



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**"FRECUENCIA HOSPITALARIA DE INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE  
HEPATITIS C EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON AL  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ DURANTE EL PERIODO DEL 01/09/2020 AL  
31/12/2020"**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:  
DRA. NELLY ALEJANDRA GALINDO RODRÍGUEZ**

**ASESOR:  
DRA. CHANTAL JAQUELINE CÓRDOVA GALLARDO**

**CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO DE 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

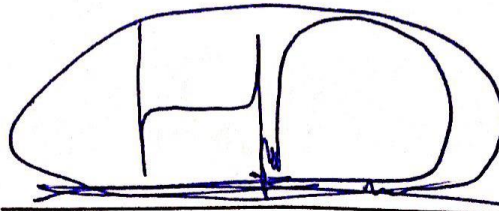
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

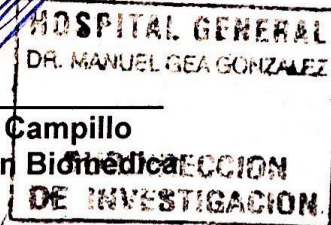
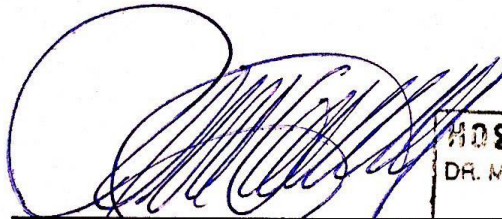
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**AUTORIZACIONES**



**Dr. Héctor Manuel Prado Calleros**  
**Director de Enseñanza e Investigación.**



**Dr. José Pablo Maravilla Campillo**  
**Subdirector de Investigación Biomédica**



**Dr. Jorge Román Audifred Salomón**  
**Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia**



**Dra. Chantal Jaqueline Córdova Gallardo**  
**Asesor metodológico y Médico Adscrito de la División de Hepatología**

Este trabajo de tesis con número de registro: 11-08-21 presentado por la Dra. Nelly Alejandra Galindo Rodríguez y se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis **DRA. CHANTAL JAQUELINE CÓRDOVA GALLARDO**, con fecha febrero de 2022 para su impresión final.



**Dr. José Pablo Maravilla Campillo**

**Subdirector de Investigación Biomédica**



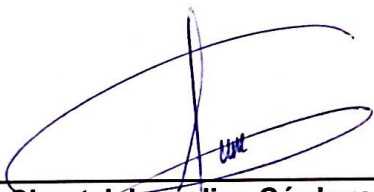
**Dra. Chantal Jaqueline Córdova  
Gallardo**

**Investigador Principal**

**"FRECUENCIA HOSPITALARIA DE INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE  
HEPATITIS C EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON AL  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ DURANTE EL PERIODO DEL 01/09/2020 AL  
31/12/2020"**

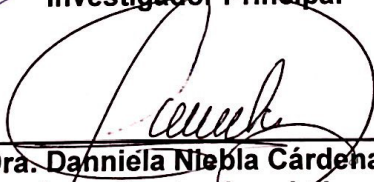
Este trabajo fue realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en la División de Ginecoobstetricia bajo la dirección de **Dra. Chantal Jaqueline Córdova Gallardo** con el apoyo de la **Dra. Danniela Niebla Cárdenas** y adscritos de la División quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

**COLABORADORES:**



---

**Dra. Chantal Jaqueline Córdova Gallardo**  
**Investigador Principal**



---

**Dra. Danniela Niebla Cárdenas**  
**Investigador Asociado**



---

**Dra. Nelly Alejandra Galindo Rodríguez**  
**Investigador Asociado Principal**

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo fue posible por la valiosa colaboración y dedicación de la Dra. Chantal Jaqueline Córdova Gallardo y la Dra. Danniela Niebla Cárdenas, además especial agradecimiento al Dr. Rafael Velázquez por la orientación para el análisis estadístico, a Aldo Jiménez y mi familia por acompañarme durante este proceso.

## ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. MATERIALES Y MÉTODOS
4. RESULTADOS
5. DISCUSIÓN
6. CONCLUSIÓN
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
8. FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICAS

## 1. RESUMEN

**Palabras clave:** hepatitis C; embarazo; cribado; frecuencia hospitalaria.

**Introducción:** La hepatitis C constituye un grave problema de salud pública que requiere atención prioritaria en el ámbito nacional e internacional. El cribado universal es recomendable respecto al selectivo por la ausencia de factores de riesgo conocidos en parte de la población infectada, hasta un 30% de las pacientes embarazadas cursan con infección por virus de Hepatitis C sin factores de riesgo asociados. En México no se realiza tamizaje para detección de infección por Virus de hepatitis C de forma rutinaria durante el control prenatal, y en nuestro hospital no se cuenta con un estudio que analice la frecuencia de presentación de dicha infección en población obstétrica.

**Objetivo general:** Describir la frecuencia hospitalaria de infección crónica por virus de hepatitis C en mujeres embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel GEA González durante el periodo del 01/09/2020 al 31/12/2020.

**Material y métodos:** mediante un diseño de estudio de tipo observacional descriptivo, retrolectivo y transversal se analizó la base de datos generada entre el 01/09/2020 y 31/12/2020 por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Resultados:** Se estudió la base de datos generada entre el 01/09/2020 y 31/12/2020 por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González donde se incluyeron 300 mujeres embarazadas con una edad promedio de 25.9 años y rango de edad de 16 a 47 años a quienes se les realizó prueba rápida de detección del virus de Hepatitis C.

De las pruebas realizadas se reportaron con resultado negativo para infección por Virus de Hepatitis C al total de las pacientes participantes, por lo que no fue posible determinar la frecuencia de infección por virus de hepatitis C en dicha población obstétrica.



**Conclusión:** En la revisión actual, ninguna de las pruebas informó infección materna por virus de Hepatitis C durante el período de estudio, sin embargo, algunos estudios con grupos más voluminosos de pacientes se han planteado la posibilidad de realizar un mejor tamizaje. Por lo que consideramos que se necesita contar con estudios que incluyan mayor número de pacientes antes de que los hallazgos basados en observaciones incompletas puedan utilizarse para asesorar a las mujeres embarazadas sobre el riesgo de infección por virus de hepatitis C.

## 2. INTRODUCCION

La hepatitis C es una enfermedad hepática causada por un virus RNA perteneciente a la familia Flaviviridae, género Hepacivirus, del que se conocen 7 genotipos y al menos 67 subtipos distintos. Este virus puede causar una infección tanto aguda como crónica cuyas manifestaciones pueden variar de síntomas leves hasta una enfermedad grave crónica (figura 1). Por lo general, la infección aguda es asintomática.<sup>13</sup>

Sin tratamiento aproximadamente el 15% de las personas infectadas eliminan espontáneamente el virus de Hepatitis C (VHC) dentro de los 6 meses posteriores a la infección.<sup>15</sup> Aquellos que no eliminan el virus lo albergan por el resto de sus vidas y desarrollan una infección crónica que representa la mayoría de la morbilidad y mortalidad asociadas al VHC, principalmente debido a cirrosis y a carcinoma hepatocelular.<sup>7</sup>

La infección por virus de Hepatitis C es bien conocida como un problema de salud pública internacional y es una de las primeras causas de mortalidad en los Estados Unidos.<sup>2</sup> Su epidemiología ha cambiado significativamente en la última década, con mayor frecuencia en adultos jóvenes de ambos sexos,<sup>7</sup> siendo las mujeres en edad reproductiva parte de este grupo poblacional.<sup>3</sup>

De manera rutinaria se realiza tamizaje en toda mujer embarazada para diferentes infecciones como virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de Hepatitis B (VHB) pero no para virus de hepatitis C (VHC).<sup>3</sup> Recientemente la Sociedad de Medicina Materno-fetal (SMFM) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia han propuesto el tamizaje para VHC sólo en población de riesgo, sin embargo, otros autores proponen un cribado universal.<sup>8</sup>

El tamizaje universal ha sido aceptado por la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y La Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (AASLD/IDSA) en el panel que se llevó a cabo entre dichas instituciones en mayo de 2018 debido a que el manejo oportuno que puede otorgarse a las pacientes infectadas y a sus recién nacidos ofrece un mejor pronóstico para ambos.<sup>6</sup>

Las estadísticas de la IDSA indican que aproximadamente 29 mil mujeres infectadas por el VHC dan a luz a 1700 infantes infectados por año y que 1.34% de las mujeres entre 15 y 44 años son seropositivas para anticuerpos del VHC sin mostrar diferencias en el patrón geográfico rompiendo con la creencia de que la prevalencia de infecciones por virus de hepatitis C es exclusiva de ciertas regiones geográficas y poblaciones específicas, con un notable aumento de las tasas de dicha infección en mujeres en edad reproductiva.<sup>2</sup>

Las razones por las que se propone realizar tamizaje universal para el VHC son, en primer lugar, porque el tamizaje basado en el riesgo no logra captar muchos casos de seropositividad, segundo, porque durante la visita médica en muchas ocasiones no se interroga acerca de los factores de riesgo o las pacientes no otorgan dicha información. Las estadísticas de 2017 de los Centros para Control de Enfermedades y Prevención (CDC) reportan que la detección de VHC en la población obstétrica es de 0.37%, mucho más baja que otros grupos poblacionales como pediátricos (1%) medicina de primer contacto (1.62%), infectología (6.57%) y gastroenterología (14.69%), lo que quiere decir que los obstetras no están tratando pacientes con infección por VHC o no se realiza un tamizaje adecuado; tercero, se considera que toda mujer adulta debería contar con una prueba de tamizaje para VHC por lo menos una vez en la vida, y es durante el embarazo cuando muchas de estas mujeres tienen un primer contacto médico así como regularmente la adherencia al tratamiento es mayor durante la gestación considerando la salud del futuro recién nacido; cuarto, el tamizaje es costo-efectivo si se incluye en el paquete de laboratorios solicitados durante el control prenatal y se puede recurrir al uso de pruebas rápidas disminuyendo los costos, reservando las pruebas confirmatorias para aquellas pacientes con resultado positivo. Por último, al conocer a aquellas pacientes seropositivas se pueden evitar intervenciones obstétricas que aumenten el riesgo de infección para el neonato y ofrecer el mejor tratamiento para los recién nacidos infectados.<sup>14</sup>

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

mediante un diseño de estudio de tipo observacional descriptivo, retrolectivo y transversal se analizó la base de datos generada entre el 01/09/2020 y 31/12/2020 por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Para el presente estudio se recabó la información incluida en la base de datos ya mencionada donde se incluyeron pacientes a quienes se les realizó prueba rápida para virus de hepatitis C (Prueba ADVANCED QUALITY InTEC PRODUCTS Detección rápida de hepatitis C reg. 3095R2013SSA, prueba validada internacionalmente y aprobada por la SSA como prueba rápida de escrutinio de VHC).

#### **Análisis Estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central de la población de estudio. Se utilizó el software SPSS versión 25 (IBM®). Se categorizaron las variables cuantitativas y cualitativas. En el primer caso se realizó una prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar la normalidad de la muestra de las variables cuantitativas de edad materna y semanas de gestación.

En ambos casos se obtuvo un valor de  $p < 0.001$  de ambas pruebas por lo que se rechaza la hipótesis nula de que es una distribución normal, así mismo la asimetría de la curva en el caso de edad materna fue positiva (.501) y negativa (-0.594) en la variable de semanas de gestación, por lo que en ambos casos se prefiere usar la mediana para representar la medida de tendencia central que refleje mejor la distribución de los datos.

En la prueba de chi cuadrada, el valor de  $p < 0.001$  obtenido en la comparación de las variables categóricas de edad materna y número de embarazos mostró una diferencia estadísticamente significativa. Mostrando una distribución de los casos de pacientes primigestas de predominio en pacientes menores de 19 años, mientras que, en el grupo etario, predominan las pacientes multigestas en el grupo de 19-35 años y en el grupo de más de 35 años.

El resto de las variables no pudieron compararse debido a que el recuento esperado de la frecuencia por grupos fue menor que 5.

#### 4. RESULTADOS

Se estudió la base de datos generada entre el 01/09/2020 y 31/12/2020 donde se incluyeron a 300 mujeres embarazadas con una edad promedio de 25.9 años y rango de edad de 16 a 47 años, de las cuales 23.33% corresponde a mujeres menores de 19 años o embarazo adolescente, destacando el importante problema de salud pública que esto implica en la actualidad.

En cuanto a las variables categóricas de edad materna y número de embarazos se encontró una diferencia estadísticamente significativa ya que la distribución de los casos de pacientes primigestas fue de predominio en pacientes menores de 19 años, mientras que, en el grupo etario, predominan las pacientes multigestas en el grupo de 19-35 años y en el grupo de más de 35 años.

Un 99% de los embarazos correspondieron a embarazo de feto único y solo 1% a embarazo gemelar, lo que no señala este último es poco común en nuestro medio de segundo nivel de atención hospitalaria.

Dentro del análisis del número total de embarazos nos encontramos con que el 42.67% cursaban su primera gesta mientras que 57.33% correspondía al grupo de pacientes multigestas.

Predominaron las pacientes con antecedente de resolución del embarazo vía vaginal 23% versus la vía abdominal 16%, dato que apoya la iniciativa hacia la reducción de la frecuencia de operación cesárea.

Respecto al antecedente de aborto 17.67% habían presentado un aborto y 1% hasta tres abortos, sin embargo, no se interrogó el tipo de tratamiento, es decir, médico o quirúrgico. 2.33% de las pacientes refirieron un embarazo ectópico y 0.33% embarazo molar, también sin especificar tipo de manejo ya que no formaron parte de los datos solicitados durante la campaña de detección de infección por virus de hepatitis C.

De las pruebas realizadas se reportaron como negativas al total de las pacientes participantes, por lo que no se obtuvieron resultados positivos a infección por virus de hepatitis C.

El resto de las variables no pudieron compararse debido a que el recuento esperado de la frecuencia por grupos fue menor que 5.

## **5. DISCUSIÓN**

La hepatitis C constituye un grave problema de salud pública que requiere atención prioritaria en el ámbito nacional e internacional. Esto ha contribuido a desarrollar medidas de tamizaje para las poblaciones de riesgo, sin embargo, las pacientes obstétricas que no pertenecen a estos grupos no son parte de la detección temprana de dicha infección, y de ser positiva, ocasiona problemas de salud importantes tanto para la madre como para el recién nacido. El diagnóstico precoz puede prevenir problemas de salud derivados de la infección y también la transmisión del virus.

Se ha reportado que más del 30% de las pacientes embarazadas que cursan con infección por VHC no se pudo detectar ningún factor de riesgo asociado, premisa que apoya que un cribado selectivo puede no identificar a las pacientes que desconocían su infección. El cribado universal es recomendable respecto al selectivo por la ausencia de factores de riesgo conocidos en parte de la población infectada, la determinación de anticuerpos específicos en todas las gestantes permite detectar la infección por el VHC de una forma sencilla y con bajo costo y porque permite realizar una adecuada prevención secundaria.

En general, en México no se realiza tamizaje para detección de infección por Virus de hepatitis C de forma rutinaria durante el control prenatal, se considera se deben implementar estrategias efectivas y acciones automatizables encaminadas mejorar el estudio de cada paciente, garantizar una atención adecuada e intervención oportuna para ella y el neonato, mejorando los resultados maternos y fetales para la población portadora de infección por Virus de Hepatitis C.

## **6. CONCLUSIÓN**

En la revisión actual, ninguna de las pruebas informó infección materna por virus de Hepatitis C durante el período de estudio, sin embargo, algunos estudios con grupos más voluminosos de pacientes se ha planteado la posibilidad de realizar un mejor tamizaje, pero se necesita contar con más pruebas antes de que los hallazgos basados en observaciones incompletas puedan utilizarse para asesorar a las mujeres embarazadas sobre el riesgo de infección por virus de hepatitis C.

Consideramos que el factor de realización de este protocolo con la base de datos recabada durante el periodo del 01/09/20 al 31/12/20 mismo año en el que trascurrió la pandemia por COVID-19 influyó en la cantidad de pacientes que acudieron a toma de prueba rápida debido a la disminución en la afluencia hospitalaria.

De los datos analizados se pudieron obtener estadísticas generales que resaltan problemas de salud pública relacionados con el embarazo como son una elevada tasa de embarazo adolescente, coincidiendo con los reportes nacionales y a su vez se hace hincapié en el interrogatorio de factores de riesgo para contraer infección por el virus de Hepatitis C.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bernstein HB, Dunkelberg JC, Leslie KK. Hepatitis C in Pregnancy in the Era of Direct-acting Antiviral Treatment: Potential Benefits of Universal Screening and Antepartum Therapy. *Clin Obstet Gynecol.* 2018 Mar;61(1):146-156. doi: 10.1097/GRF.0000000000000345. PMID: 29351151.
- 2.- Casanovas Lax J, Silva García G, Vargas Romero J, Nogales Pérez MC, Aguayo Maldonado J, Cruz Guerrero G, González Hachero J. Transmisión vertical del virus de la hepatitis C [Vertical transmission of hepatitis C virus]. *An Esp Pediatr.* 1997 Dec;47(6):627-32. Spanish. PMID: 9575123.
- 3.- Coward S, Leggett L, Kaplan GG, Clement F. Cost-effectiveness of screening for hepatitis C virus: a systematic review of economic evaluations. *BMJ Open.* 2016 Sep 6;6(9):e011821. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011821. PMID: 27601496; PMCID: PMC5020747.
- 4.- Chaillon A, Rand EB, Reau N, Martin NK. Cost-effectiveness of Universal Hepatitis C Virus Screening of Pregnant Women in the United States. *Clin Infect Dis.* 2019 Nov 13;69(11):1888-1895. doi: 10.1093/cid/ciz063. PMID: 30689769; PMCID: PMC7188080.
- 5.- Department of Health and Human Services USA. Action Plan for The Prevention, Care, & Treatment of Viral Hepatitis. 2014-2016: 39-40.
- 6.- Guidelines for the Care and Treatment of Persons Diagnosed with Chronic Hepatitis C Virus Infection [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 Jul. PMID: 30307724.
- 7.- Jhaveri R, Broder T, Bhattacharya D, Peters MG, Kim AY, Jonas MM. Universal Screening of Pregnant Women for Hepatitis C: The Time Is Now. *Clin*



Infect Dis. 2018 Oct 30;67(10):1493-1497. doi: 10.1093/cid/ciy586. PMID: 30215670; PMCID: PMC6927857.

8.- Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Plan Estratégico Para El Abordaje De La Hepatitis C En El Sistema Nacional De Salud. España, 2015.

9.- Muñoz-Almagro C, Juncosa T, Fortuny C, Guillén JJ, González-Cuevas A, Latorre C. Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C en mujeres embarazadas y transmisión vertical de este virus [Prevalence of hepatitis C virus in pregnant women and vertical transmission]. Med Clin (Barc). 2002 Apr 6;118(12):452-4. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(02)72417-2. PMID: 11958762.

10.- Orkin C, Jeffery-Smith A, Foster GR, Tong CY. Retrospective hepatitis C seroprevalence screening in the antenatal setting-should we be screening antenatal women? BMJ Open. 2016 May 26;6(5):e010661. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010661. PMID: 27231001; PMCID: PMC4885317.

11.- Ortiz-Ibarra FJ, Figueroa-Damián R, Lara-Sánchez J, Arredondo-García JL, Ahued-Ahued JR. Prevalencia de marcadores serológicos de los virus de la hepatitis A, B, C y D en embarazadas [Prevalence of serologic markers of hepatitis A, B, C, and D viruses in pregnant women]. Salud Publica Mex. 1996 Sep-Oct;38(5):317-22. Spanish. PMID: 9092084.

12.- Prasad MR. Hepatitis C Virus Screening in Pregnancy: Is It Time to Change Our Practice? Obstet Gynecol. 2016 Aug;128(2):229-230. doi: 10.1097/AOG.0000000000001536. PMID: 27400018; PMCID: PMC4961596.

13.- Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Hughes BL, Page CM, Kuller JA. Hepatitis C in pregnancy:

screening, treatment, and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Nov;217(5):B2-B12. doi: 10.1016/j.ajog.2017.07.039. Epub 2017 Aug 4. PMID: 28782502.

14.- Secretaria De Salud; 2009, Guía De Práctica Clínica, Diagnóstico Y Tratamiento De Hepatitis C, México.

15.- Tovo PA, Calitri C, Scolfaro C, Gabiano C, Garazzino S. Vertically acquired hepatitis C virus infection: Correlates of transmission and disease progression. *World J Gastroenterol.* 2016 Jan 28;22(4):1382-92. doi: 10.3748/wjg.v22.i4.1382. PMID: 26819507; PMCID: PMC4721973.

16.- Wen JW, Haber BA. Maternal-fetal transmission of hepatitis C infection: what is so special about babies? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 Mar;58(3):278-82. doi: 10.1097/MPG.0000000000000258. PMID: 24345835.

## 8. FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICAS

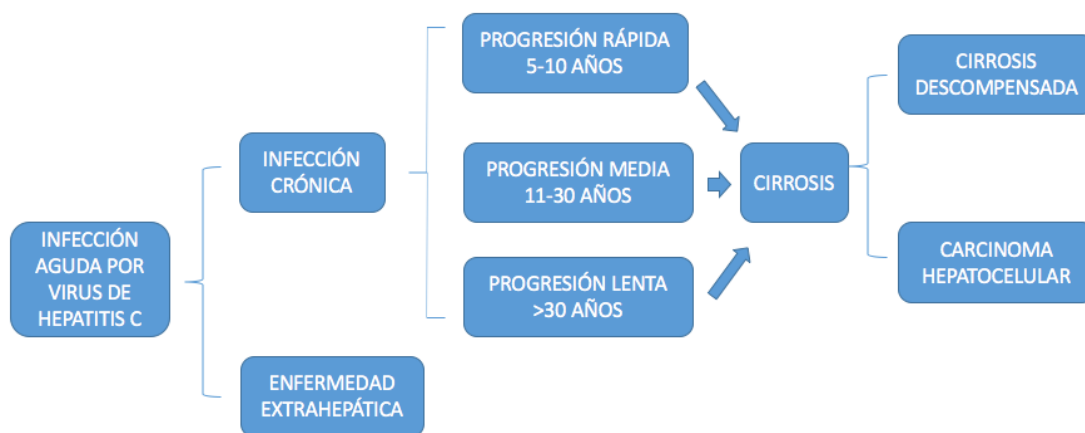
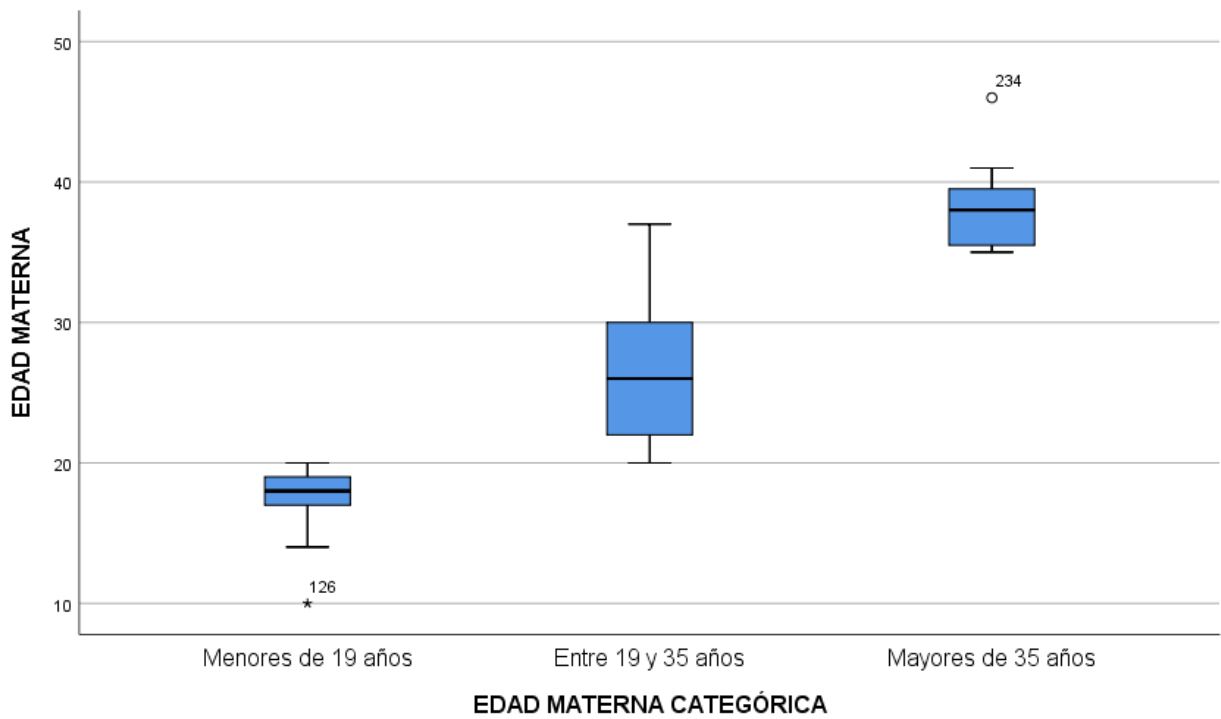
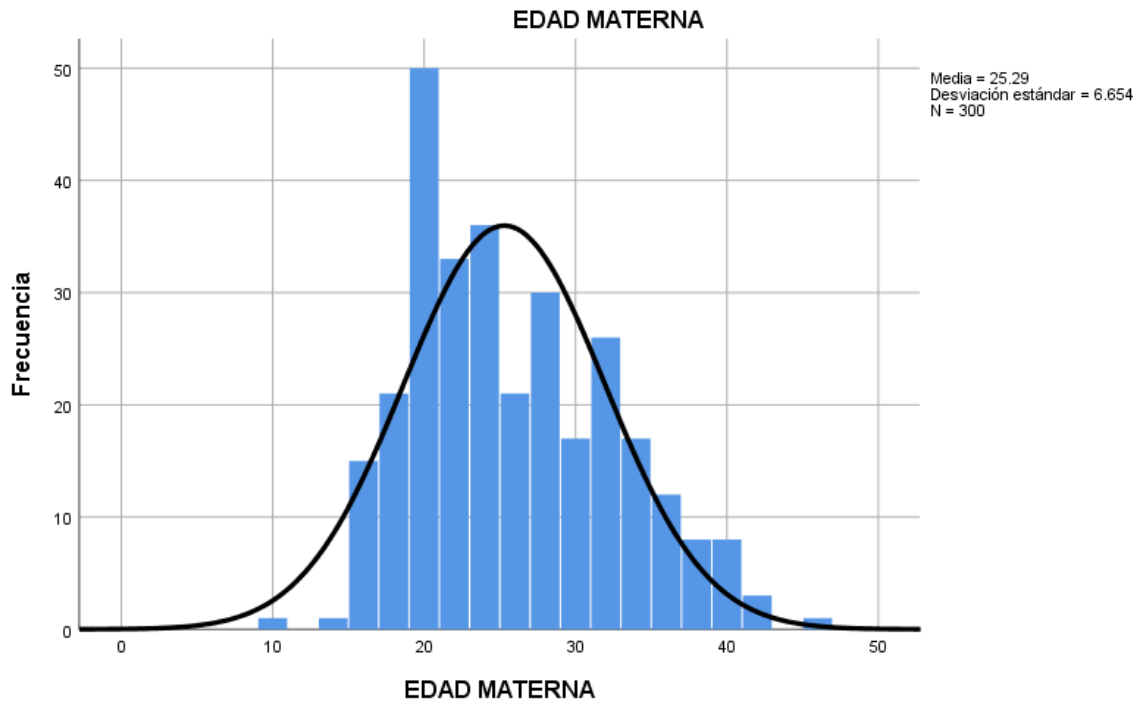
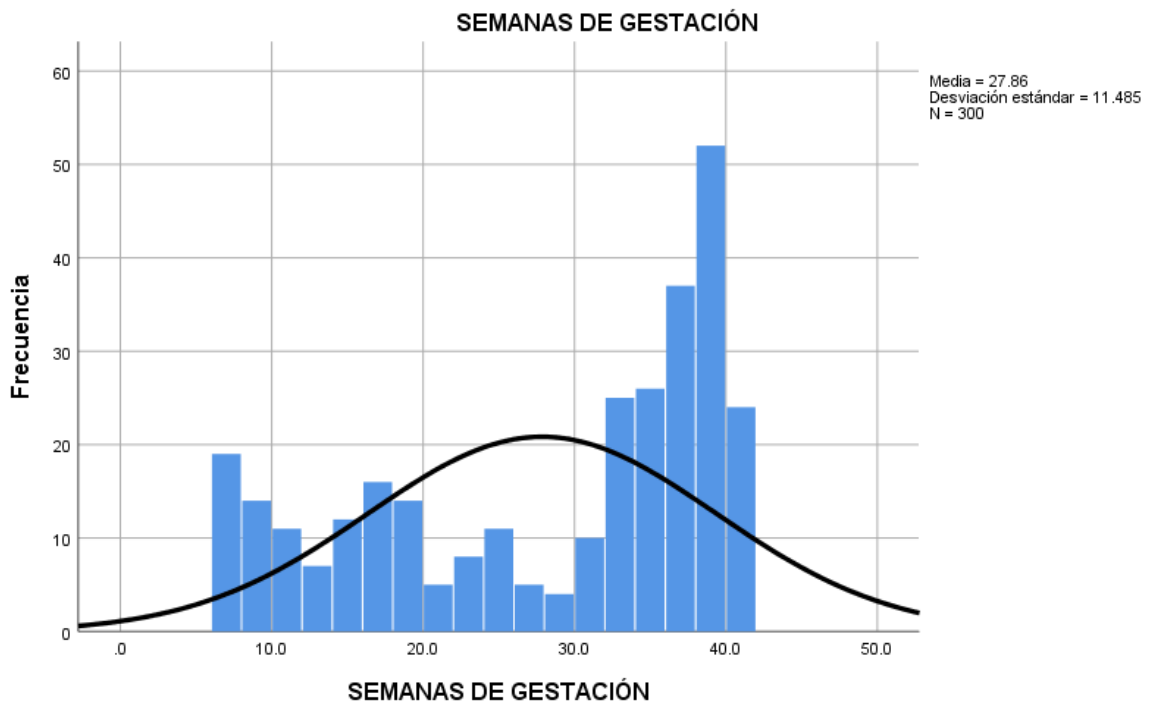
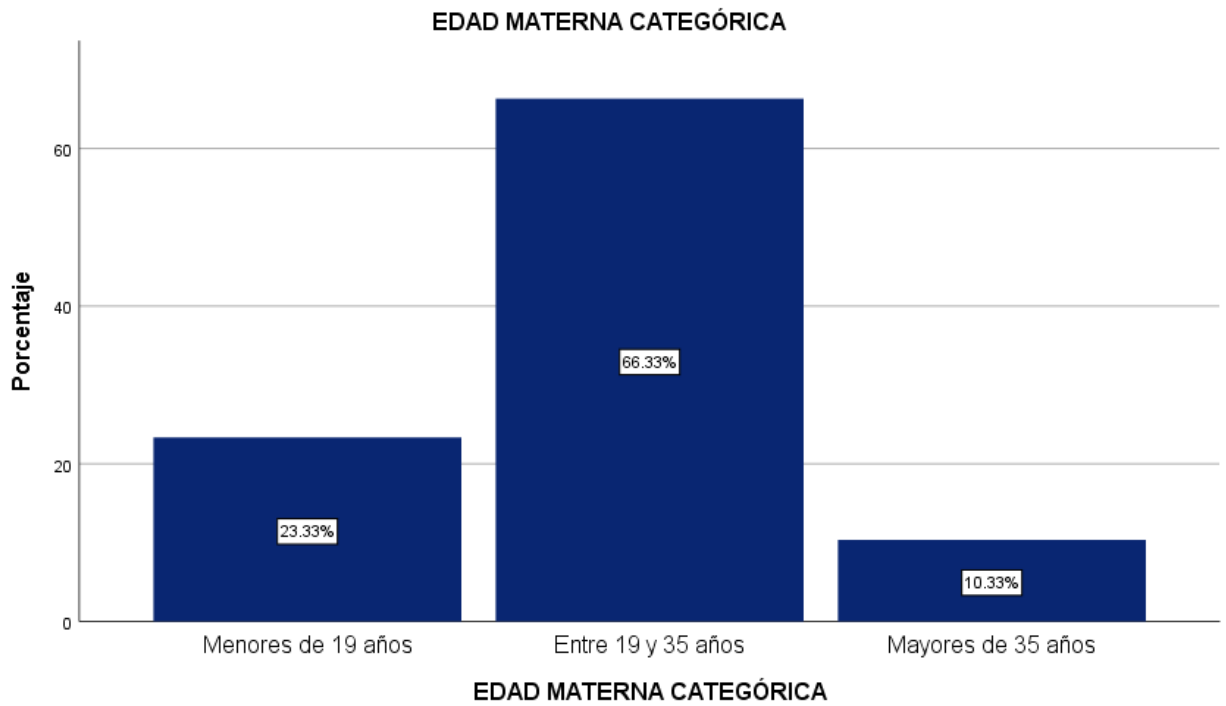


Figura 1. Historia Natural de la infección por Virus de Hepatitis C. Fuente: Elaboración propia a partir de “WHO. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Abril 2018”

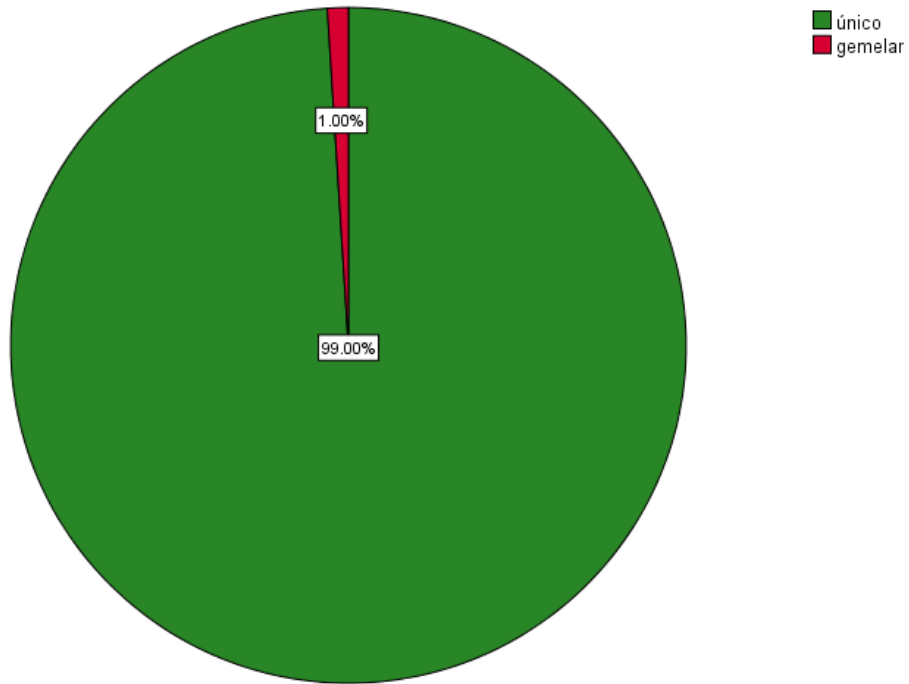
### Estadísticos

		EDAD MATERNA	SEMANAS DE GESTACIÓN
N	Válido	300	300
	Perdidos	2	2
Media		25.29	27.855
Mediana		24.00	33.000
Desv. Desviación		6.654	11.4849
Asimetría		.501	-.594
Error estándar de asimetría		.141	.141
Curtosis		-.461	-1.170
Error estándar de curtosis		.281	.281
Mínimo		10	6.0
Máximo		46	41.2
Percentiles	25	20.00	17.300
	50	24.00	33.000
	75	30.75	38.000

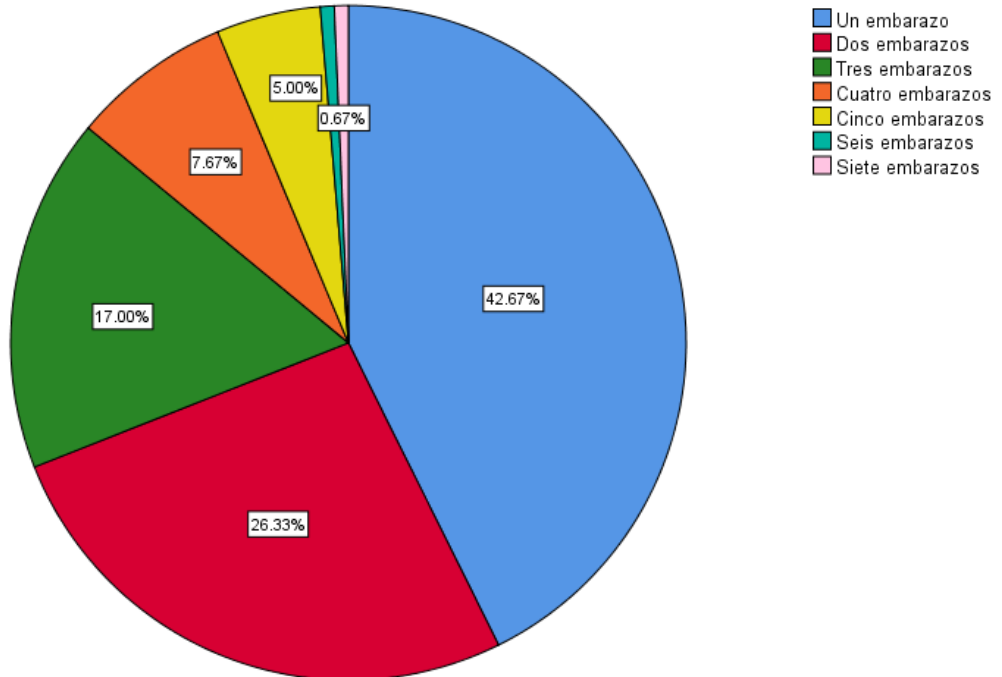




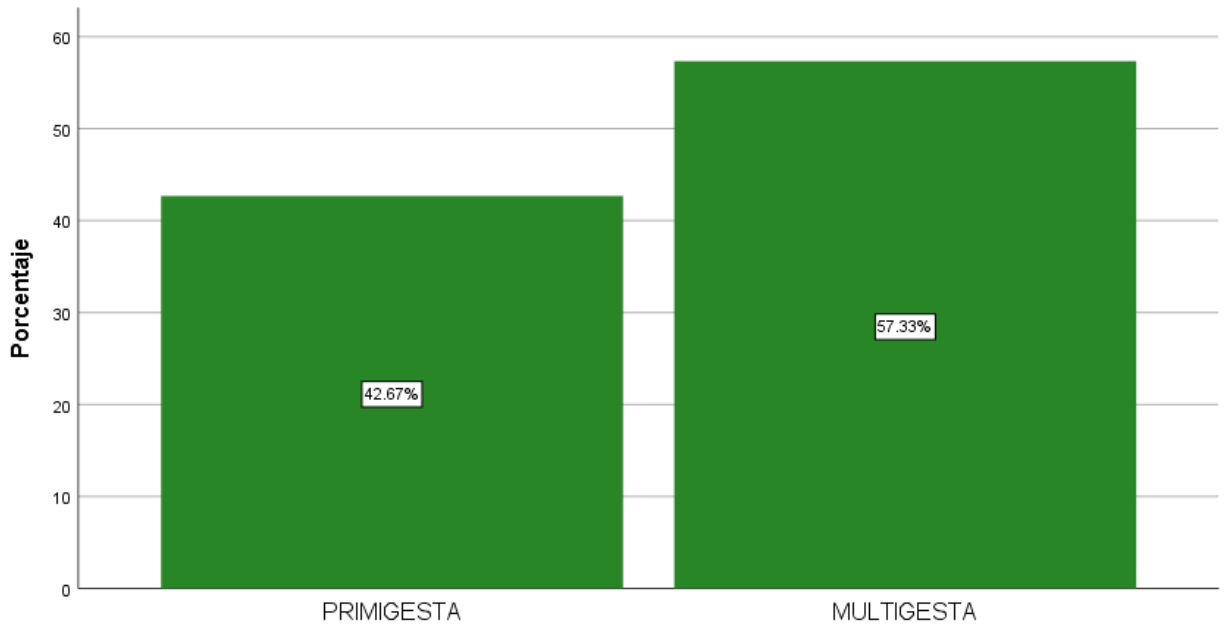
### EMBARAZO ÚNICO O MÚLTIPLE



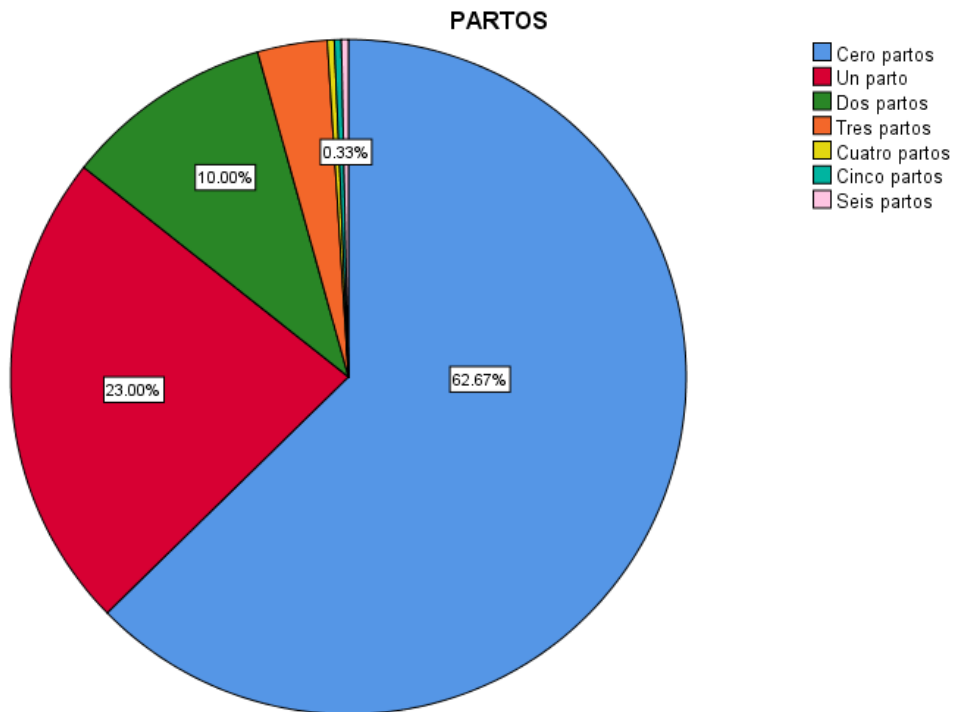
### NÚMERO TOTAL DE EMBARAZOS



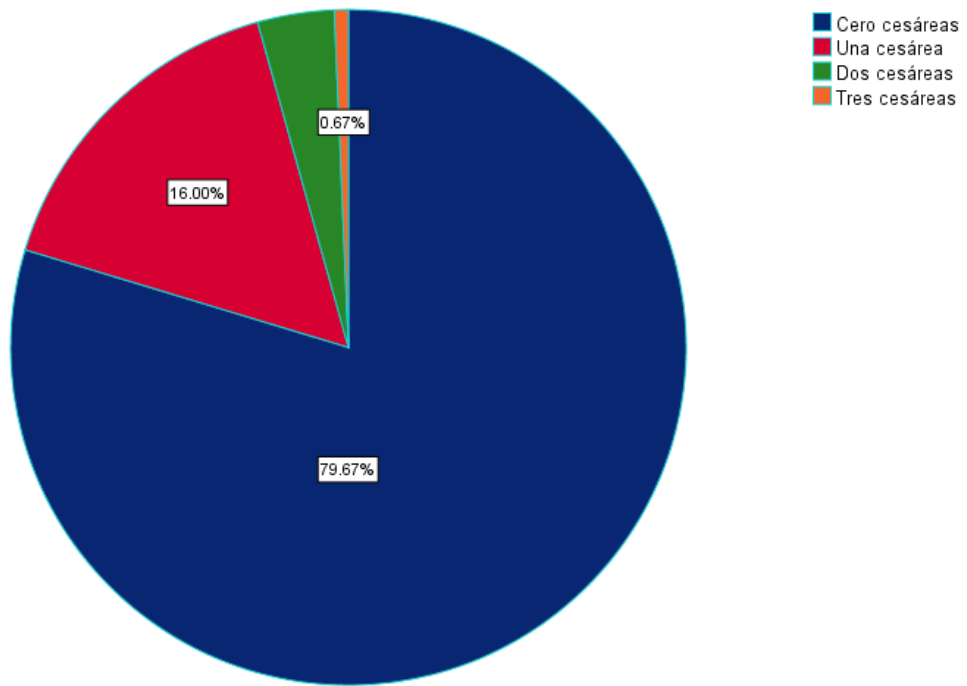
NÚMERO TOTAL DE EMBARAZOS CAT



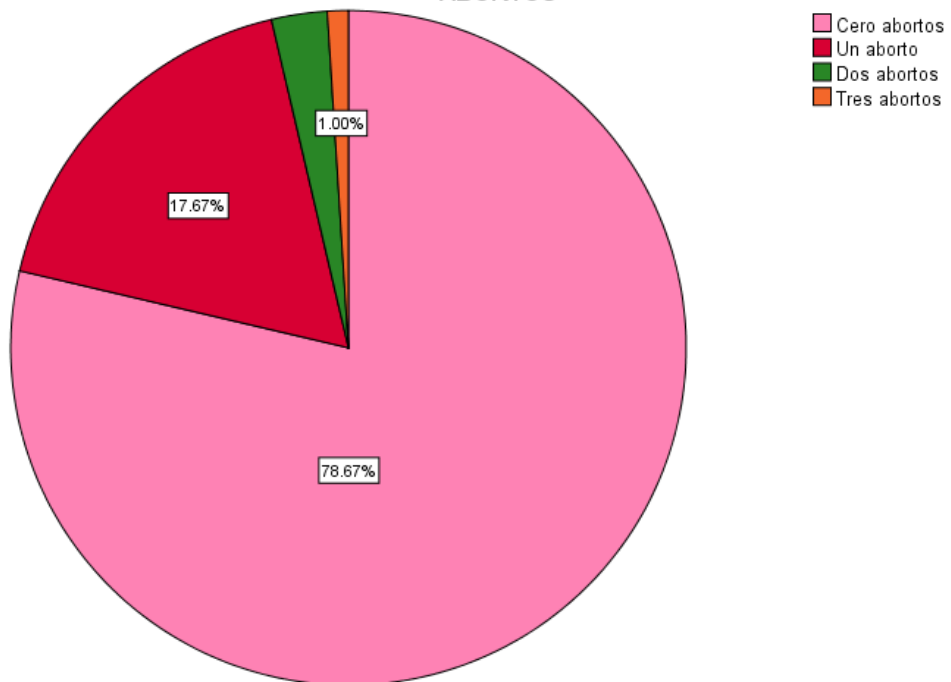
NÚMERO TOTAL DE EMBARAZOS CAT



### CESÁREAS



### ABORTOS





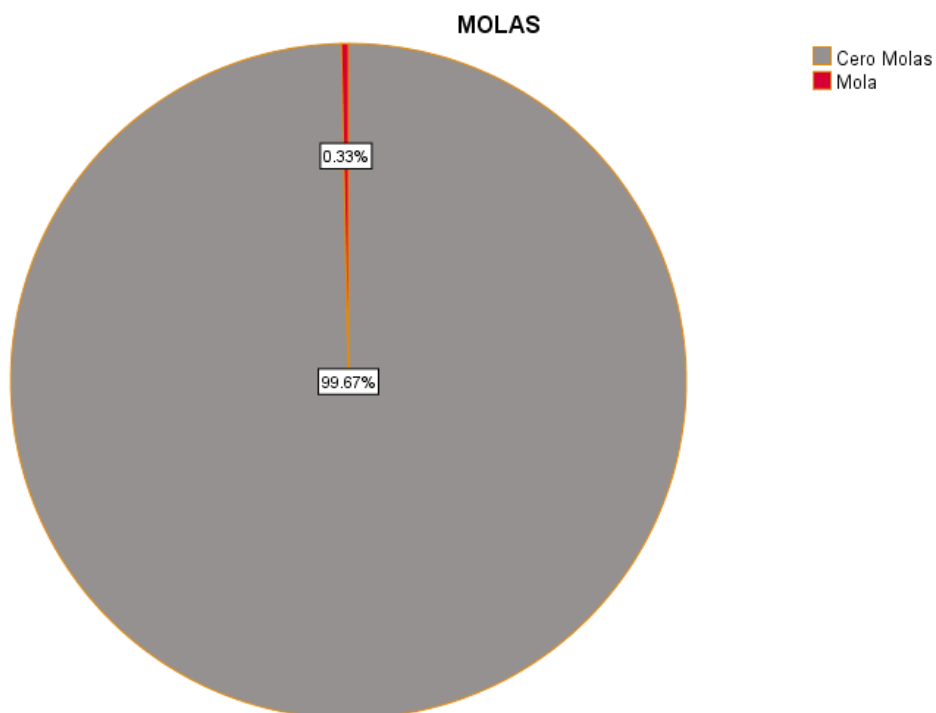
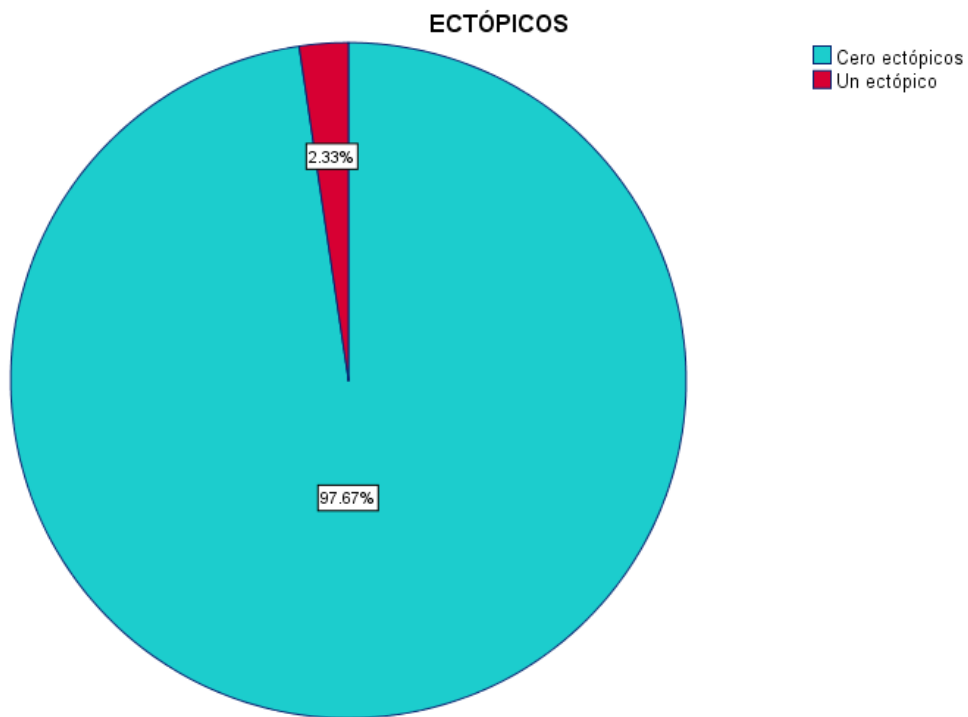


Tabla. 1 Características Demográficas y del embarazo	
	N=300 (%)
<b>Edad Materna</b>	
Media	25.29 (10-46) DE 6.65
Mediana	24

<b>Semanas de gestación</b>	
Media	27.85(6-41.2) DE 11.48
Mediana	33
<b>Edad Materna por grupos de edad</b>	
≤19 años	70 (23.3)
Entre 19-35 años	199(66.3)
≥de 35 años	31(10.3)
<b>Embrazo Múltiple</b>	
Único	297(99)
Gemelar	3(1)
<b>Número total de embarazos</b>	
Primigesta	128(42.7)
Multigesta	172(57.3)

Entre paréntesis, rango y/o porcentaje respectivamente

### NÚMERO TOTAL DE EMBARAZOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Un embarazo	128	42.7	42.7	42.7
	Dos embarazos	79	26.3	26.3	69.0
	Tres embarazos	51	17.0	17.0	86.0
	Cuatro embarazos	23	7.7	7.7	93.7
	Cinco embarazos	15	5.0	5.0	98.7
	Seis embarazos	2	.7	.7	99.3
	Siete embarazos	2	.7	.7	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

### PARTOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cero partos	188	62.7	62.7	62.7
	Un parto	69	23.0	23.0	85.7
	Dos partos	30	10.0	10.0	95.7
	Tres partos	10	3.3	3.3	99.0
	Cuatro partos	1	.3	.3	99.3
	Cinco partos	1	.3	.3	99.7
	Seis partos	1	.3	.3	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

### CESÁREAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cero cesáreas	239	79.7	79.7	79.7
	Una cesárea	48	16.0	16.0	95.7
	Dos cesáreas	11	3.7	3.7	99.3
	Tres cesáreas	2	.7	.7	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

### ECTÓPICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cero ectópicos	293	97.7	97.7	97.7
	Un ectópico	7	2.3	2.3	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

### MOLAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cero Molas	299	99.7	99.7	99.7
	Mola	1	.3	.3	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

Se realizó una prueba de Chi cuadrada comparando la variable categórica de edad materna y la variable categórica del número total de embarazos, obteniendo una  $p=0.001$

### Tabla cruzada EDAD MATERNA CATEGÓRICA\*NÚMERO TOTAL DE EMBARAZOS CAT

Recuento

		NÚMERO TOTAL DE EMBARAZOS CAT		Total
		PRIMIGESTA	MULTIGESTA	
EDAD MATERNA CATEGÓRICA	Menores de 19 años	55	15	70
	Entre 19 y 35 años	69	130	199
	Mayores de 35 años	4	27	31
Total		128	172	300

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53.314 <sup>a</sup>	2	.000
Razón de verosimilitud	55.959	2	.000
Asociación lineal por lineal	50.142	1	.000
N de casos válidos	300		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13.23.