuando no existe actividad Uterina y esta se desencadena con el método utilizado.	Duración en horas desde que inicia la actividad uterina hasta el nacimiento.	Cuantitativa 0 - 5hrs 6 - 10hrs +10 hrs.

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo Categoría
CONDUCCION DEL TDP.	Cuando ya existiendo contracción uterina, esta se maneja, regulando se intensidad y frecuencia, hasta lograr la terminación del TDP.	Duración en horas desde que se inicia, hasta la terminación del TDP en la paciente.	Cuantitativa 0-5 hrs 6 - 10 hrs + 10 hrs.
TIPO DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO	Forma de culminar el embarazo.	Forma en que se culmino el Embarazo en la paciente.	Cualitativa Parto Cesárea. Perdida
PARTO	Proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales.	Tipo de parto, en la paciente	Cualitativa Eulocia. Distocia.
PUERPERIO	Etapa que se inicia al terminar el tercer periodo del parto y que concluye con la involución de los órganos genitales.	Evolución en el puerperio de la paciente	Cualitativa Normal Complicado..
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALIZACION.	Expresión del tiempo que permanece un paciente dentro del área hospitalaria.	Duración en días desde su ingreso hasta su egreso.	Cuantitativa 1 - 3 4 - 6 + 7
SEXO DEL PRODUCTO	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	Expresión fenotípica. Del aparato genital.	Cualitativa Femenino Masculino.
PESO DEL PRODUCTO.	Unidad de medida.	Expresión en gramos del Peso del producto al nacimiento.	Cuantitativa 500 - 1499 1500 - 2499 1500 - 3800 +3800.
APGAR	Evaluación que se efectúa al minuto y a los 5 minutos del nacimiento para evaluar el estado fisiológico del niño. Valorando frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja, coloración del producto.	Apgar otorgado a 1 minuto y a los 5 minutos de nacimiento.	Cuantitativa 0-3 4- 6 7-10

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo	Categoría
-----------	-----------------------	------------------------	------	-----------

CONDICIÓN DE EGRESO DEL PRODUCTO.	Condición de egreso del producto	Estado de vitalidad del producto.	Cualitativo	Vivo Muerto.
--	----------------------------------	-----------------------------------	-------------	-----------------

Para obtener la información se diseñó un formato, en el cual se colocó la información sobre la evolución y las características del embarazo de cada paciente, a su ingreso, el tipo y la vía de resolución del embarazo y las complicaciones detectadas anteparto, transparto, y en el puerperio, evaluando también las características del producto al nacimiento, su evolución y sus condiciones de egreso.

La captura de la información se realizó en el paquete Excel 5 de una computadora personal 386. Para la estadística descriptiva, se realizaron tablas de frecuencia, gráficas de barras, gráficas de pastel.

La población de mujeres de 35 años ó más fue subdividida en dos grupos:

- 1.El primer grupo comprendió mujeres de 35 a 40 años.
- 2.El segundo grupo comprendió mujeres de 41 años o más.

Ambos grupos fueron comparados entre sí en cuanto a los antecedentes personales, las condiciones de ingreso, la evolución de su trabajo de parto, la culminación del embarazo y la vía de resolución, las condiciones al nacimiento del producto, y la existencia o no de complicaciones, así como las condiciones de egreso, para determinar si con el incremento de la edad existía un aumento en el riesgo materno fetal.

RESULTADOS.

Durante el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre de 1994, acudieron para recibir atención obstétrica, en la resolución de su embarazo, 3523 mujeres embarazadas de las cuales 214 correspondieron a la edad de 35 años ó más. De las mujeres en estudio 193 correspondieron al primer grupo de edad de 35 a 40 años y sólo 21 al grupo de 41 a 45 años.

En cuanto a la distribución de las pacientes del primer grupo con respecto a medio socioeconómico 149 correspondieron a un nivel bajo, 43 a un nivel medio y sólo 1 al nivel alto, en el 2º grupo 18 pacientes correspondieron al nivel bajo, 3 al nivel medio y ninguna en el nivel alto. (Tabla 1, gráfica 1).

En lo referente a nivel escolar de las pacientes, en el primer grupo 15 pacientes no tenían ninguna escolaridad, 22 cursaron algún nivel de primaria aunque sin haberla terminado, 104 pacientes tenían el nivel de primaria, 37 secundaria, 9 preparatoria y 6 nivel profesional. En el segundo grupo 4 eran analfabetas, 4 habían cursado algún grado de primaria, 8 tenían primaria, ninguna preparatoria y 1 profesional.(Tabla 2, gráfica 2).

La distribución del estado civil en el primer grupo fué de 120 pacientes casadas, 24 solteras, 46 en unión libre y 3 divorciadas. En el segundo grupo había 14 mujeres casadas, 1 soltera y 6 en unión libre.(Tabla 3, gráfica 3).

En cuanto al antecedentes de gravidez encontramos en el primer grupo que 42 pacientes tenían antecedente de 1 a 2 embarazos previos, 59 pacientes de 3 a 4 embarazos previos y 92 más de 5 embarazos previos. En nuestro segundo grupo 2 pacientes tenían antecedente de 1 a 2 embarazos, 3 de 3 a 4 embarazos y 16 más de 5 embarazos previos. (Tabla 4, gráfica 4).

En cuanto al antecedente de partos vaginales en el primer grupo 50 pacientes no habían tenido nunca un parto vaginal, 47 pacientes habían tenido de 1 a 2, 53 pacientes habían tenido de 3 a 4 y 43 habían tenido más de 5 partos vaginales.

En el segundo grupo 3 pacientes no tenían antecedente de parto vaginal, 2 habían tenido de 1 a 2, 6 de 3 a 4 y 10, pacientes más de 5 partos vaginales previos. (Tabla 5, gráfica 5).

Con el antecedente de aborto previo en el primer grupo había 127 pacientes que nunca habían tenido un aborto, 59 pacientes que habían tenido de 1 a 2, 7 mujeres que habían tenido de 3 a 4, y ninguna más de 5 abortos. En el segundo grupo 11 pacientes no tenían antecedentes de aborto, 8 habían tenido de 1 a 2 abortos, 2 de 3 a 4 y ninguna más de 5 abortos previos. (Tabla 6, gráfica 6).

En cuanto al antecedente de cesárea previa en el primer grupo 144 pacientes no tenían ninguna cesárea, 47 tenían antecedente de 1 ó 2, 2 de 3 a 4 y ninguna de más de 5 cesáreas. En el segundo grupo 20 pacientes no tenían antecedente de cesárea previa, y solo 1 tenía antecedente de 1 a 2. (Tabla 7, gráfica 7). En lo que se refiere a antecedente de embarazo ectópico solo hubo 2 pacientes en el primer grupo y en el segundo ninguna. (Tabla 8, gráfica 8). En ambos grupos ninguna paciente tenía antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional.

Del primer grupo 93 pacientes tenían antecedente de control prenatal en el embarazo actual, y 100 no tuvieron control prenatal. En el segundo grupo 7 pacientes tuvieron control prenatal y 14 no tuvieron control prenatal. (Tabla 9, gráfica 9).

La edad gestacional al ingreso en base al cálculo por FUM más 7 días menos 3 meses, 49 pacientes tenían una edad gestacional (EG), entre 0 a 20 semanas, 2 entre 21 a 27 semanas, 19 entre 28 a 36 semanas, 111 entre 37 a 41 sem., y 12 más de 41 semanas. En el segundo grupo 10 pacientes tenían una edad gestacional entre 0 a 20 semanas, ninguna entre 21 a 27 sem., 3 entre 28 a 36, 8 entre 37 a 41 y ninguna edad gestacional mayor a 42 semanas. (Tabla 10, gráfica 10).

En el primer grupo de edad se encontraron al ingreso 3 pacientes con abdomen agudo, 10 pacientes con EHE IA, 9 con EHE IB, 1 con EHE IC, 1 con EHE II y 1 con EHE III, 1 paciente con cardiopatía reumática descompensada, 1 paciente con sepsis por aborto, 1 con crisis convulsivas secundarias a epilepsia, 3 pacientes en estado de choque

hipovolemico, 3 pacientes con diabetes gestacional, 1 paciente con Sx de Hellp, 1 paciente con alteraciones psiquiátricas(esquizofrenia), 1 paciente con hipotensión, 1 con un cuadro de colecistitis aguda, 1 con edema vulvar importante, el resto no presento ninguna complicación médica. En el segundo grupo 1 paciente presento EHE IA, 1 EHE IB, 1 EHE II, y 4 diabetes gestacional. En cuanto a la presentación de complicaciones obstétricas en el primer grupo 21 pacientes tuvieron ruptura prematura de membranas, 2 polihidramnios, 1 amenaza de parto pretermino, 6 placenta previa, 1 incompetencia ístmico cervical y 6 producto óbito. En el segundo grupo 4 pacientes cursaron con RPM, 1 con producto óbito. el resto ninguna complicación.(Tabla 11, gráfica 11).

De las pacientes del primer grupo 114 presentaron trabajo de parto, y 79 no. Del segundo grupo 10 tuvieron trabajo de parto y 11 no.(Tabla 12, gráficas 12 y 13). En el primer grupo sólo se realizó inducción con oxitocina a 16 pacientes de las cuales 4 en un promedio de 6 a 10 horas y a 12 mas de 10 horas. En el segundo grupo a 3 pacientes se les realizó inducción en un promedio de 6 a 10 horas (Tabla 13, gráfica 14). En cuanto conducción en el primer grupo sólo hubo 10 pacientes de las cuales 7 tuvieron un promedio de 6 a 10 horas y 3 más de 10 horas. En el segundo grupo sólo una paciente tuvo conducción de un promedio entre 6 a 10 horas, el resto de pacientes tuvo trabajo de parto espontaneo.(Tabla 14, gráfica 15).

En el grupo 1, 90 pacientes tuvieron parto vaginal de las cuales 87 fue eutócico y 3 distócico con aplicación de fórceps, a 52 pacientes se les realizó cesárea de las cuáles en 48 fue tipo kerr y en 4 clásica, a 42 pacientes se les realizó legrado uterino y a 7 laparotomía exploradora y 2 pacientes solicitaron su alta voluntaria antes de la resolución del embarazo. En el segundo grupo 6 pacientes tuvieron parto por vía vaginal de las cuales 5 fueron eutócicos y 1 distócico, a 7 pacientes se les realizó cesárea kerr a ninguna clásica, a 8 pacientes se les realizó legrado uterino y a 3 pacientes laparotomía exploradora.(Tabla 15, gráficas 16 y 17).

De la indicación de cesárea en el primer grupo, a 11 pacientes se les realizó por ser iterativa, 7 por sufrimiento fetal, 4 por presentación pélvica, 6 por EHE IB, 11 por DCP, 1 por baja reserva fetal, 1 por prematuridad con ruptura de membranas, 5 por placenta previa, 3 por situación transversa, 1 por distoclia de partes blandas y 2 por cervix

desfavorable para inducción de trabajo de parto. En el segundo grupo a 1 paciente se le realizó cesárea iterativa, a 1 por SFA, a 1 por presentación pélvica, a 1 por EHE IB, a 1 por DCP, a 1 por situación transversa, 1 por antecedente de miomectomía y esterilidad, y a 1 por cervix desfavorable para conducción.(Tabla 16, gráfica 18).

De las 42 pacientes a las que se les realizó legrado uterino ,en el primer grupo, en 11 la indicación fue huevo muerto retenido, 27 por aborto incompleto, 1 por aborto inevitable, 2 por aborto incompleto séptico, 1 por enfermedad trofoblástica gestacional, en el 2º grupo de las 8 pacientes a las que se les realizó legrado uterino ,a 2 se les realizó por huevo muerto retenido, a 4 por aborto incompleto, 1 por enfermedad trofoblástica gestacional y a 1 por embarazo anembrionario. A las 7 pacientes del primer grupo a quienes se les realizó laparotomía exploradora la indicación fue embarazo ectópico roto en todas. En el segundo grupo a las que se les practicó laparotomía exploradora, se les realizó histerectomía.(Tabla 17, gráficas 19, 20, 21).

Las complicaciones en el puerperio fueron: en el primer grupo , dos pacientes con restos placentarios, 2 Sx de HELLP, 2 con EHE IB, 2 con deciduitis e infección de herida quirúrgica, 1 con deciduitis, 1 con infección de herida quirúrgica y 1 con sx febril secundario a infección de vías urinarias. En el segundo grupo solo 1 paciente presentó deciduitis y 1 infección de herida quirúrgica.(Tabla 18).

En cuanto a días de estancia hospitalaria en el primer grupo 172 pacientes estuvieron entre 1 a 3 días, 9 de 4 a 6, y 12 más de 7 días, en el segundo grupo 16 pacientes permanecieron hospitalizadas de 1 a 3 días, 3 de 4 a 6 días y 2 más de 7 días. (Tabla 19).

En la valoración de la edad gestacional por Capurro otorgada por los pediatras, 1 producto fué de 21 a 27 semanas, 15 de 28 a 36 sem, 124 de 37 a 41 sem., 4 de más de 41 semanas, en el primer grupo. En el segundo grupo 3 fueron entre 28 a 36 sem., 10 entre 37 a 41 sem., y ninguno en los otros rangos. (Tabla 20, gráfica 22). De los productos del primer grupo 67 fueron de sexo femenino, 77 de sexo masculino. En el segundo grupo 6 productos fueron femeninos y 7 masculinos.(Tabla 21, gráficas 23 a 26).

De los productos en 4 el peso estuvo entre 500 a 1499 grs, 20 entre 1500 a 2499, 111 entre 2500 a 3800 grs y 9 de más de 3800 grs, en el primer grupo, en el segundo grupo hubo 1 producto entre 500 a 1499 grs, 1 entre 1500 a 2499 grs, 8 entre 2500 a 3800 grs y 3 de más de 3800 grs.(Tabla 22, gráficas 27 a 30).

El Apgar otorgado a los productos de primer grupo al minuto fué en 14 entre 0 y 3, en 9 entre 4 y 6, 121 entre 7 a 10, en el segundo grupo el Apgar al minuto de 0 a 3 fué en 2 productos, en 1 de 4 a 6, en 10 fué de 7 a 10.(Tabla 23, gráficas 31 y 32). El Apgar a los 5 minutos en el 1º grupo fué de 0 a 3 en 8 niños, de 4 a 6 en 5, e 7 a 10 en 131 productos. En el segundo grupo no hubo ningún apgar de 0 a 3, 2 de 4 a 6 y 10 de 7 a 10.(Tabla 24, gráfica 33 y 34).

De las complicaciones neonatales en el primer grupo hubo 4 niños con asfixia, 4 prematuros, 6 con insuficiencia respiratoria, 2 con luxación congénita de cadera, en el 2º grupo hubo un prematuro, 1 con fractura de clavícula por distocia de hombros, dos con hipoglucemia, 1 con cardiopatía congénita.(Tabla 25, gráfica 35).

De los productos nacidos en el primer grupo 133 egresaron vivos y 11 muertos, de los cuales 5 fueron muertes neonatales y 6 fetales, del segundo grupo 11 egresaron vivos y 2 muertos, 1 muerte fetal y 1 neonatal.(Tabla 26, gráficas 36 y 37).

TABLA Y GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN DEL MEDIO SOCIOECONÓMICO POR GRUPO DE EDAD		
Medio Socioeconómico	E D A D	
	De 35 a 40 Años	De 41 a 45 Años
Bajo	149	18
Medio	43	3
Alto	1	0
TOTAL	193	21

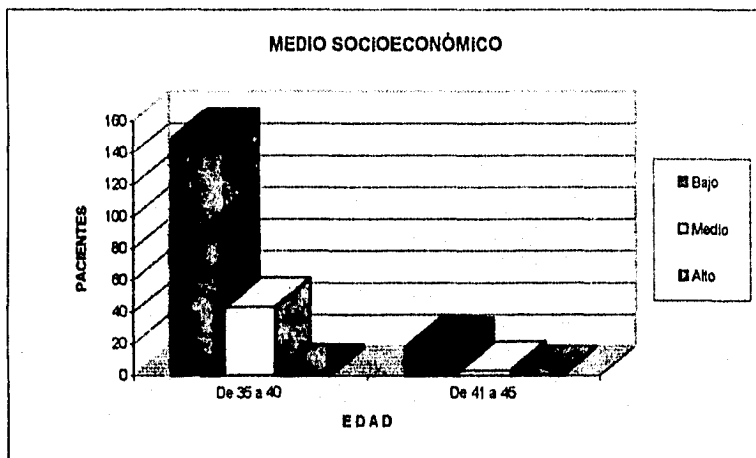


TABLA Y GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN DE ESCOLARIDAD POR GRUPO DE EDAD		
ESCOLARIDAD	E D A D	
	De 35 a 40 Años	De 41 a 45 Años
Ninguna	15	4
Menos Primaria	22	4
Primaria	104	8
Secundaria	37	4
Preparatoria	9	0
Profesional	6	1
Total	193	21

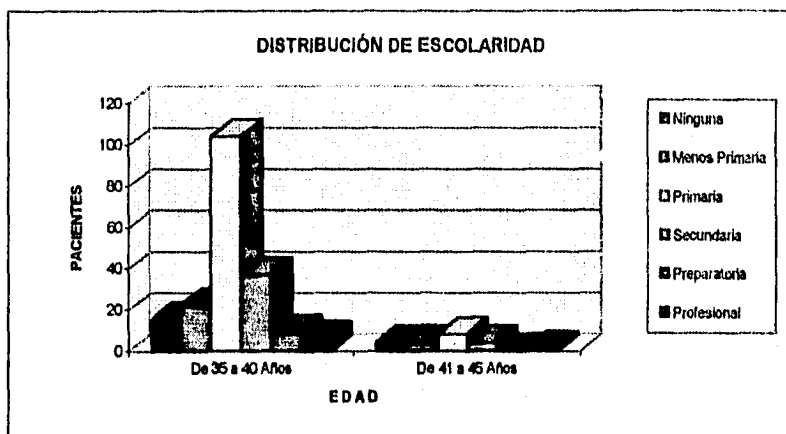


TABLA Y GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN DE ESTADO CIVIL POR GRUPO DE EDAD		
ESTADO CIVIL	De 36 a 40 Años	De 41 a 45 Años
Casada	120	14
Soltera	24	1
Unión Libre	48	8
Divorciada	3	0
Total	193	21

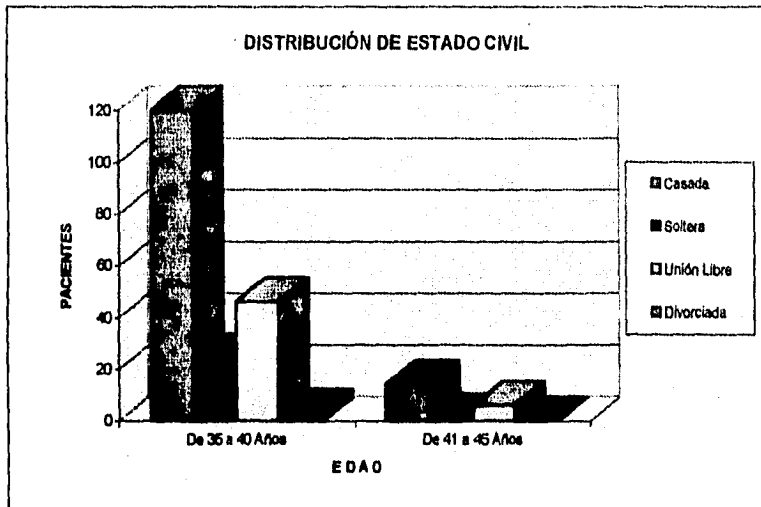


TABLA Y GRÁFICA 4

DISTRIBUCIÓN DE GRAVIDEZ POR GRUPO DE EDAD		
GESTA	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
1 - 2	42	2
3 - 4	50	3
5 ó +	92	16
TOTAL	193	21

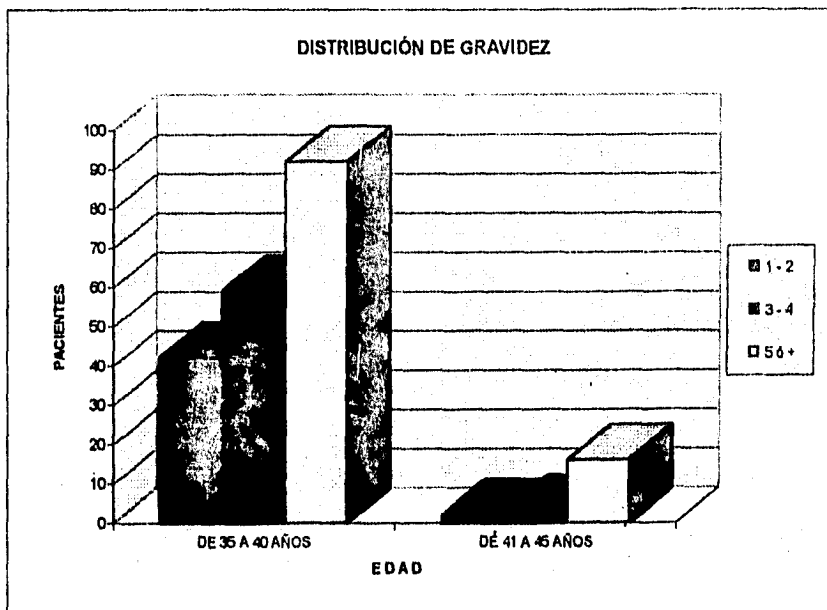


TABLA Y GRÁFICA 5

DISTRIBUCION DE PARIDAD POR GRUPO DE EDAD		
PARA	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
. 0	50	3
1 - 2	47	2
3 - 4	53	8
5 ó +	43	10
TOTAL	193	21

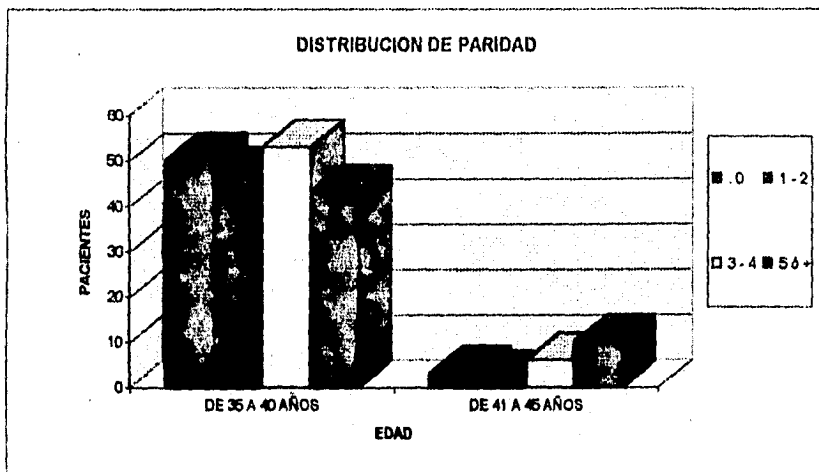


TABLA Y GRÁFICA 6

DISTRIBUCIÓN DE ABORTOS POR GRUPO DE EDAD		
ABORTOS	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0	127	11
1-2	59	8
3-4	7	2
5 ó +	0	0
TOTAL	103	21

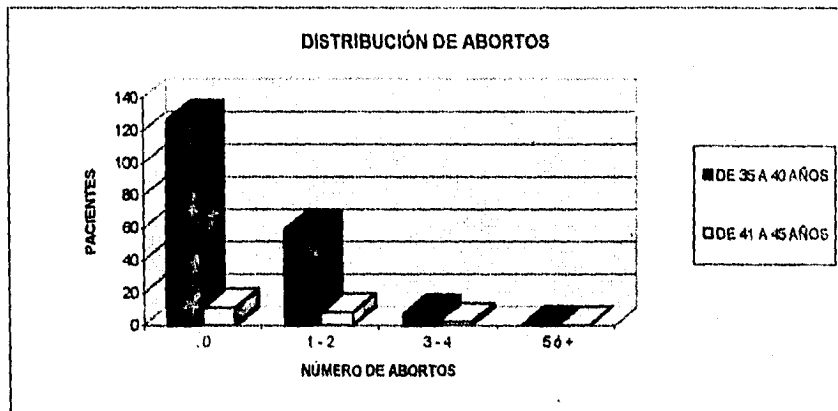


TABLA Y GRÁFICA 7

DISTRIBUCIÓN DE CESÁREAS POR GRUPO DE EDAD		
CESÁREA	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0	144	20
1-2	47	1
3-4	2	0
5 ó +	0	0
TOTAL	193	21

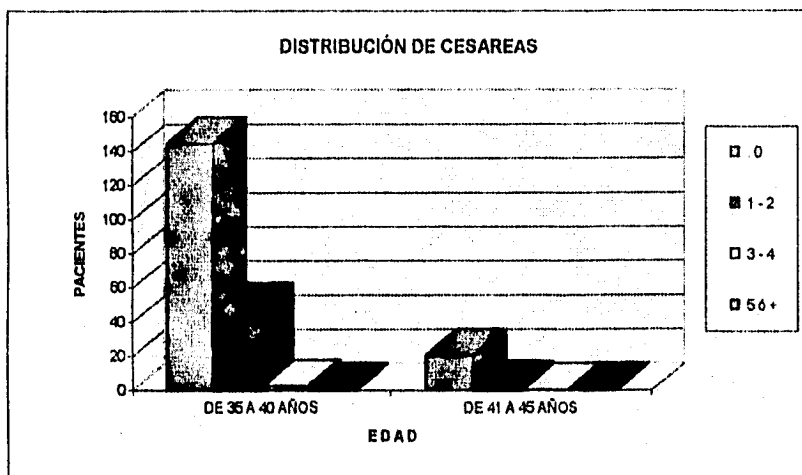


TABLA Y GRÁFICA 8

DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO POR GRUPO DE EDAD

ECTÓPICO	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0	191	21
1 - 2	2	0
TOTAL	193	21

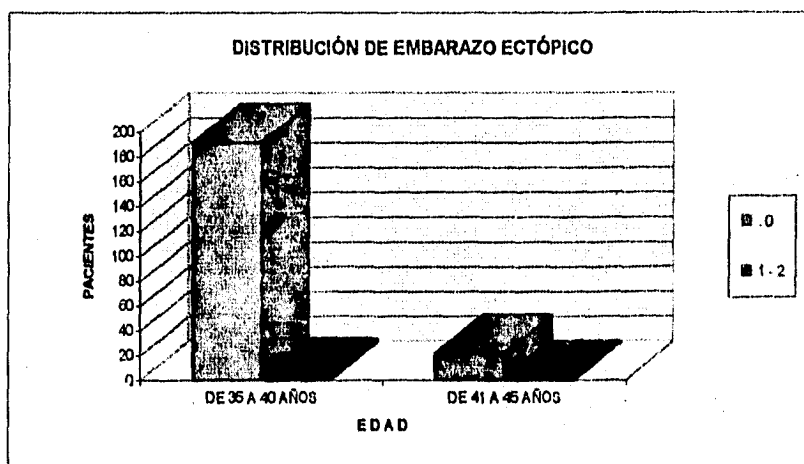


TABLA Y GRÁFICA 9

DISTRIBUCIÓN DE CONTROL PRENATAL POR GRUPO DE EDAD		
CONTROL	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
SI	93	7
NO	100	14
TOTAL	193	21

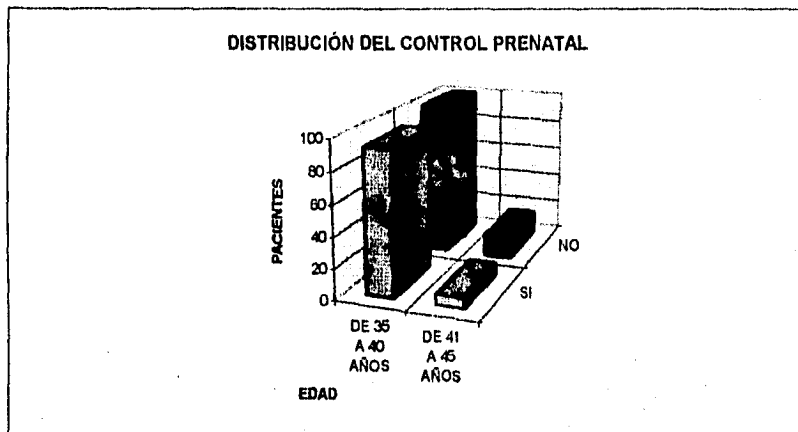


TABLA Y GRÁFICA 10

DISTRIBUCIÓN DE EDAD GESTACIONAL GRUPO DE EDAD		
SEMANAS	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0 - 20	49	10
21 - 27	2	0
28 - 36	19	3
37 - 41	111	8
+ 41	12	0
TOTAL	193	21

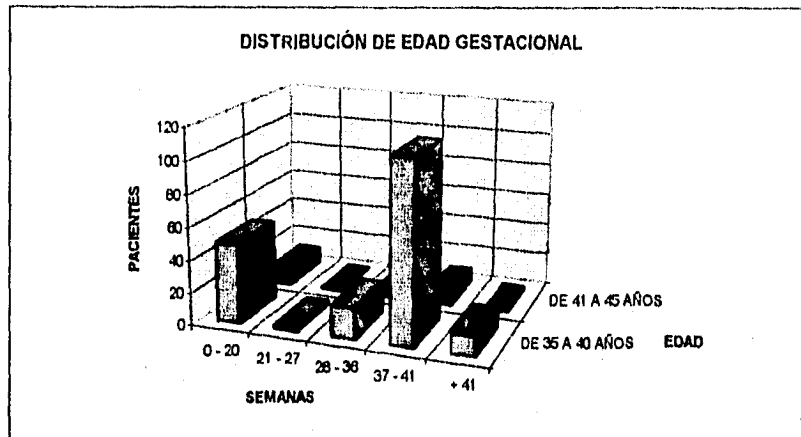


TABLA 11

COMPLICACIONES MATERNAS POR GRUPO DE EDAD		
	EDAD	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
NINGUNA	164	16
ABDOMEN AGUDO	3	0
E.H.E.	22	3
CARDIOPATIA REUMATICA	1	0
CHOQUE HIPOVOLEMICO	3	0
DIABETES GESTACIONAL	3	4
SINDROME DE HELLP	1	0
RPM	21	4
POLIHIDRAMNIOS	2	0
APP	1	0
PLACENTA PREVIA	6	0
OBITO	6	1
ABORTO SEPTICO	1	0
CRISIS CONVULSIVAS	1	0
ESQUIZOFRENIA	1	0
HIPOTENSION	1	0
COLECISTITIS	1	0
EDEMA VULVAR	1	0
INCOMPETENCIA-ISMICO CERVICAL	1	0
TOTAL	240	28

GRÁFICA 11

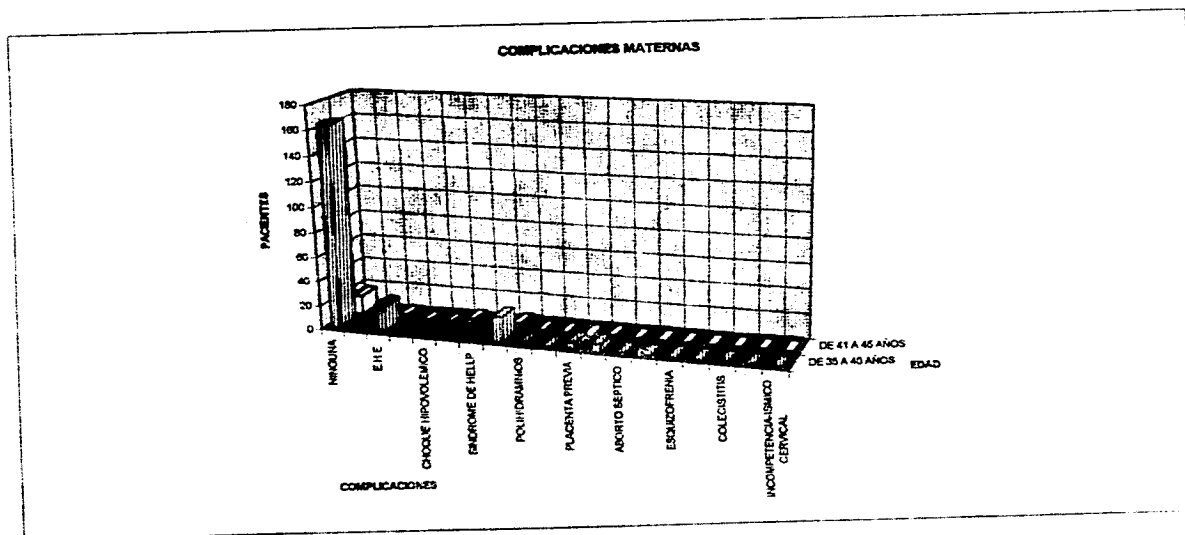
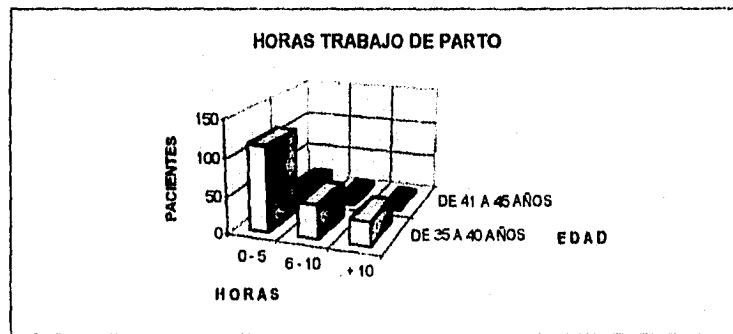
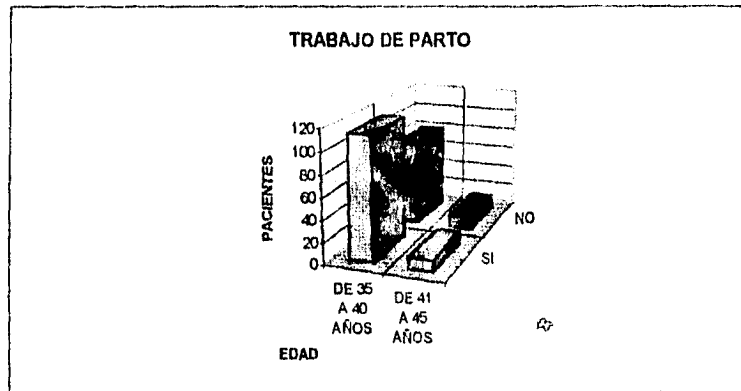


TABLA 12

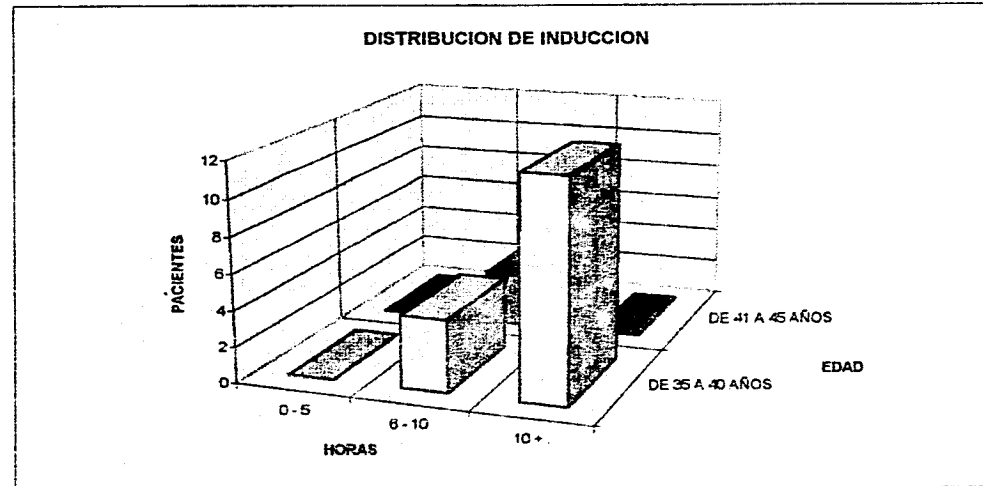
DISTRIBUCIÓN DE TRABAJO DE PARTO POR GRUPO DE EDAD					
EDAD	TRABAJO DE PARTO		HORAS		
	SI	NO	0 - 5	6 - 10	+ 10
DE 35 A 40 AÑOS	114	79	115	46	32
DE 41 A 45 AÑOS	10	11	15	5	1
TOTAL	124	90	130	51	33



GRÁFICA 12 Y 13

TABLA 13

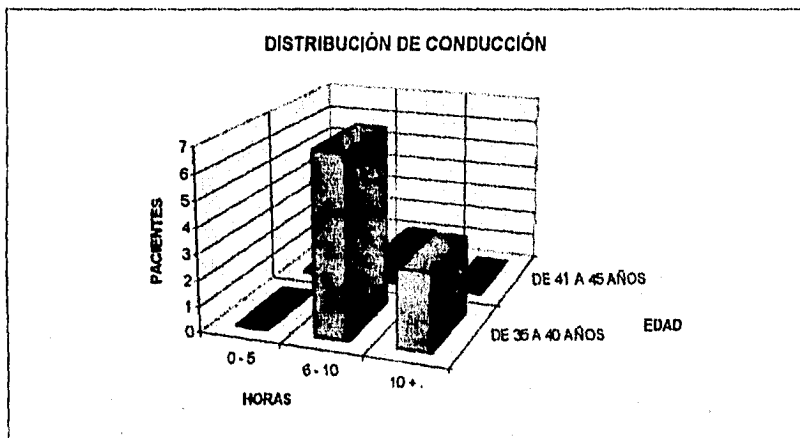
DISTRIBUCIÓN DE INDUCCIÓN POR GRUPO DE EDAD			
HORAS	EDAD		TOTAL
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS	
0 - 5	0	0	0
6 - 10	4	3	7
10 +	12	0	12
TOTAL	16	3	19



GRÁFICA 14

TABLA 14

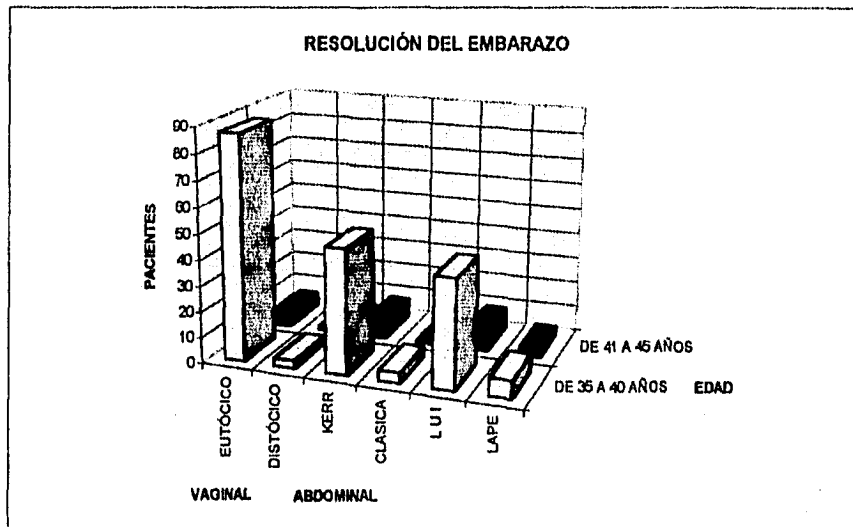
HORAS	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0 - 5	0	0
6 - 10	7	1
10 +	3	0
TOTAL	10	1



GRÁFICA 15

TABLA 15

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO POR GRUPO DE EDAD DE 35 A 40 AÑOS						
RESOLUCIÓN	VAGINAL		ABDOMINAL		LUI	LAPE
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	KERR	CLASICA		
DE 35 A 40 AÑOS	87	3	48	4	42	7
DE 41 A 45 AÑOS	5	1	7	0	8	3
TOTAL	92	4	55	4	50	10



GRÁFICA 16

GRÁFICA 17

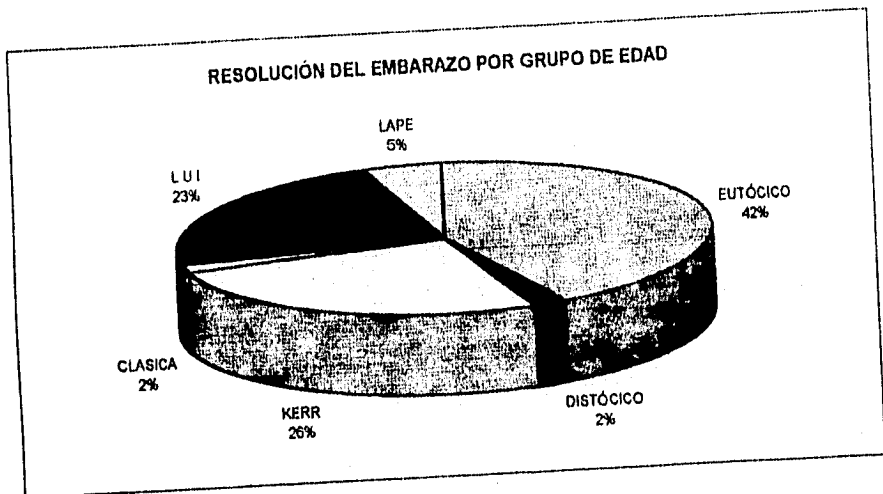


TABLA 16

INDICACIÓN DE CESÁREA POR GRUPO DE EDAD		
INDICACIÓN	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
ITERATIVA	11	0
SFA	7	1
PRESENTACIÓN PELVICA	4	1
EHE-IB	6	1
DCP	11	1
BAJA RVA FETAL	1	0
PRETERMINO-RPM	1	0
PLACENTA PREVIA	5	0
SITUACIÓN TRANSVERSA	3	1
DISTOCIA PARTES BLANDAS	1	0
PRETERMINO MIOECTOMIA ESTERILIDAD	0	1
CERVIX DESFAVORABLE	2	1
TOTAL	52	7

GRÁFICA 18

INDICACIÓN DE CESÁREA

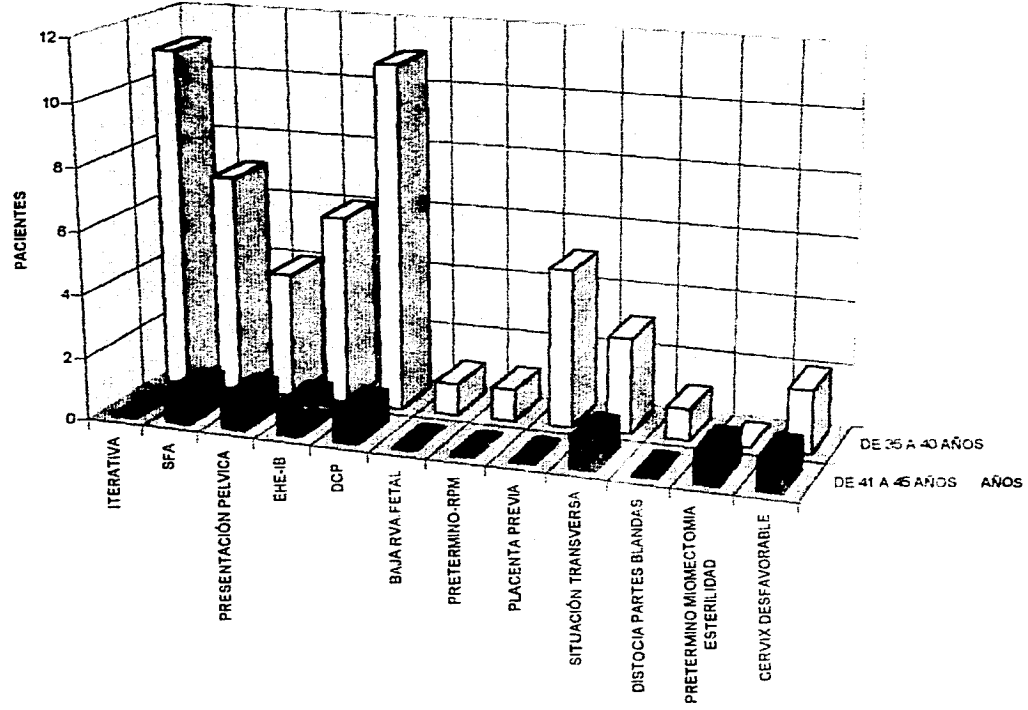
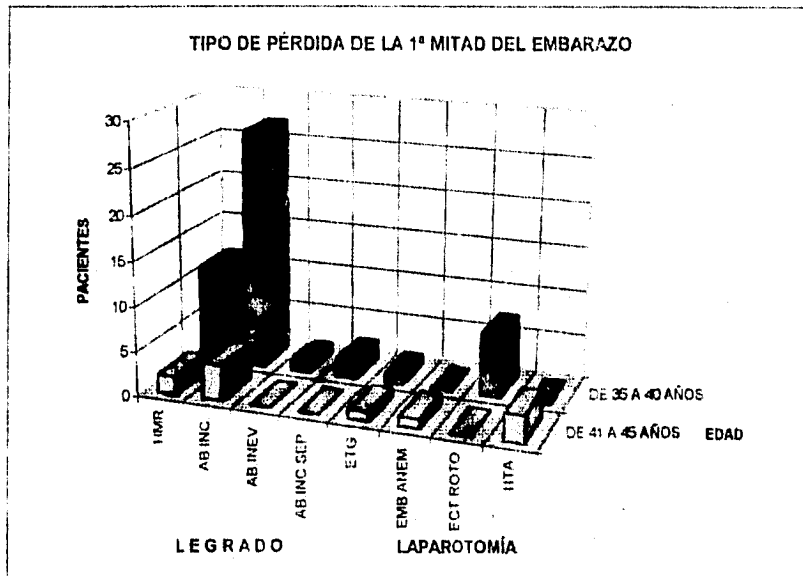


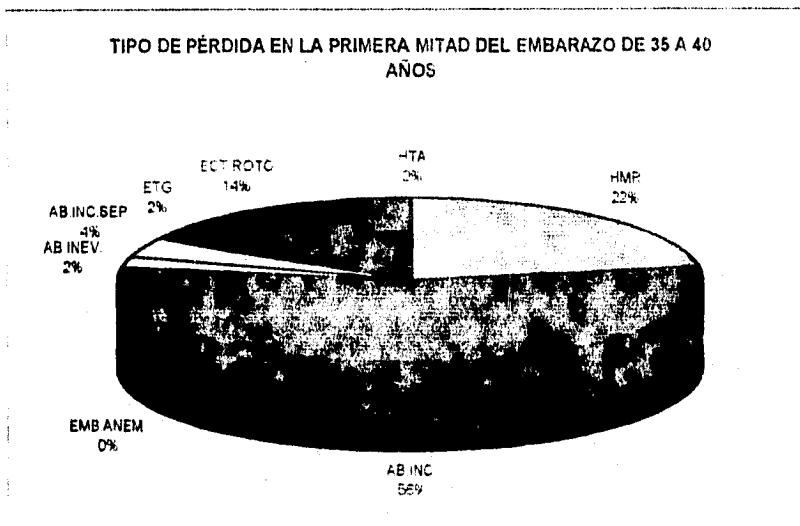
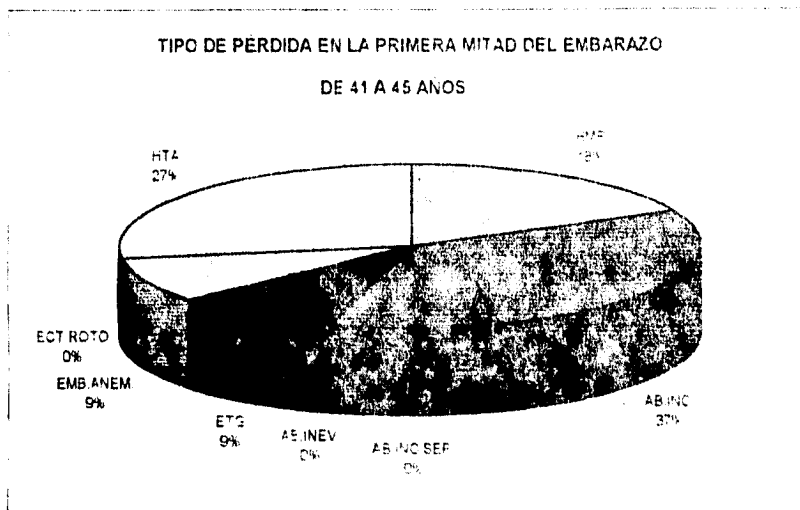
TABLA 17

TIPO DE PERDIDA DE LA 1ª MITAD DEL EMBARAZO POR GRUPO DE EDAD	E D A D	
	DE 41 A 45 AÑOS	DE 35 A 40 AÑOS
	HMF	2
AB INC	4	27
AB INEV	0	1
AB INC SEP	0	2
ETG	1	1
EMB ANEM	1	0
ECT ROTO	0	7
HTA	3	0
TOTAL	11	49



GRÁFICA 19

GRÁFICA 20



GRÁFICA 21

TABLA 18

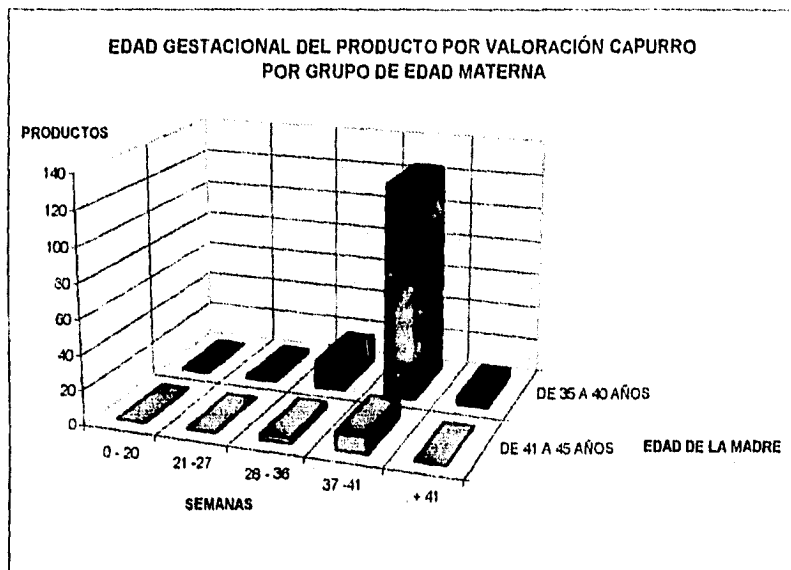
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO POR GRUPO		
	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
RESTOS PLACENTARIOS	2	0
SX. HELLP	2	0
EHE-IB	2	0
DECIDUITIS INFECCIÓN HxQx	2	0
DECIDUITIS INFECCIÓN HxQx	1	1
SX.FEBRIL	1	0
TOTAL	11	2

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR GRUPO DE EDAD		
DIAS	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
1 - 3	172	16
4 - 6	9	3
+ 7	12	2
TOTAL	193	21

TABLA 19

TABLA 20

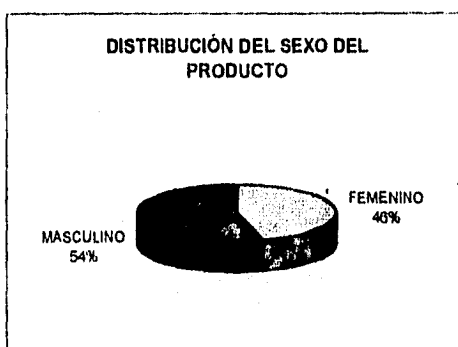
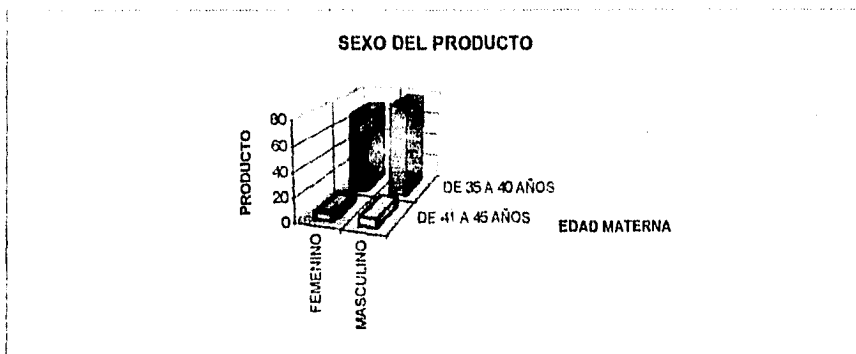
EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO POR VALORACIÓN CAPURRO POR GRUPO DE EDAD MATERNA		
SEMANAS	E D A D	
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0 - 20	0	0
21 - 27	1	0
28 - 36	15	3
37 - 41	124	10
+ 41	4	0
TOTAL	144	13



GRÁFICA 22

TABLA 21

SEXO DEL PRODUCTO POR GRUPO DE EDAD MATERNA			
SEXO	DE 41 A 45 AÑOS	DE 35 A 40 AÑOS	TOTAL
FEMENINO	6	67	73
MASCULINO	7	77	84
TOTAL	13	144	157



GRÁFICA 23 Y 24

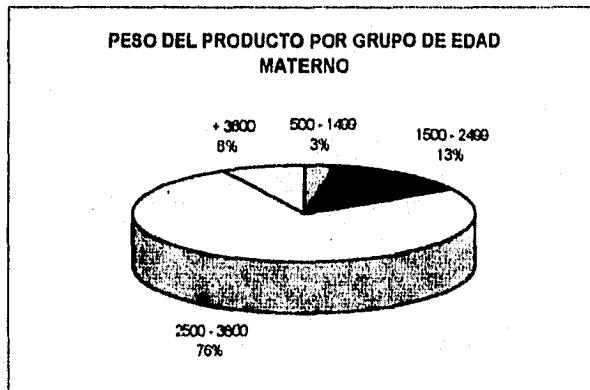
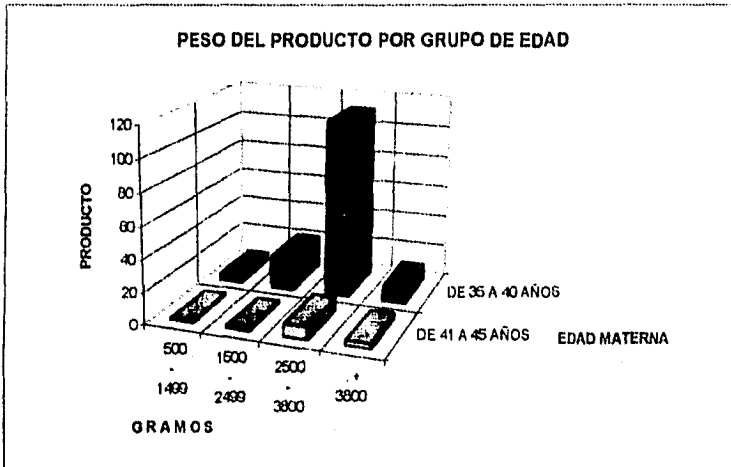
GRÁFICA 25



GRÁFICA 26

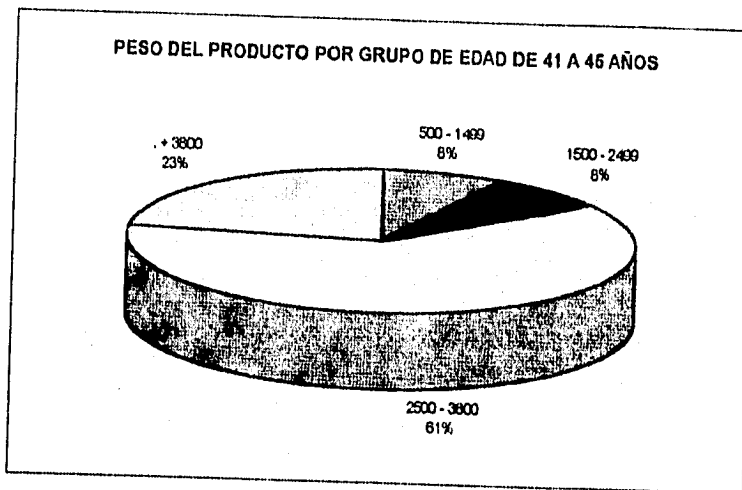
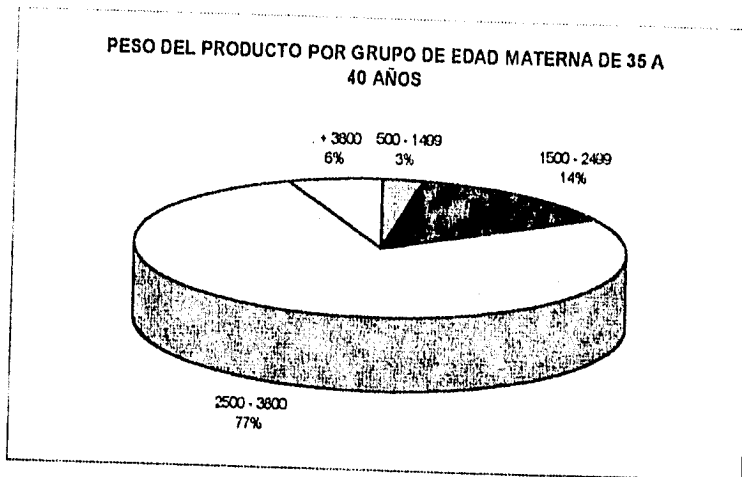
TABLA 22

PESO DEL PRODUCTO POR GRUPO DE EDAD MATERNO		
GRAMOS	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
500 - 1499	4	1
1500 - 2499	20	1
2500 - 3800	111	8
+ 3800	9	3
TOTAL	144	13



GRÁFICA 27 Y 28

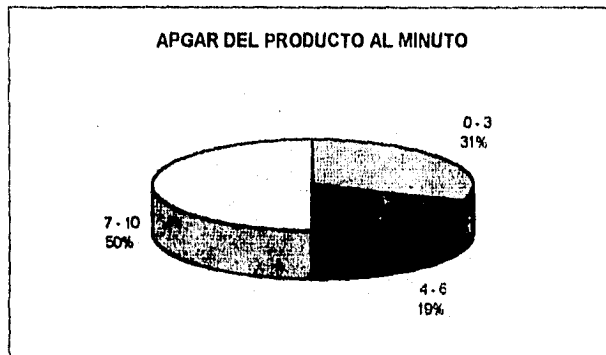
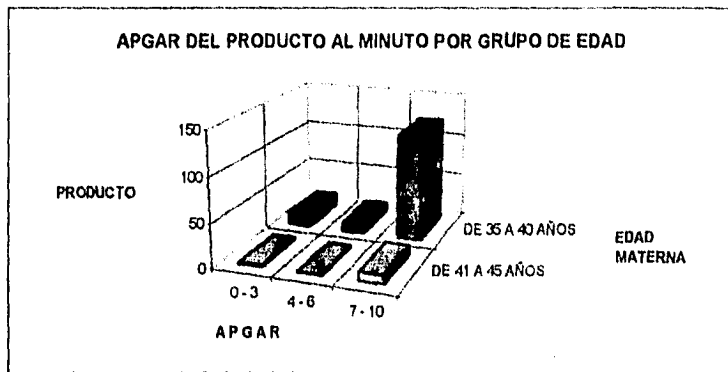
GRÁFICA 29



GRÁFICA 30

TABLA 23

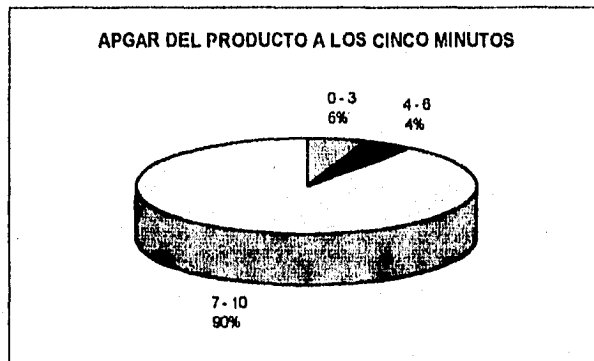
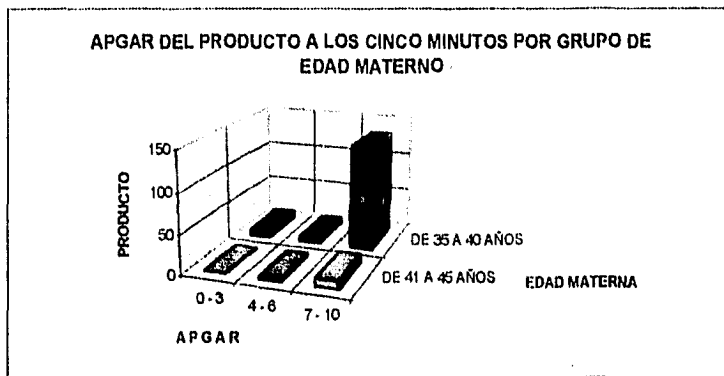
APGAR DEL PRODUCTO AL MINUTO POR GRUPO DE EDAD MATERNO		
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0 - 3	14	2
4 - 6	9	1
7 - 10	121	10
TOTAL	144	13



GRÁFICA 31 Y 32

TABLA 24

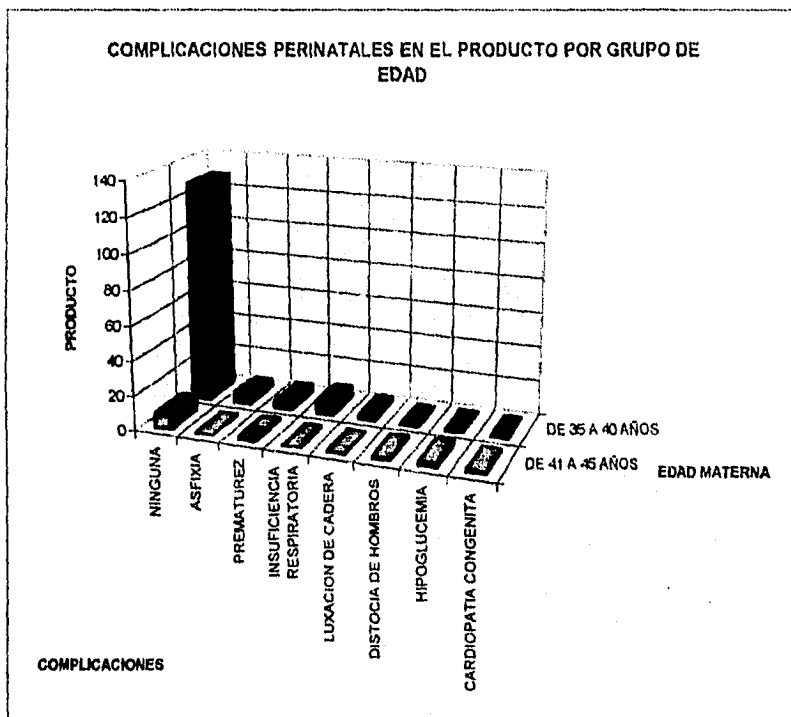
APGAR DEL PRODUCTO A LOS 5 MINUTOS POR GRUPO DE EDAD MATERNO		
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
0 - 3	8	1
4 - 6	5	2
7 - 10	131	10
TOTAL	144	13



GRÁFICA 33 Y 34

TABLA 25

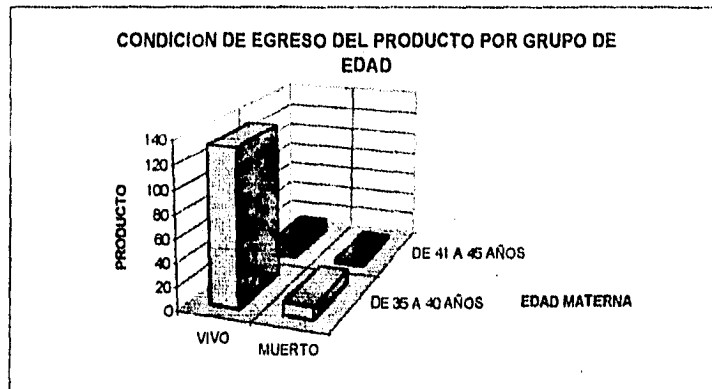
COMPLICACIONES PERINATALES EN EL PRODUCTO POR GRUPO DE EDAD MATERNO		
COMPLICACION	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
NINGUNA	128	0
ASFIXIA	4	0
PREMATUREZ	4	1
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	6	0
LUXACION DE CADERA	2	0
DISTOCIA DE HOMBROS	0	1
HIPOGLUCEMIA	0	2
CARDIOPATIA CONGENITA	0	1
TOTAL	144	13



GRÁFICA 35

TABLA 26

CONDICION DE EGRESO DEL PRODUCTO POR GRUPO DE EDAD		
	DE 35 A 40 AÑOS	DE 41 A 45 AÑOS
VIVO	133	11
MUERTO	11	2
TOTAL	144	13



GRÁFICA 36 Y 37

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Durante el período comprendido entre el 1º de enero 1994 al 31 de diciembre de 1994 , ingresaron a la Unidad Tocoquirúrgica del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México , 3523 pacientes , cuyo motivo de ingreso fué la resolución de un evento,obstétrico , de las cuales 214 pacientes tenían 35 años ó más, lo que represento un 6%, de la población total atendida, que traduce una baja proporción, sobre todo si se toma en cuenta que este Hospital es una unidad de concentración de tercer nivel.

Se ha hecho referencia a la edad materna avanzada como un factor de riesgo durante el embarazo y su resolución, en nuestros resultados encontramos que un gran porcentaje de mujeres que se embarazan en edades tardías, se encuentran entre 35 a 40 años de edad representando el 90% de nuestra población total y que solo un 10% corresponde a una edad mayor de 41 años. Observamos que el 78% de la población total corresponde a un nivel socioeconómico bajo, que el 73 % tiene un grado máximo de escolaridad primaria, que el 82.6% es casada y el 24.2% vive en unión libre, el 50.4% tienen antecedente de 5 ó más embarazos, que el 24.7% correspondió a mujeres primigestas y que existía el antecedente de partos vaginales en el 75.2%, con antecedentes de abortos previos en un 35.8% de las pacientes, que existía el antecedente de cesárea en el 23.3%, existiendo solo antecedente de embarazo ectópico en el 0.9%, que solo hablan tenido control prenatal el 47.1 % de las pacientes, por lo que podemos concluir que dadas las características de nuestra población , la poca escolaridad y la escasez de recursos llevan al desconocimiento de métodos de anticoncepción(a pesar de que en nuestro país existe un programa gratuito) , gran porcentaje de mujeres en esta edad tienen una pareja (86.8%), lo que hace presuponer la gran paridad así como la falta de asistencia prenatal, muchas veces por ignorancia ó porque cuentan con el antecedente de embarazos normoevolutivos y partos eutócicos. (75.2%).

De la población total (n= 214) , el 57.9 % presentó trabajo de parto de las cuales solo el 8.8% ameritaron inducción con oxitocina,y el 5.1 % conducción.

En cuanto a la resolución del embarazo encontramos que, el 44.8 % tuvo parto vaginal, 28 % nacimiento por cesárea, el 23 % legrado uterino y al 5% se le realizó laparotomía. Comparando estos resultados con los reportados por la literatura en donde se reporta un índice de cesárea para mujeres mayores de 35 años, de 26.3 % a 28.5%, podemos inferir que nuestro índice se encuentra dentro de este.; reportándose de 18 % a 25.5% para mujeres de entre 20 a 34 años.(9).

La diferencia que encontramos en lo referente a la vía de resolución por cesárea comparado con la literatura es sólo la indicación ya que en nuestro estudio encontramos que la indicación más frecuente la constituyen la cesárea iterativa y la desproporción cefalopelvica en un 38.9 %.

El tipo de pérdida en la primera mitad del embarazo reportado en la literatura es del 15 al 20% para el aborto espontáneo en todas sus modalidades, en nuestro estudio encontramos que correspondió a un 23% cifra que esta por arriba de lo reportado, lo que se puede documentar por la existencia de una mayor frecuencia en mujeres mayores de 41 años y que como sabemos existe un deterioro del ovocito conforme avanza la edad, y la causa más frecuente de aborto lo constituyen las alteraciones cromosómicas, las cuales no podemos afirmar porque no contamos con estudio genético.(52.3 %).

En cuanto a las complicaciones maternas encontramos que el 11.6% presentó enfermedad hipertensiva asociada a embarazo en alguna de sus modalidades, comparado con lo reportado por la literatura que es de 5 a 15%, nuestra población no presenta un riesgo mayor comparado con la población de menos de 34 años. Sin embargo si encontramos una mayor frecuencia en el desarrollo de Diabetes Gestacional siendo de 1.5% para las mujeres de 35 a 40 años incrementándose en forma alarmante hasta 19%, para las mujeres de 41 años ó más, siendo el reporte de la literatura de 3 a 12%.

En cuanto a complicaciones obstétricas, la más frecuente fué la ruptura prematura de membranas en un 11.6 %, seguida por placenta previa que se encontró en un 2.8 % siendo una cifra alta en relación a lo reportado por la literatura que es de 0.5%, con

respecto a la población menor de 34 años.. aunque similar para la población de más de 35 años (3.2 %).(3).

Las complicaciones en el puerperio fueron las de tipo infeccioso como son deciduoendometritis, e infección de la herida quirúrgica.

El 76% de los productos fueron eutróficos, el 13% hipotróficos, y el 8% macrosómicos. no observándose lo reportado en lo que se refiere a un incremento en los productos de bajo peso.

Las complicaciones neonatales son las reportadas para los hijos de madres de menor edad, y principalmente se refieren a dificultad respiratoria secundaria a hipoxia. Curiosamente se presentó un incremento en la frecuencia del sexo siendo de 54% para el masculino y de 46% para el femenino.

En cuanto a la muerte neonatal se presentó en un 2.8 %, que está de acuerdo a las estadísticas internacionales en un porcentaje similar.

En conclusión podemos decir que la edad materna, debe considerarse como un factor de riesgo relativo, para patologías tales como Diabetes Gestacional, así como para pérdida del embarazo en la primera mitad, esto también puede estar ligado a factores propios e individuales de orden genético, así como al " envejecimiento" del ovocito.

Desafortunadamente, nuestro estudio corresponde a un hospital de concentración, por lo que no podemos generalizar, nuestras observaciones, sin embargo, podemos decir que debemos enfatizar en el control prenatal, ya que es mejor detectar las posibles complicaciones, tanto en la evolución del embarazo, como en el parto y el puerperio, para así evitar un desenlace fatal en el evento perinatal.

ESTR
SALIR DE LA
DE
BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFÍA

- 1 O'Really Ch, Cohen WR. Pregnancy in women aged 40 and older. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 1993; 20 (2):313-31.
2. Meaney FJ. Providers and consumers of prenatal genetic testing services. *Fetal Diagn Ther*. 1993; 8: 18-27.
3. Williams MA, Mittendorf R. Increasing maternal age as a determinant of placenta previa. More important than increasing parity?. *J Reprod Med*. 1993; 38:425 - 28.
4. Zhang J, Savitz DA. Maternal age and placenta previa: A population based, case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 1993; 168:641-45
5. Raymond EG, Cnattingius S, Kiely JL. Effects of maternal age, parity, and smoking on the risk of stillbirth. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994; 101:301-6.
6. Feldman GB. Prospective risk of stillbirth. *Obstet Gynecol*. 1992; 79: 547-53.
7. Tsu VD. Postpartum haemorrhage in Zimbabwe: a risk factor analysis. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993; 100:327-33.
8. Ales KL, Druzin ML, Santini DL. Impact of advanced maternal age on the outcome of pregnancy. *Surg Gynecol Obstet*. 1990; 171:209-16.

9. Mishell DR, Kirschbaum TH, Morrow CP : Year Book de Obstetricia y Ginecología.España:Hostenck 1994 175-176.
10. Niswander KR : Manual de Obstetricia.Diagnóstico y tratamiento 3a ed.México.DF.Salvat.1990 : 249-260.
11. Instituto Nacional de Perinatología : Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología.México. DF.INPER,1994 : 1-26.
12. Jasso L.:Neonatología Práctica.2a ed.México DF.Manual Modemo,1983 : 12-13.
13. Jasso GL, Muñoz HO.: Manual de procedimientos clínicos en pediatría.2a ed.México, DF .Francisco Mendez,1984 : 31-40.
14. Vargas LE, Maldonado AJ, Sosa GA.Epidemiología del alto riesgo materno Ginecología y Obstetricia de México.1986;54 : 79- 85.
- 15.Mendez RI, Namihira GD, Moreno AL : El protocolo de investigación.Lineamientos para su elaboración y analisis.2a ed.México, DF: Trillas, 1991 : 11-84.
16. De Canales FH, De Alvarado EL, Pineda EB : Metodología de la Investigación.Manual para el desarrollo de personal de Salud. 5a ed.México, DF : Limusa.1992 : 71-215.
17. Zorrilla AS, Torres XM: Guía para elaborar la tesis.2a ed.México, DF: McGraw-Hill,1993 . 84-90.