



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los
pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital
Santa María del Socorro 2020-2025**

Presentado por:

MORON TAMBRA ENMA RACHEL

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 24 de febrero del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. LUIS EL CURO TITO PALOMINO
Director de la Unidad de Investigación (e)

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES
CARRIÓN"



TESIS

**Factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los
pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital
Santa María del Socorro 2020-2025**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

ENMA RATCHEL MORON TAMBRA

ASESOR:

DRA. FERNANDEZ BENAVIDES JULIA ROSA

ICA – PERÚ

2026

Dedicatoria

A mi madre por siempre estar presente, por motivarme y nunca desvanecer en este largo camino

A mi niño, quien espero pacientemente muchos días para vernos triunfar en este recorrido, gracias por siempre esperarme con tu sonrisa y tu alegría, gracias por ser mi motor.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por haberme guiado en el camino a la medicina, por darme la fuerza, la valentía y sabiduría para seguir adelante con mis proyectos

Agradezco a mi familia por ser mi pilar y motivación para seguir adelante, gracias mama.

Gracias Andréé por caminar a mi lado, por ser parte de esta aventura, gracias por llegar a mi vida hijo

Asi mismo agradezco a todos los docentes que aportaron y ayudaron a completar con mi investigación, en especial a mi asesora Julia Fernandez Benavides

Agradezco a todas las personas que apostaron y creyeron en mi, porque cada granito de arena sumó para la realizacion de esta tesis

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	7
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CUERPO DEL INFORME FINAL	
INTRODUCCIÓN	11
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	32
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	69

Índice de tablas

N°	Tabla	Pag
Tabla 1	Edad de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	35
Tabla 2	Grado de instrucción de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	36
Tabla 3	Estado civil de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	37
Tabla 4	Procedencia de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	38
Tabla 5	Enfermedad pélvica inflamatoria en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	39
Tabla 6	Vaginitis en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	40
Tabla 7	Antecedente de aborto en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	41
Tabla 8	Uso de dispositivo intrauterino en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	42
Tabla 9	Tabaquismo en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	43
Tabla 10	Edad gestacional en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	44
Tabla 11	Localización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	45
Tabla 12	Dolor en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	46
Tabla 13	Anemia prequirúrgica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	47
Tabla 14	Metrorragia en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	48
Tabla 15	Hormona gonadotropina coriónica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	49
Tabla 16	Ecografía en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital	50

Santa María del Socorro 2020-2025

Tabla 17	Tiempo de hospitalización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	51
Tabla 18	Complicaciones postoperatorias en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	52

Índice de figuras

N°	Figura	Pag
Figura 1	Edad de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	35
Figura 2	Grado de instrucción de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	36
Figura 3	Estado civil de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	37
Figura 4	Procedencia de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	38
Figura 5	Enfermedad pélvica inflamatoria en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	39
Figura 6	Vaginitis en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	40
Figura 7	Antecedente de aborto en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	41
Figura 8	Uso de dispositivo intrauterino en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	42
Figura 9	Tabaquismo en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	43
Figura 10	Edad gestacional en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	44
Figura 11	Localización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	45
Figura 12	Dolor en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	46
Figura 13	Anemia prequirúrgica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	47
Figura 14	Metrorragia en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	48
Figura 15	Hormona gonadotropina coriónica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	49
Figura 16	Ecografía en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital	50

	Santa María del Socorro 2020-2025	
Figura17	Tiempo de hospitalización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	51
Figura18	Complicaciones postoperatorias en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025	52

Resumen

Objetivo: Determinar los factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025. **Metodología.** Estudio de tipo observacional, trasversal, retrospectiva y descriptiva, en una población de 132 casos, obteniendo una muestra de estudio de 98 casos, los datos se obtuvieron de las historias clínicas y procesadas en el programa estadístico SPSS v29. **Resultados.** El embarazo ectópico prevalece en los pacientes de edades mayores a 34 años, seguido de los que tienen 20 a 34 años, y en menor cuantía en los mejores de 20 años, la mayoría tiene secundaria como grado de instrucción (43,9%), generalmente son casadas o convivientes (62,3%), proceden de Ica distrito 56,1%, el 25,5% tienen EPI, el 52% tuvieron vaginitis, el 24,5% tuvo aborto, el 5,1% usaba DIU, en 22,4% consumía tabaco, la edad gestacional prevalente de manifestación del cuadro fue entre las 6 a 8 semanas de gestación, la localización más frecuente fue la trompa de Falopio (93,9%), 90,8% presentó dolor en hipogastrio, con anemia en el 55,1% y metrorragia en el 60,2% de casos, el 100% tuvo HCG positivo, el 78,6% tuvo diagnóstico ecográfico positivo, el 75,5% tuvo un tiempo de hospitalización menor a 3 días y el 49% de paciente no presentó ninguna complicación postoperatoria siendo la anemia y la hemorragia las complicaciones postoperatorias prevalentes. **Conclusiones:** Las características generales de los pacientes con embarazo ectópico son pacientes mayormente de edades mayores a 30 años, con antecedentes de infecciones vaginales, enfermedad pélvica inflamatoria y de localización casi en su totalidad en la trompa de Falopio con prueba de HCG positiva.

Palabras clave: Factores, epidemiológicos, clínicos, evolución, embarazo, ectópico.

Abstract

Objective: To determine the epidemiological and clinical factors and the clinical course of patients with ectopic pregnancy treated at Hospital Santa María del Socorro from 2020 to 2025. **Methodology:** An observational, cross-sectional, retrospective, and descriptive study conducted in a population of 132 cases, from which a study sample of 98 cases was obtained. Data were collected from medical records and processed using the statistical software SPSS v29. **Results:** Ectopic pregnancy was more prevalent among patients older than 34 years, followed by those aged 20–34 years, and to a lesser extent among those younger than 20 years. Most patients had completed secondary education (43.9%), were generally married or cohabiting (62.3%), and resided in the Ica district (56.1%). Pelvic inflammatory disease was present in 25.5% of cases, vaginitis in 52%, prior abortion in 24.5%, intrauterine device use in 5.1%, and tobacco use in 22.4%. The most common gestational age at presentation was between 6 and 8 weeks. The most frequent location was the fallopian tube (93.9%). Hypogastric pain was reported in 90.8% of patients, anemia was present in 55.1%, and metrorrhagia in 60.2%. All patients (100%) had a positive hCG test, 78.6% had a positive ultrasound diagnosis, and 75.5% had a hospital stay of less than 3 days. Postoperatively, 49% of patients presented no complications; anemia and hemorrhage were the most prevalent postoperative complications. **Conclusions:** The general characteristics of patients with ectopic pregnancy include a predominance of women older than 30 years, with a history of vaginal infections and pelvic inflammatory disease, and with localization almost entirely in the fallopian tube, along with a positive hCG test.

Keywords: Factors, epidemiological, clinical, course, pregnancy, ectopic.

I.- INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

El embarazo ectópico representa un reto importante para la salud pública a nivel global, caracterizándose por un riesgo de mortalidad que es diez veces superior al asociado al parto eutócico y cincuenta veces más elevado que el relacionado con el aborto. La complicación más grave vinculada a este cuadro clínico es la ruptura del embarazo, ya que puede desencadenar hemorragias severas y choque hipovolémico; esta situación se presenta en un 15 a 20% de los casos y constituye la principal causa de mortalidad materna¹.

Esta condición se define por la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, siendo la localización más común la trompa de Falopio. La detección oportuna del embarazo ectópico resulta crucial, considerando que en Estados Unidos se produce en aproximadamente el 1% al 2% de los embarazos, y se estima que el 2,7% de los fallecimientos asociados al embarazo se deben a la ruptura de uno de estos embarazos².

En el Reino Unido, los registros señalan la existencia de cerca de 30 embarazos ectópicos diagnosticados diariamente, lo que se traduce en un aproximado de 12,000 casos por año³. El 97% de estas gestaciones ocurre en las trompas uterinas, siendo el 80% de los casos localizados en la región ampular⁴.

Existen variantes no tubáricas de embarazo ectópico, incluyendo el embarazo cervical en el 0,1% de los casos, el embarazo ovárico en el 0,5%, el embarazo abdominal en un 1,3%, el embarazo corneal en un 3% y el embarazo intraligamentoso en un 0,1%. El embarazo ectópico en localización cornual o intersticial se caracteriza por la implantación del embrión fuera de la cavidad uterina, concreto en el cuerno uterino, en proximidad a la porción intersticial de la trompa, adyacente al ostium interno de la trompa de Falopio, cuya porción intersticial mide aproximadamente 7 milímetros de diámetro y entre 10 y 20 milímetros de longitud⁵.

Diversos factores incrementan el riesgo de embarazo ectópico: historia previa de enfermedad inflamatoria pélvica, consumo de tabaco, intervenciones quirúrgicas sobre las trompas de Falopio, antecedentes de embarazo ectópico e infertilidad. Este cuadro clínico es responsable del 9% de los fallecimientos durante el primer trimestre de gestación, registrándose una letalidad del 2,7%. El antecedente de embarazos ectópicos aparece como el factor de riesgo más relevante⁶.

En Colombia, se observó que la mortalidad asociada a embarazo ectópico era 6,8 veces mayor en mujeres afrodescendientes en comparación con las mujeres blancas y 3,5 veces mayor en mujeres mayores de 35 años frente a aquellas menores de 25 años. Se identificó que el grupo etario de mayor prevalencia es de 21 a 24 años⁷.

En investigaciones realizadas en dicho país, el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal

requiere documentar la ubicación del saco gestacional fuera del útero, observar la cercanía del feto a la pared abdominal y evidenciar la localización placentaria fuera del límite uterino. Entre los principales factores de riesgo identificados figuran: alteraciones en las trompas, endometriosis, cirugías pélvicas previas, fallos de la salpingoclasia, uso de dispositivos intrauterinos y antecedentes de infecciones por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*⁸.

En diversos países de Latinoamérica, como Bolivia y Ecuador, la incidencia de embarazo ectópico se estima en uno por cada 150 embarazos¹, considerándose así una causa relativamente frecuente de patología ginecológica. A pesar de ello, la presentación de embarazo ectópico en ambas trompas es sumamente infrecuente, con una incidencia que varía de 1 en 725 a 1 en 580 embarazos ectópicos tubáricos⁹⁻¹⁰.

Siendo esta patología mayormente prevenible es que realizamos este estudio para evidenciar los factores tanto epidemiológicos como clínicos y la evolución de los pacientes con embarazo ectópico para ampliar la evidencia científica con datos locales que será de utilidad para la comunidad científica que necesita de información para tomar sus decisiones.

Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Paz Poma L¹¹. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, Ecuador 2023. El propósito central de este estudio consistió en identificar los factores de riesgo vinculados a la ocurrencia de embarazo ectópico. Para ello, se adoptó una metodología cuantitativa, de tipo retrospectivo y con diseño de corte transversal. La población analizada incluyó a 124 pacientes. En cuanto a los resultados, se observó que la incidencia de embarazo ectópico fue del 10,9% en relación con el total de embarazos atendidos. Analizando las características sociodemográficas, el grupo de edad predominante fue el comprendido entre 25 y 29 años, representando el 31,5% de los casos; la mayoría contaba con nivel educativo secundario (54,8%) y el estado civil más frecuente fue la unión libre, con un 83,9%. Respecto a los factores gineco-obstétricos relacionados con el embarazo ectópico, se destacó la primiparidad en el 37,1% de los casos, la ausencia de antecedentes de embarazo ectópico previo en el 78,2%, y la carencia de antecedentes de aborto en el 67,7% de las pacientes. En el ámbito de los factores personales, se identificó que el 72,6% no consumía tabaco y el 75,8% no refería ingesta de alcohol; el antecedente de cirugía ovárica se registró en el 14,5% y la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria se detectó en el 20,9%. Asimismo, el 69,2% no presentaba antecedentes familiares de embarazo ectópico. En

síntesis, los datos obtenidos ponen en evidencia que la primiparidad, la cirugía ovárica y la enfermedad pélvica inflamatoria se configuran como factores predisponentes para el desarrollo de embarazo ectópico en la población estudiada.

Leiva-Guzmán, J¹². Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas, Hospital Alemán Nicaragüense, noviembre 2021 – noviembre 2022. El objetivo principal de este trabajo fue identificar los factores de riesgo vinculados al desarrollo de embarazo ectópico. Para alcanzar dicho propósito, se empleó un diseño observacional y analítico de tipo casos y controles. Se procedió a la revisión retrospectiva de historias clínicas, analizando un total de 51 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico, así como una muestra comparativa conformada por mujeres con gestaciones normales. En cuanto a los resultados, se documentaron 51 casos de embarazo ectópico, lo que representa una prevalencia inferior al 1% respecto al total de consultas ginecológicas, con una edad promedio de 26 años entre las pacientes afectadas. Los hallazgos revelaron que el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico fue especialmente elevado en aquellas mujeres que presentaban antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS). Como conclusión, el análisis evidenció que los antecedentes de ITS constituyen el principal factor de riesgo asociado al embarazo ectópico (74,5%), seguidos por el antecedente de aborto acompañado de legrado uterino (27,5%) y la cirugía tubárica previa (13,7%).

Argilagos-Casasayas G¹³. Estudio de los factores relacionados con el embarazo ectópico en el Hospital Materno Tamara Bunke Bider (2024). El objetivo de esta investigación fue identificar los factores que se asocian al embarazo ectópico. Para tal fin, se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, con enfoque transversal y retrospectivo. En los resultados obtenidos, se reportó que la incidencia de embarazo ectópico en el entorno analizado es de un caso por cada 37 partos. Entre los principales factores de riesgo identificados destacan la franja etaria de 25 a 29 años, la cual representa el 32,3% de los casos; además, tanto la nuliparidad (30,2%) como la primicidad (32,5%) fueron frecuentes entre las pacientes afectadas. Por otra parte, se detectaron antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica en el 43,8% de las mujeres, infecciones vaginales en el 24,8%, y uso de dispositivo intrauterino en el 49,8% de los casos. En conclusión, se constata que la incidencia de embarazo ectópico en esta institución continúa siendo elevada, y persisten factores de riesgo significativos asociados a su presentación.

Valdéz Barillas A¹⁵. Caracterización clínica de pacientes con embarazo ectópico Guatemala. (2024). El objetivo de este estudio fue realizar una caracterización clínica detallada de las

pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico. Para ello, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo, en la que se revisaron un total de 84 expedientes clínicos. En relación con los resultados, se identificó que el 88,10% de las mujeres afectadas no presentaba antecedentes gineco-obstétricos relevantes. Analizando la paridad, el 20,24% correspondía a primigestas, el 28,57% a secundigestas, otro 28,57% a trigestas, el 19,05% a multigestas y el 3,57% a gran multigestas. Por otro lado, el 35,72% de las pacientes había tenido al menos un aborto previo, mientras que el 92,86% se encontraba cursando entre la sexta y la novena semana de gestación al momento del diagnóstico. En conclusión, el cuadro clínico predominante en estas pacientes incluyó dolor abdominopélvico, siendo la localización tubárica la forma más común de embarazo ectópico, y destacándose la presencia de complicaciones como el hemoperitoneo en un porcentaje considerable de los casos.

Tesfa Berhe E¹⁶. Embarazo ectópico en Tigray, Etiopía: Un estudio transversal de prevalencia, resultados del tratamiento y factores asociados 2021. El propósito central de esta investigación fue examinar la prevalencia del embarazo ectópico, los desenlaces terapéuticos y los factores que influyen en dichos resultados. Se empleó una metodología retrospectiva de corte transversal, abarcando un periodo de cuatro años. Entre los principales hallazgos, la prevalencia global de embarazo ectópico correspondió al 0,52% del total de partos, lo que equivale a un caso por cada 193 partos. La mayoría de las mujeres afectadas se ubicaba en el rango de edad de 26 a 30 años y residía en zonas rurales. Analizando la localización del embarazo ectópico, la trompa de Falopio fue el sitio de implantación predominante, al concentrar el 92,4% de los casos, seguida por el ovario (5,1%) y el abdomen (2,5%). Se observó que aproximadamente dos tercios de las pacientes (63,3%) presentaron ruptura del embarazo ectópico. En cuanto a las complicaciones posoperatorias, el 38% de las mujeres experimentó algún evento adverso, destacándose la anemia (hemoglobina < 10,5 g/dL) en 12 casos, fiebre en 10 pacientes, y tanto infección de la herida como neumonía en dos pacientes cada una. Los análisis evidenciaron que las mujeres que residían en áreas urbanas (ORa = 11,2; IC 95%: 2,65-47,2) y aquellas con niveles normales de hemoglobina al ingreso (ORa = 9,94; IC 95%: 2,03-48,7) tenían una mayor probabilidad de obtener resultados maternos favorables. En síntesis, se constató que más de un tercio de las mujeres con embarazo ectópico presentaron desenlaces maternos desfavorables, siendo este fenómeno especialmente pronunciado en quienes vivían en zonas rurales y en aquellas con anemia al momento del ingreso hospitalario..

Aynew A¹⁷. Prevalencia y determinantes del embarazo ectópico en Etiopía: revisión sistemática y metaanálisis, Etiopía 2022. El objetivo central de esta revisión sistemática y

metaanálisis consistió en calcular la prevalencia, identificar los factores determinantes y analizar los desenlaces asociados al embarazo ectópico en el contexto etíope. Para tal fin, se efectuaron búsquedas exhaustivas en diversas bases de datos internacionales especializadas. De acuerdo con los resultados obtenidos, la prevalencia combinada de embarazo ectópico en Etiopía fue estimada en 3,61% (IC 95%: 2,24–4,98; $I^2 = 89,2\%$; $p < 0,001$). Dentro de los factores determinantes más relevantes identificados, resalta la existencia de cicatrices por cesárea (ORa = 7,44; IC 95%: 5,48–10,09), así como el hecho de encontrarse soltera (ORa = 5,71; IC 95%: 4,76–6,85). Asimismo, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ORa = 4,68; IC 95%: 3,04–7,19), abortos previos (ORa = 3,89; IC 95%: 3,35–4,52), historia de embarazo ectópico anterior (ORa = 5,74; IC 95%: 3,81–8,65) y la utilización de anticoncepción de emergencia (ORa = 8,72; IC 95%: 2,90–26,20) se asociaron de manera significativa con el riesgo de embarazo ectópico. En síntesis, este metaanálisis demostró que la prevalencia de embarazo ectópico en Etiopía es marcadamente alta, y que existen factores de riesgo específicos que elevan considerablemente la probabilidad de su desarrollo.

Antecedentes Nacionales

Rodriguez-Núñez C.M¹⁸. Factores de Riesgo, Sintomatología, Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo Ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa – Perú, (2024). El objetivo de esta investigación fue identificar los factores de riesgo, manifestaciones clínicas, procedimientos diagnósticos y opciones terapéuticas en relación al embarazo ectópico. El análisis determinó que los principales factores asociados a la aparición de esta patología incluyeron la pertenencia al grupo etario de 20 a 39 años, el estado civil de convivencia o soltería, antecedentes de múltiples parejas sexuales, el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia y la presencia previa de enfermedades inflamatorias pélvicas. Respecto al cuadro clínico predominante, se observaron con mayor frecuencia síntomas como retraso en la menstruación, dolor abdominal, sangrado genital, así como náuseas y episodios de vómito. Con base en los datos recabados, la incidencia del embarazo ectópico se estimó en 18,48 casos por cada 1.000 partos atendidos en la institución.

Vila-Bautista D¹⁹. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en un Hospital de Huancayo 2023. El objetivo principal de este estudio fue determinar cuáles son los factores de riesgo más prevalentes en relación al desarrollo de embarazo ectópico. Se empleó un diseño descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, fundamentado en un enfoque cuantitativo. De acuerdo con los resultados obtenidos, la franja etaria de 15 a 19 años concentró la mayor proporción de casos (84,4%). En cuanto al estado civil, la convivencia predominó con un 52,6%, mientras que el nivel educativo superior fue reportado

en el 45,4% de las pacientes. Respecto a la paridad, el 38,1% eran nulíparas y, en su mayoría, las mujeres habían tenido dos parejas sexuales (30,9%). En relación a antecedentes, el aborto fue el más frecuente (33%), seguido de embarazo ectópico previo (6,2%) y cirugía tubárica previa (5,2%). En el aspecto clínico, los síntomas más comunes incluyeron dolor pélvico (91,8%), sangrado vaginal anormal (84,5%) y amenorrea (51,5%). Además, se identificó que la mayoría de las pacientes no utilizaba ningún método anticonceptivo (67%), en tanto que el uso de anticonceptivos orales y de dispositivo intrauterino fue mucho menos frecuente (6,2% y 2,1%, respectivamente). En conclusión, los factores de riesgo más recurrentes para la aparición de embarazo ectópico en este entorno fueron: pertenecer al grupo de 15 a 19 años, convivir como estado civil, tener dos parejas sexuales, la nuliparidad, antecedentes de aborto, historia de embarazo ectópico previo, cirugía tubárica previa y la ausencia de uso de métodos anticonceptivos.

Vilcapoma-Vilcapoma R²⁰. Factores maternos asociados a embarazos ectópicos de gestantes atendidas en el hospital El Carmen de Huancayo, 2022. El objetivo de este estudio fue identificar los factores maternos relacionados con la aparición de embarazos ectópicos. Se diseñó una investigación analítica, observacional, transversal y explicativa, en la que se incluyeron 132 casos y 264 controles. Según los hallazgos, la frecuencia estimada de embarazos ectópicos en la población gestante analizada fue del 2,6%. Al analizar los distintos tipos, el embarazo ectópico tubárico representó el 22,7% de los casos, mientras que las variantes ovárica, abdominal y cervical correspondieron al 10,1%, 0,3% y 0,3%, respectivamente. Se observó una asociación significativa entre el embarazo ectópico y varios factores específicos, entre los que se destacan: la nuliparidad (OR = 11,803; p = 0,000), la multiparidad (OR = 13,326; p = 0,000), antecedentes de aborto (OR = 3,005; p = 0,000), antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (OR = 3,286; p = 0,017), así como el antecedente de haber tenido más de dos parejas sexuales (OR = 2,166; p = 0,000). De esta manera, los antecedentes ginecoobstétricos tales como la ausencia o el elevado número de partos previos, el aborto, la enfermedad pélvica inflamatoria y la multiplicidad de parejas sexuales se identificaron como factores de riesgo relevantes y estadísticamente significativos para el desarrollo de embarazo ectópico en la población analizada.

Ospina-Meza R²¹. Caracterización epidemiológica y clínica de embarazo ectópico en el Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma, 2022. El propósito de este estudio fue describir las particularidades epidemiológicas y clínicas de las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico. La investigación adoptó un diseño retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo, sin intervención experimental. En la muestra analizada, compuesta por 65

pacientes, se identificó que la franja etaria predominante correspondió a mujeres adultas entre los 20 y 34 años. El estado civil conviviente representó el 55,4% de los casos, mientras que el nivel de instrucción secundaria fue el más frecuente (52,3%). En cuanto a la edad gestacional, el 61,5% de las gestantes se encontraba entre la sexta y la décima semana. La mayoría inició su vida sexual a los 18 años o posteriormente (60%), y el 53,8% reportó haber tenido dos o más parejas sexuales. Respecto a antecedentes, se halló que el 7,7% había presentado embarazo ectópico previo y el 16,9% aborto previo. Ninguna de las pacientes refirió consumo de tabaco, mientras que la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria fue observada en el 7,7% de los casos. El uso de métodos anticonceptivos se reportó en el 24,6% de la muestra, con un 4,6% que utilizó dispositivo intrauterino. Además, el 16,9% tenía antecedente de cesárea y el 15,4% antecedentes de legrado uterino o aspiración manual endouterina. En el aspecto clínico, los síntomas predominantes fueron dolor abdominal bajo (96,9%) y sangrado vaginal irregular (76,9%). Como conclusión, las características sociodemográficas asociadas al embarazo ectópico incluyeron la edad entre 20 y 34 años, el estado civil de convivencia y el nivel educativo secundario. Entre los factores ginecoobstétricos, se destacó el inicio de relaciones sexuales a los 18 años o más, el antecedente de dos o más parejas sexuales y la cesárea previa. Clínicamente, el dolor abdominal bajo fue el síntoma más relevante en este grupo de pacientes.

Del Castillo Saavedra S²². Factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023. Este estudio tuvo como propósito principal identificar los factores epidemiológicos, gineco-obstétricos y personales vinculados al embarazo ectópico. Para ello, se desarrolló una investigación descriptiva y transversal en una muestra de 35 pacientes diagnosticadas con esta condición. Los resultados evidenciaron la existencia de varios factores de riesgo independientes con relevancia estadística. Entre los factores que mostraron una asociación significativa con el embarazo ectópico, el consumo de tabaco sobresalió de manera notable (ORc = 20,444; IC 95%: 2,439–171,339; $p < 0,005$). Le siguieron en importancia la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria (ORc = 14,889; IC 95%: 3,899–56,852; $p < 0,0000$) y el antecedente de embarazo ectópico previo (ORc = 3,106; IC 95%: 2,155–21,347; $p < 0,001$). Asimismo, se identificaron como factores adicionales la realización de una cesárea anterior (ORc = 5,207; IC 95%: 2,123–12,772; $p < 0,000$), el consumo de bebidas alcohólicas (ORc = 4,552; IC 95%: 1,064–19,464; $p < 0,041$), tener más de 35 años al momento de la gestación (ORc = 3,576; IC 95%: 1,406–9,096; $p < 0,007$) y la utilización del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo (ORc = 3,106; IC 95%: 1,143–8,440; $p < 0,026$). En resumen, la probabilidad de desarrollar un embarazo ectópico en la población evaluada se incrementa considerablemente en presencia

de hábito tabáquico, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, historia previa de embarazo ectópico, cesárea previa, consumo de alcohol, edad materna superior a 35 años y uso de DIU. Estos resultados resaltan la importancia de realizar una valoración exhaustiva de los antecedentes personales y ginecoobstétricos en mujeres que presentan riesgo de este tipo de complicación.

Hermoza Gutierrez C²³. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue de Tacna, (2023). El propósito de este trabajo fue identificar los factores de riesgo relacionados con la aparición de embarazo ectópico. Para ello, se desarrolló un estudio observacional y analítico, bajo un diseño de casos y controles, que incluyó a 181 pacientes con diagnóstico confirmado de esta patología. La incidencia de embarazo ectópico se situó en 0,87% respecto al total de embarazos evaluados. Entre los factores de riesgo con asociación significativa se encontraron la edad materna comprendida entre 20 y 29 años ($p=0,041$) y el antecedente de cesárea ($p=0,034$). En el perfil sociodemográfico, predominó la edad materna de 20 a 29 años (47,5%), el nivel de instrucción secundaria (63%) y el estado civil casada (36,5%). Respecto a antecedentes gineco-obstétricos, se observó una frecuencia de nuliparidad del 43,1%, antecedente de cesárea en el 83,4%, aborto previo en el 42%, embarazo ectópico anterior en el 9,9%, infecciones de transmisión sexual en el 42%, infertilidad en el 8,3%, uso previo de DIU en el 14,4% y enfermedad pélvica inflamatoria en el 16%. La mayoría de las pacientes inició su vida sexual entre los 15 y 20 años (75,1%) y el antecedente de tabaquismo se reportó en el 5,5%. En cuanto a manifestaciones clínicas, la combinación de metrorragia y dolor pélvico se presentó en el 49,7% de los casos, mientras que el grupo con metrorragia, dolor pélvico y masa anexial correspondió al 24,3%. El embarazo ectópico tubárico fue la localización más frecuente, representando el 86,7% de los casos. En síntesis, la edad materna entre 20 y 29 años y el antecedente de cesárea fueron los factores de riesgo más relevantes asociados al desarrollo de embarazo ectópico en esta población.

Mescua-Espinoza, E²⁴. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora (2022). El objetivo de esta investigación fue determinar los factores que guardan asociación con la ocurrencia de embarazo ectópico. El estudio se llevó a cabo bajo un diseño observacional, analítico, retrospectivo y basado en casos y controles. Los hallazgos revelaron que los factores de riesgo con mayor significancia estadística incluyeron la edad superior a 35 años (ORa 18,46; IC95%: 3,11–109,66), el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales (ORa 8,28; IC95%: 2,89–23,71), el historial de legrado uterino (ORa

7,76; IC95%: 3,22–18,68) y el uso de anticonceptivos orales combinados (ACOS) (ORa 3,84; IC95%: 1,39–10,59). En conclusión, los factores principalmente vinculados al riesgo de embarazo ectópico en la población estudiada fueron la edad materna mayor a 35 años, el antecedente de múltiples parejas sexuales, el haber tenido legrado uterino y el uso previo de anticonceptivos orales combinados. Estos elementos deben ser considerados cuidadosamente en la evaluación clínica y prevención de esta patología.

Ccorisoncco-Torres, F²⁶. Factores epidemiológicos asociados al riesgo de embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte (2022). El propósito central de esta investigación fue reconocer aquellos factores epidemiológicos que incrementan la probabilidad de embarazo ectópico. El estudio adoptó un enfoque observacional, analítico, retrospectivo y transversal, utilizando un diseño de casos y controles, con una muestra total de 142 gestantes divididas equitativamente: 71 mujeres diagnosticadas con embarazo ectópico y 71 sin dicha condición. En el análisis realizado, se determinó que el 29,6% de las pacientes con embarazo ectópico presentaban antecedentes personales de esta patología (OR=14,2; IC=3,19-63,14). Además, la iniciación de la vida sexual antes de los 18 años fue frecuente tanto en el grupo con embarazo ectópico (87,3%) como en el grupo control (70,4%), identificándose una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar la condición (OR=3,67; IC=1,574- 8,54). Por otra parte, se observó que el 91,5% de las mujeres con embarazo ectópico había tenido más de seis parejas sexuales en un lapso de cinco años (OR=8,102; IC=3,126-21,002), comparado con el 56,3% de las mujeres en el grupo sin embarazo ectópico. Por el contrario, el haber experimentado únicamente un parto se relacionó como un factor protector ante la aparición del embarazo ectópico (OR=0,308; IC=0,132-0,723). En relación con las complicaciones asociadas al embarazo ectópico, las más frecuentes incluyeron anemia (56,3%), choque hipovolémico (19,7%) y síndrome febril (7,1%), mientras que el 16,9% de las pacientes no presentó complicaciones. En conclusión, los principales factores epidemiológicos vinculados a un mayor riesgo de embarazo ectópico en la población investigada fueron: antecedentes de embarazo ectópico, inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 18 años) y haber tenido más de seis parejas sexuales en un periodo de cinco años. En contraste, la experiencia de un solo parto se identificó como un elemento que disminuye el riesgo de esta patología.

Antecedentes Locales

No se encontraron estudios relevantes en los repositorios de la Universidades de la región.

Marco teórico Embarazo ectópico

El embarazo ectópico, también conocido como embarazo extrauterino, es una complicación

en la que el óvulo fecundado se implanta y desarrolla fuera de la cavidad principal del útero. En un embarazo normal, el óvulo fertilizado viaja a través de las trompas de Falopio hasta el útero en la capa endometrial, donde se adhiere y crece. Sin embargo, en un embarazo ectópico, este proceso se ve alterado²⁷. Esta condición representa una emergencia médica seria, ya que el feto no tiene posibilidades de sobrevivir fuera del útero y, si no se trata, puede poner en grave peligro la vida de la madre²⁷.

Epidemiología

El embarazo ectópico es una condición que afecta a un porcentaje pequeño pero significativo de las gestaciones a nivel global, siendo una de las principales causas de mortalidad materna durante el primer trimestre²⁸.

A nivel mundial, se estima que entre el 1% y el 2% de todos los embarazos son ectópicos. En países desarrollados, la tasa se sitúa entre 11 y 20 por cada 1,000 nacidos vivos. Sin embargo, esta cifra puede ser tan alta como el 4% en mujeres que utilizan tecnologías de reproducción asistida²⁹.

En el contexto estadounidense, se calcula que cerca del 1,4% de todos los embarazos presentan una localización ectópica. Por su parte, en Alemania, las cifras reportadas indican la ocurrencia de 20 embarazos ectópicos por cada 1000 nacidos vivos. En cuanto al Reino Unido, las estadísticas muestran que diariamente se identifican 30 casos de embarazo ectópico entre mujeres, lo que, proyectado a lo largo de un año, equivale aproximadamente a 12 000 diagnósticos de esta condición²⁹.

Es la causa más común de muerte materna en el primer trimestre, representando entre el 6% y el 13% del total de estas muertes. Existe una marcada disparidad en los resultados entre países desarrollados y en desarrollo. Mientras que en los países de altos ingresos el riesgo de muerte es de 0.1% a 0.3%, en los países en desarrollo esta cifra aumenta drásticamente, situándose entre el 1% y el 3%²⁹.

Los datos específicos para América Latina son más limitados y a menudo se agrupan con los de otras regiones en desarrollo. Sin embargo, los estudios disponibles indican que el embarazo ectópico representa un problema de salud pública significativo. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incluyó a 6 países de América Latina y el Caribe (Argentina, Bolivia, Brasil, República Dominicana, El Salvador y Perú) encontró que, de un total de 24,424 mujeres en la muestra, el 7.8% correspondía a embarazos ectópicos. La prevalencia fue menor en esta región (5.6%) en comparación con África (9.1%)³⁰.

Fisiopatología

La fisiopatología del embarazo ectópico es un proceso multifactorial que se puede entender como una desincronización crítica entre el desarrollo del embrión y su transporte hacia el útero. Involucra una cascada de eventos celulares y moleculares que culminan en la

implantación en un sitio anómalo y, frecuentemente, en una emergencia médica³¹.

El proceso se puede dividir en tres fases secuenciales:

Fase 1: El Fracaso del Transporte Tubárico. En condiciones normales, el óvulo fecundado (ahora un cigoto y luego un blastocisto) viaja desde la ampolla de la trompa de Falopio hasta la cavidad uterina en un lapso de 3 a 5 días. Este transporte es un proceso activo y finamente regulado por dos mecanismos principales: Movimientos coordinados del músculo liso de la pared tubárica. El barrido rítmico de los cilios del epitelio tubárico (endosálpinx). La disfunción en uno o ambos mecanismos conduce al retraso o detención del embrión. Los principales factores patológicos son³²:

Daño Ciliar (Disfunción Ciliar): Es el mecanismo más implicado. La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), especialmente por *Chlamydia trachomatis*, es un agente causal clave. La infección provoca una respuesta inflamatoria que lleva a la destrucción de las células ciliadas y a la pérdida de su motilidad coordinada. El embrión, en lugar de ser impulsado hacia el útero, queda estancado³³.

Alteración de la Contractilidad Muscular: La inflamación crónica y la cicatrización (fibrosis) post-infecciosa o post-quirúrgica pueden desorganizar la arquitectura del músculo liso, alterando las ondas peristálticas. Además, mediadores inflamatorios como las prostaglandinas y las citoquinas pueden interferir con la señalización hormonal (principalmente progesterona y estrógenos) que regula estas contracciones³³. **Obstrucción Anatómica y Adherencias:** La fibrosis post-quirúrgica o la endometriosis pueden crear adherencias, estenosis (estrechamientos) o divertículos (bolsas ciegas) en la luz de la trompa, atrapando físicamente al embrión en su trayecto³³.

Fase 2: La Implantación Inapropiada y la Reacción Tisular. Mientras el transporte falla, el blastocisto continúa su desarrollo. Alcanza la etapa de implantación (aproximadamente 6-7 días post-fecundación) mientras todavía se encuentra en la trompa³⁴.

El trofoblasto, la capa externa del blastocisto, está genéticamente programado para ser altamente invasivo. No discrimina el tejido; su función es infiltrarse para establecer una conexión vascular con la madre. El endometrio sufre una transformación llamada reacción decidual, volviéndose grueso, altamente vascularizado y secretor. La decidua no solo nutre al embrión, sino que también controla y limita la profundidad de la invasión del trofoblasto³⁴.

En la Trompa: El endosálpinx es una capa delgada, con una submucosa pobre y sin capacidad para una reacción decidual adecuada. Esta falta de control permite que el trofoblasto sincitial invada profundamente, atravesando el epitelio y penetrando en la capa muscular (miosalpinx) e incluso en la serosa³⁵.

Invasión y Angiogénesis Patológica: El trofoblasto secreta enzimas proteolíticas que digieren el tejido tubárico y factores de crecimiento como el Factor de Crecimiento Endotelial

Vascular (VEGF) para promover la angiogénesis (formación de nuevos vasos sanguíneos). Sin embargo, estos vasos son frágiles, tortuosos y carecen de la estructura robusta de los vasos espirales del útero, lo que los hace extremadamente propensos a la rotura³⁵.

Fase 3: La Evolución Clínica y la Ruptura. A medida que el embarazo ectópico progresa, la combinación de la invasión tisular y el crecimiento del saco gestacional conduce a la catástrofe clínica. A pesar de su ubicación anómala, el trofoblasto produce gonadotropina coriónica humana (hCG), que mantiene al cuerpo lúteo en el ovario. Esto explica por qué las pruebas de embarazo son positivas y por qué la mujer puede experimentar síntomas tempranos de embarazo. El crecimiento del embrión y la acumulación de sangre estiran la delgada pared de la trompa de Falopio. Esta distensión activa las fibras nerviosas, causando el característico dolor abdominal agudo³⁶.

La Ruptura Tubárica: Es el evento final y más peligroso. La pared tubárica, debilitada por la digestión enzimática del trofoblasto y estirada hasta su límite elástico, finalmente se rompe. La erosión de los vasos sanguíneos subyacentes o la rotura de los neovasos frágiles provoca una hemorragia masiva hacia la cavidad peritoneal (hemoperitoneo). La pérdida rápida de un gran volumen de sangre conduce a hipovolemia, taquicardia, hipotensión y, si no se trata, a un shock hipovolémico y la muerte. El dolor referido al hombro (signo de Kehr) es causado por la irritación del nervio frénico por la sangre acumulada bajo el diafragma³⁶.

Tipos de Embarazo Ectópico

Los embarazos ectópicos se clasifican según el sitio anatómico donde el blastocisto se implanta fuera de la cavidad uterina. La gran mayoría ocurre en las trompas de Falopio, pero existen otras localizaciones menos comunes, cada una con características y riesgos específicos³⁷.

Embarazo Ectópico Tubárico

El más común: >95% de los casos. Ocurre cuando la implantación se da en cualquier porción de la trompa de Falopio. Se subclasifica según la zona específica³⁷:

Embarazo Ampular. Localización: En la ampolla, la porción más ancha y distal de la trompa, donde normalmente ocurre la fecundación. Es el tipo más común, representando aproximadamente el 70-80% de todos los embarazos ectópicos. Debido a que la ampolla es relativamente distensible, el embarazo puede crecer durante más tiempo antes de causar síntomas o una ruptura. A menudo, puede terminar en un "aborto tubárico", donde el tejido gestacional es expulsado por el extremo de la trompa (las fimbrias) hacia la cavidad abdominal³⁷.

Embarazo Ístmico. Localización: En el istmo, la porción estrecha de la trompa que se conecta con el útero. Representa alrededor del 12-15% de los casos. Es particularmente peligroso. Como el istmo es una porción muy estrecha y poco flexible, la ruptura tiende a

ocurrir mucho más temprano (entre las 6 y 8 semanas de gestación) y a menudo se asocia con una hemorragia significativa y súbita³⁸.

Embarazo Fímbrico. Localización: En las fimbrias, las proyecciones en forma de dedos al final de la trompa, cerca del ovario. Ocurre en aproximadamente el 5% de los casos, a menudo resulta en un aborto tubárico hacia la cavidad peritoneal³⁸.

Embarazo Intersticial (o Cornual). Localización: En la porción de la trompa que atraviesa la pared muscular del útero (el miometrio). Es raro, constituyendo el 2-4% de los ectópicos, pero es el tipo tubárico más peligroso. Puede crecer mucho más que otros embarazos tubáricos debido a que está rodeado por el músculo uterino. Sin embargo, cuando se rompe (generalmente más tarde, entre las 9 y 16 semanas), la hemorragia es a menudo catastrófica y potencialmente mortal debido a la alta vascularización de la zona, con proximidad a las arterias uterinas y ováricas³⁹.

Embarazo Ectópico No Tubárico

Menos común: <5% de los casos. Estos son raros, pero a menudo presentan desafíos diagnósticos y terapéuticos únicos⁴⁰.

Embarazo Ovárico. El embrión se implanta directamente sobre el tejido del ovario. Representa el 1-3% de los ectópicos. A menudo se confunde con un quiste ovárico hemorrágico o un cuerpo lúteo roto, lo que dificulta su diagnóstico antes de la cirugía⁴⁰.

Embarazo Cervical. Localización: La implantación ocurre en el canal del cuello uterino. Muy raro (<1%). Extremadamente peligroso por el riesgo de hemorragia masiva e incontrolable al intentar removerlo. El tejido cervical es muy vascular y no tiene la capacidad contráctil del cuerpo uterino para detener el sangrado. En el pasado, a menudo requería una histerectomía (extirpación del útero)⁴¹.

Embarazo Abdominal. Localización: El embrión se implanta en la cavidad peritoneal, pudiendo adherirse a órganos como el intestino, el hígado o los grandes vasos. Muy raro (<1.5%). Puede ser primario (implantación directa en el abdomen) o secundario (tras un aborto tubárico). Puede pasar desapercibido y avanzar más en la gestación que otros ectópicos. La extracción quirúrgica es muy compleja y riesgosa, ya que la placenta puede estar adherida a estructuras vitales⁴².

Embarazo Heterotópico. No es un tipo de localización, sino la coexistencia de un embarazo intrauterino normal y un embarazo ectópico al mismo tiempo. Históricamente era extremadamente raro (1 en 30,000 embarazos). Sin embargo, su incidencia ha aumentado drásticamente (hasta 1 en 500) con el uso de técnicas de reproducción asistida (FIV)⁴³.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar un embarazo ectópico son todas aquellas condiciones o antecedentes que interfieren con el transporte normal del óvulo fecundado a través de la

trompa de Falopio hacia el útero. El tema central es el daño o la disfunción tubárica⁴⁴.

Estos factores se pueden clasificar según la fuerza de su asociación con la enfermedad.

Factores de Alto Riesgo (Aumentan significativamente la probabilidad)

Embarazo Ectópico Previo: Es el factor de riesgo más importante. La condición subyacente que causó el primer ectópico (daño en la trompa) probablemente persiste. Además, la cirugía para tratarlo pudo haber generado más cicatrices. Una mujer con un ectópico previo tiene un riesgo de recurrencia de aproximadamente el 10-15%⁴⁴.

Cirugía Tubárica Previa: Cualquier intervención quirúrgica en las trompas de Falopio puede dejar cicatrices (fibrosis) y adherencias que alteran su anatomía y motilidad. Esto incluye: Ligadura de trompas (esterilización): Si falla, el embarazo resultante tiene una alta probabilidad de ser ectópico. Recanalización tubárica (reversión de la ligadura): La unión quirúrgica de los segmentos de la trompa puede no ser perfecta. Cirugía para tratar un ectópico anterior (salpingostomía)⁴⁴.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) Documentada: Las infecciones, especialmente por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, causan una inflamación severa del endosálpinx (el revestimiento interno de la trompa). Esto destruye los cilios (estructuras que impulsan al embrión) y crea tejido cicatricial, obstruyendo o ralentizando el paso. El riesgo aumenta con el número y la severidad de los episodios de EPI⁴⁵.

Exposición Intrauterina al Dietilestilbestrol (DES): El DES, un estrógeno sintético prescrito en el pasado para prevenir abortos espontáneos, causaba malformaciones congénitas en el tracto reproductivo de las hijas de las mujeres que lo tomaron, incluyendo anomalías en la forma y función de las trompas⁴⁵.

Factores de Riesgo Moderado

Infertilidad: La infertilidad en sí misma es un marcador de que puede existir un problema subyacente en el sistema reproductivo. A menudo, la causa de la infertilidad es la misma que la del ectópico (ej. patología tubárica)⁴⁶.

Infecciones Genitales Previas (especialmente Clamidia):

Mecanismo: Incluso si una infección por clamidia no fue lo suficientemente severa como para ser diagnosticada como EPI, puede causar un daño "silencioso" y subclínico a los cilios de las trompas, afectando su función⁴⁷.

Múltiples Parejas Sexuales: Este es un factor de riesgo conductual que actúa como un indicador indirecto. Tener múltiples parejas sexuales aumenta la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) que pueden llevar a una EPI⁴⁷.

Tabaquismo: Es un factor de riesgo dosis-dependiente (a más cigarrillos, mayor riesgo). La nicotina y otros componentes del humo del cigarrillo tienen varios efectos negativos: Paralizan los cilios de las trompas, disminuyendo su capacidad de barrido. Alteran las

contracciones musculares de la pared tubárica. Pueden modificar la receptividad del endometrio⁴⁸.

Factores de Riesgo Leve o Menos Establecidos

Edad Materna Avanzada (>35 años): Se cree que es el resultado de la acumulación de otros factores de riesgo a lo largo del tiempo y de posibles cambios fisiológicos relacionados con la edad en la función tubárica. Cirugías como apendicectomías o cesáreas pueden generar adherencias pélvicas externas que comprimen, acodan o distorsionan las trompas de Falopio, dificultando el paso del embrión⁴⁹.

Uso de Dispositivo Intrauterino (DIU): El DIU es un método anticonceptivo muy eficaz y reduce drásticamente el riesgo absoluto de tener cualquier tipo de embarazo, incluido el ectópico. Sin embargo, si una mujer queda embarazada a pesar de tener un DIU, la probabilidad de que ese embarazo sea ectópico es mucho mayor. Esto se debe a que el DIU previene muy eficazmente la implantación dentro del útero, pero tiene menos efecto en prevenir la fecundación y la implantación en la trompa⁴⁹.

Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): La Fecundación In Vitro (FIV) y la inducción de la ovulación aumentan el riesgo. Las causas son multifactoriales: la propia patología que llevó a la infertilidad, los altos niveles hormonales que pueden afectar la motilidad tubárica y la posibilidad de que los embriones transferidos al útero migren retrógradamente hacia la trompa⁵⁰.

Diagnóstico de embarazo ectópico

El diagnóstico del embarazo ectópico es un proceso de investigación clínica que rara vez depende de un único hallazgo. En cambio, se basa en la integración de tres pilares fundamentales: la sospecha clínica, los análisis de sangre seriados y la ecografía. El objetivo es confirmar la existencia de un embarazo y, de manera crucial, determinar su localización⁵¹.

La Sospecha Clínica (El Punto de Partida). Todo comienza con la historia clínica y el examen físico de la paciente. El médico buscará la "tríada clásica" de síntomas, aunque es importante destacar que menos del 50% de las pacientes la presentan completa⁵¹:

Amenorrea

Dolor Abdominal o Pélvico

Sangrado Vaginal Anormal

Durante el examen físico, el médico puede encontrar: Sensibilidad a la palpación en el abdomen bajo, especialmente en una de las fosas ilíacas. Dolor a la movilización del cuello uterino durante el examen pélvico. En casos de ruptura, signos de shock hemorrágico: palidez, sudoración, taquicardia (pulso rápido), hipotensión (presión arterial baja) y abdomen en tabla. La presencia de estos síntomas en una mujer en edad fértil, especialmente si tiene

factores de riesgo, enciende la alarma para iniciar el estudio diagnóstico⁵² de embarazo ectópico complicado que terminará en una cirugía para evitar la muerte materna

La Medición Cuantitativa de la β -hCG (La Pista Bioquímica). La gonadotropina coriónica humana (β -hCG) es la hormona del embarazo. Su medición cuantitativa (el nivel exacto en sangre) es esencial, no solo una vez, sino de forma seriada⁵³.

En un embarazo intrauterino normal y viable, el nivel de β -hCG se duplica aproximadamente cada 48 a 72 horas durante el primer trimestre. Un embarazo ectópico se caracteriza por un aumento subóptimo de la β -hCG. El nivel aumenta, pero no llega a duplicarse en el tiempo esperado. Por ejemplo, si el nivel inicial es de 500 mUI/mL, en 48 horas se esperaría que fuera cercano a 1000 mUI/mL. Un nivel de 650 mUI/mL sería sospechoso. Esta prueba por sí sola no diagnostica un ectópico (un embarazo intrauterino no viable también puede tener un aumento lento), pero es una pista bioquímica muy fuerte⁵³.

La Ecografía Transvaginal (La Evidencia Visual) Es la herramienta de imagen más importante. Se introduce un traductor de ultrasonido en la vagina para obtener imágenes de alta resolución del útero, los ovarios y las trompas de Falopio. El objetivo de la ecografía es responder a dos preguntas:

Si se visualiza un saco gestacional con un saco vitelino o un embrión dentro de la cavidad uterina, el diagnóstico de embarazo ectópico se descarta casi por completo (a excepción del rarísimo embarazo heterotópico). A veces, se puede visualizar directamente una masa en el anexo (la zona de las trompas y ovarios) que corresponde al embarazo ectópico. La presencia de un saco gestacional con un embrión y latido cardíaco fuera del útero es un hallazgo 100% diagnóstico, aunque poco frecuente^{54,55}.

La Clave del Diagnóstico: Correlación β -hCG y Ecografía (La "Zona Discriminatoria"). El diagnóstico definitivo lo da el estudio patológico de la pieza operatoria, a menudo surge de combinar los dos pilares anteriores, utilizando el concepto de la "zona discriminatoria de hCG"⁵⁶.

Zona Discriminatoria: Es el nivel de β -hCG (generalmente entre 1,500 y 2,000 mUI/mL) por encima del cual un embarazo intrauterino normal debería ser visible en una ecografía transvaginal⁵⁶.

Esto crea varios escenarios diagnósticos:

Escenario A (Alta Sospecha): El nivel de β -hCG es superior a 2,000 mUI/mL, pero en la ecografía el útero está vacío. Esta combinación es altamente sugestiva de un embarazo ectópico. Escenario B (Indeterminado): El nivel de β -hCG es inferior a 1,500 mUI/mL y el útero está vacío. Esto se considera un "embarazo de localización desconocida" (PUL, por sus siglas en inglés). Puede ser un embarazo intrauterino muy temprano, un aborto espontáneo en curso o un embarazo ectópico. La conducta es repetir la β -hCG y la ecografía en 48

horas⁵⁶.

Escenario C (Diagnóstico Directo): La ecografía muestra una masa anexial sospechosa o un saco gestacional fuera del útero, independientemente del nivel de β -hCG⁵⁶.

Otras Herramientas Diagnósticas (Menos Comunes) Nivel de Progesterona en Sangre: Un nivel muy bajo (<5 ng/mL) sugiere fuertemente un embarazo no viable (ectópico o aborto), mientras que un nivel alto (>20 ng/mL) sugiere un embarazo intrauterino viable. Es una prueba de apoyo⁵⁶.

Laparoscopia Diagnóstica: Es el estándar de oro (gold standard). Se realiza una cirugía mínimamente invasiva para visualizar directamente los órganos pélvicos. Se reserva para casos donde el diagnóstico no es claro o cuando la paciente está clínicamente inestable. A menudo, el procedimiento diagnóstico se convierte inmediatamente en terapéutico (se extirpa el ectópico en la misma cirugía)⁵⁶.

Tratamiento de Embarazo Ectópico

El tratamiento del embarazo ectópico es una decisión médica crucial que depende de varios factores, incluyendo la estabilidad clínica de la paciente, el tamaño del embarazo ectópico, los niveles de β -hCG y el deseo de futuros embarazos. Un embarazo ectópico nunca es viable y siempre requiere intervención.

Las opciones de tratamiento se dividen en tres categorías principales: Manejo Médico (Farmacológico)

Manejo Quirúrgico

Manejo Expectante (Observación)

Manejo Médico con Metotrexato (MTX). Es la opción de primera línea para pacientes clínicamente estables que cumplen con criterios estrictos. El Metotrexato es un fármaco antagonista del ácido fólico. El ácido fólico es esencial para la síntesis de ADN y la división celular. Al bloquear su acción, el metotrexato detiene el crecimiento de las células del trofoblasto (la parte del embrión que forma la placenta), que se dividen rápidamente. Esto provoca la muerte del tejido gestacional, que luego es reabsorbido por el cuerpo⁵⁷.

La paciente no debe tener signos de sangrado activo o ruptura (presión arterial normal, sin dolor severo). Nivel de β -hCG: Generalmente, el nivel inicial debe ser $< 5,000$ mUI/mL. A niveles más altos, el tratamiento tiene menos probabilidades de éxito. La masa ectópica en la ecografía debe ser pequeña, usualmente $< 3.5 - 4$ cm. Si se detecta latido cardíaco en el embrión ectópico, el metotrexato está contraindicado. El fármaco se metaboliza en el hígado y se elimina por los riñones, por lo que se requieren análisis de sangre para asegurar que estos órganos funcionan bien. Existe un riesgo de fracaso del tratamiento (5-10%), que podría llevar a una ruptura tubárica y requerir una cirugía de emergencia⁵⁸.

Manejo Quirúrgico. Es el tratamiento más común y es obligatorio en casos de emergencia.

En paciente con signos de ruptura tubárica y shock hipovolémico (hipotensión, taquicardia). Está indicado si los niveles de β -hCG no descienden adecuadamente después del metotrexato. El abordaje quirúrgico casi siempre se realiza por Laparoscopia (cirugía mínimamente invasiva) cuando la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, que ofrece una recuperación más rápida y menos dolor que la Laparotomía Exploratoria (cirugía abierta), la cual se reserva para casos de hemorragia masiva o inestabilidad extrema⁵⁹.

Formulación del problema general

¿Cuáles son los factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores epidemiológicos, de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?

¿Cuáles son los factores clínicos de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?

¿Cuál es la evolución de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?

Justificación e importancia de la investigación Justificación.

El desarrollo de este estudio se justifica porque uno de los objetivos de la ciencia es la revisión constante de los problemas de salud, y esta patología es causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes siendo una de sus graves consecuencias la muerte o la esterilidad, de allí que estudiar esta problemática es de gran importancia para la ciencia.

Justificación metodológica. Es metodológicamente relevante porque permite caracterizar de manera sistemática a una población de alto riesgo en el contexto hospitalario su diseño está basado en el método científico cuya recolección de datos se realizó de manera sistemática para cumplir adecuadamente con los objetivos y evitar sesgos, lo que le hace útil para comparar sus resultados con otras realidades.

Justificación teórica. Desde el punto de vista teórico, el embarazo ectópico representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. El estudio permitirá profundizar en la comprensión de los factores

epidemiológicos (como edad, antecedentes obstétricos, infecciones previas, uso de anticonceptivos, entre otros), las manifestaciones clínicas y la evolución de los casos en el contexto local. Los hallazgos contribuirán a enriquecer la literatura científica, actualizar el conocimiento sobre la enfermedad y servirán de base para futuras investigaciones orientadas a mejorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del embarazo ectópico.

Justificación social. Este estudio tiene relevancia social porque permitirá dimensionar la magnitud del problema en la población estudiada, identificar grupos de riesgo y orientar estrategias de prevención, diagnóstico precoz y manejo oportuno, cuyos resultados podrán ser utilizados por autoridades sanitarias y profesionales de la salud para optimizar la atención, reducir la mortalidad materna y mejorar los resultados reproductivos.

Justificación práctica. En el ámbito práctico, los resultados del estudio serán útiles para los profesionales de la salud, ya que proporcionarán información actualizada sobre el perfil epidemiológico y clínico de las pacientes con embarazo ectópico, así como sobre su evolución y desenlaces. Esto permitirá mejorar los protocolos de atención, optimizar el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, y fortalecer la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia local.

Importancia

La importancia de este trabajo es poder reconocer la realidad en la localidad de Ica, para poder identificar los factores de riesgos más comunes, así como generar evidencia para diseñar estrategias preventivas

Objetivos Objetivo general.

Determinar los factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Objetivos específicos

Identificar los factores epidemiológicos, de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Explicar los factores clínicos de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Determinar la evolución de los pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

No aplica

Variables

Variable de estudio

Embarazo ectópico

Variables de caracterización Factores Epidemiológicos

- Edad de la gestante
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Procedencia
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Vaginitis
- Antecedente de aborto
- Uso de dispositivo intrauterino
- Tabaquismo
- Edad gestacional
- Localización

Factores Clínicos

- Dolor
- Anemia
- Metrorragia
- Hormona gonadotropina coriónica
- Ecografía

Evolución

- Tiempo de hospitalización
- Complicaciones postoperatorias

II.- ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo. Se trata de una investigación de carácter observacional, dado que no se realizó manipulación alguna sobre las variables estudiadas. Además, la naturaleza retrospectiva del estudio se justifica porque la información fue recabada a partir del análisis de historias clínicas previamente registradas. Por otro lado, la clasificación transversal obedece al hecho de que la variable de interés se evaluó en un único momento temporal. Finalmente, el diseño se considera descriptivo, ya que se centra en una sola variable principal.

Nivel: Descriptivo **Enfoque.** Cuantitativo **Diseño.** Descriptivo, Retrospectivo

Población. La población está constituida por todos los casos de embarazo ectópico ocurridos entre los años 2020 al 2025 que son 132 casos.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Paciente con diagnóstico de embarazo ectópico

Paciente con historia clínica que contenga la información para el desarrollo del estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Paciente operado de salpingectomía

Paciente operado de histerectomía

Paciente con neoplasias

Paciente con bloqueo tubárico por cirugía

Tamaño de muestra

Fórmula para proporciones con población conocida

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$$

N= Población= 132 pacientes

P= Proporción que incrementa el tamaño de muestra= 0,5 Q= 1-p= 0,5

d= Especificidad: 0,05

n= 98 casos de embarazo ectópico

Muestreo.

La muestra se seleccionó aleatoriamente luego de excluir a las historias clínicas que no tengan la información clara de la enfermedad y sus características.

Marco muestra.

Se trata de un listado electrónico de los pacientes que presentaron embarazo ectópico que se encuentra en el departamento de estadística.

Unidad de muestreo.

Paciente con embarazo ectópico confirmado quirúrgicamente.

Unidad de información.

Reporte clínico posoperatorio con análisis anatomopatológico

La técnica.

Para obtener la información se empleó la técnica documental, al revisar de manera precisa la información contenida en ella y extraer los datos que indiquen claramente los indicadores de cada variable.

Instrumento.

Se elaboró una ficha de recolección de datos en base a la literatura sobre las variables en estudio, la que se validará por 3 expertos.

Procesamiento de datos.

La información derivada del análisis documental de las historias clínicas fue registrada en una hoja de cálculo Excel utilizando un sistema de codificación. Posteriormente, estos datos fueron transferidos al software estadístico SPSS versión 29, lo que permitió generar tablas descriptivas que incluyan tanto frecuencias absolutas como porcentajes.

Ética.

Para este estudio se consideró los siguientes principios éticos.

No maleficencia. Esta investigación no produjo ni daño físico ni psicológicos a los participantes en razón de que desarrolló en sus historias clínicas, las que se trataron de manera responsable.

Beneficencia. Este estudio contribuirá a incrementar la evidencia clínica de una patología que pone en riesgo la vida de la mujer, en base a los hallazgos del perfil del paciente con embarazo ectópico.

Justicia. Todos los participantes fueron tratados de manera igual, para ello se les identificó con un número correlativo que conserva el anonimato y garantiza un trato sin discriminaciones.

III.- RESULTADOS

RESULTADOS

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

Tabla 1. Edad de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Edad	F	%
< 20 años	10	10,2%
20 a 34 años	34	34,7%
> 34 años	54	55,1%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El embarazo ectópico prevalece en los pacientes de edades mayores a 34 años, seguido de los que tienen 20 a 34 años, y en menor cuantía en los mejores de 20 años.

Figura 1. Edad de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

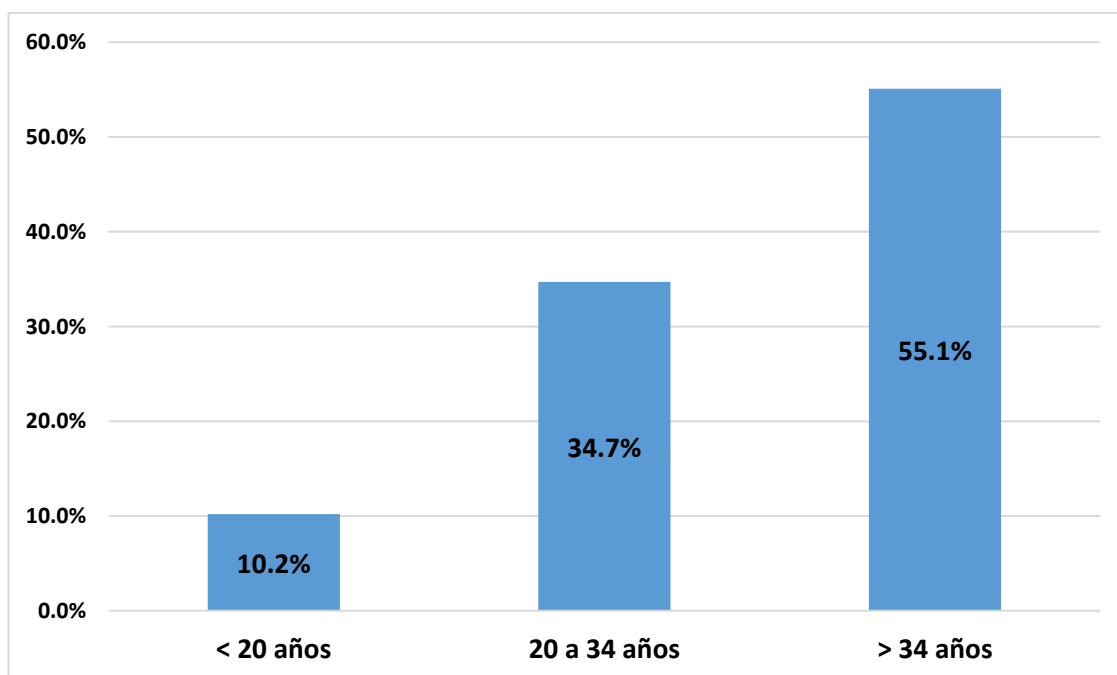


Tabla 2. Grado de instrucción de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Grado de instrucción	F	%
Primaria	27	27,6%
Secundaria	43	43,9%
Superior	28	28,6%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El mayor porcentaje de pacientes con embarazo ectópico tiene grado de instrucción secundaria (43,9%), mientras que los que tienen grado de instrucción superior o primaria tienen porcentajes similares 28,6% y 27,6% respectivamente.

Figura 2. Grado de instrucción de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

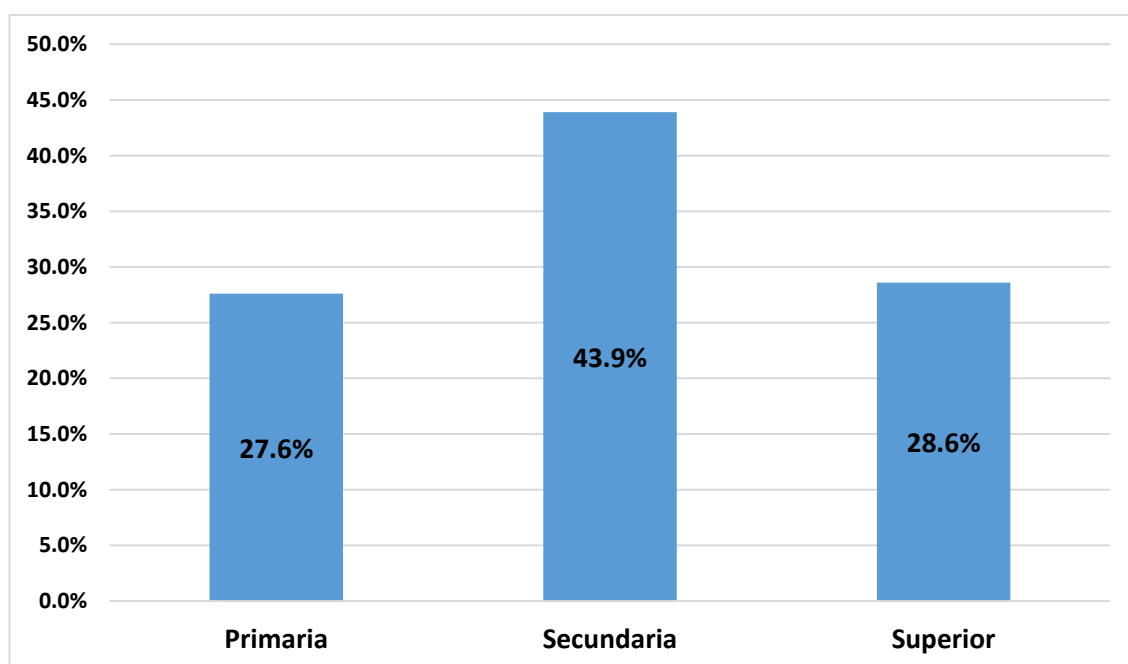


Tabla 3. Estado civil de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Estado civil	F	%
Soltera	21	21,4%
Separada	16	16,3%
Casada	34	34,7%
Conviviente	27	27,6%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El porcentaje mayor de embarazo ectópico se observa en los pacientes que son casada y convivientes con 34,7% y 27,6% constituyendo la mayoría de los pacientes, y en menor proporción se produce en pacientes solteras y separadas con 21,4% y 16,3% respectivamente.

Figura 3. Estado civil de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

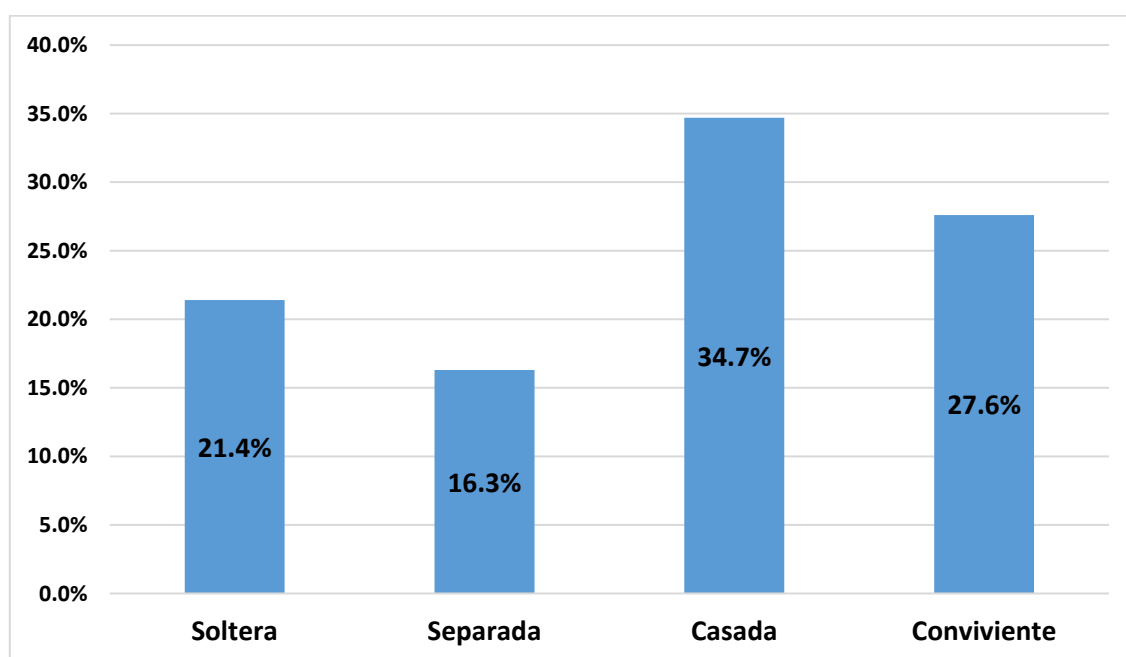


Tabla 4. Procedencia de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Procedencia	F	%
Ica distrito	55	56,1%
Otro distrito	43	43,9%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según los resultados el 56,1% de los pacientes con embarazo ectópico proceden de Ica distrito y el 43,9% de otros distritos de Ica no registrando procedencia de otras provincias.

Figura 4. Procedencia de las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

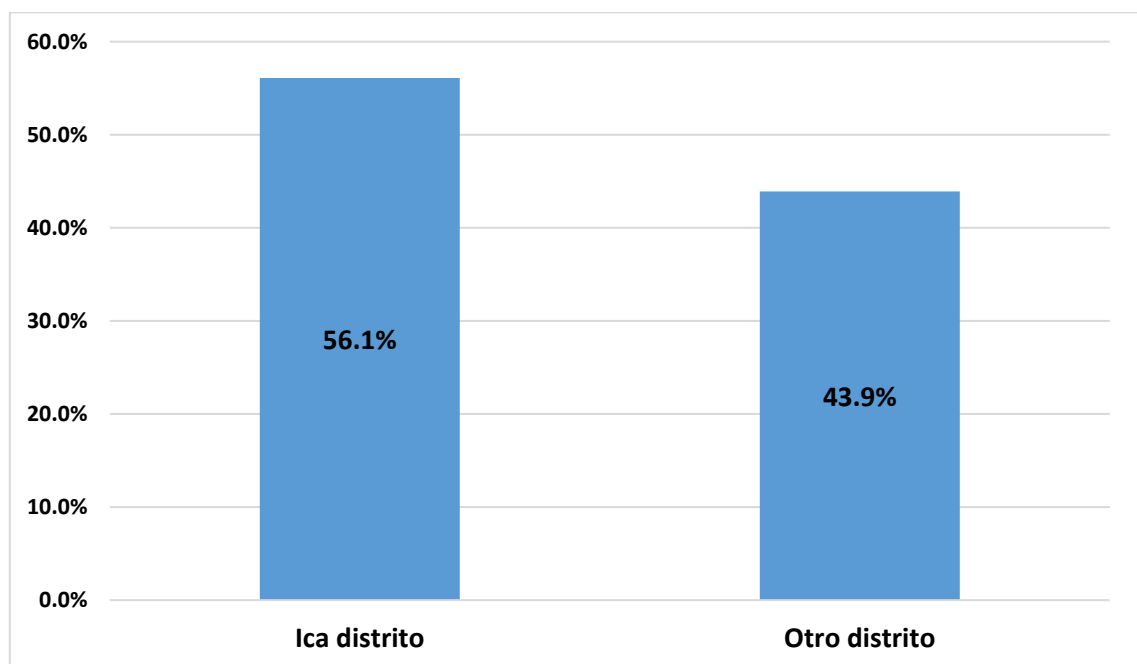


Tabla 5. Enfermedad pélvica inflamatoria en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Enfermedad pélvica inflamatoria	F	%
Si EPI	25	25,5%
No EPI	73	74,5%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La enfermedad pélvica inflamatoria como enfermedad frecuente en esta patología se observa que se presentó en el 25,5% de los pacientes con embarazo ectópico.

Figura 5. Enfermedad pélvica inflamatoria en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

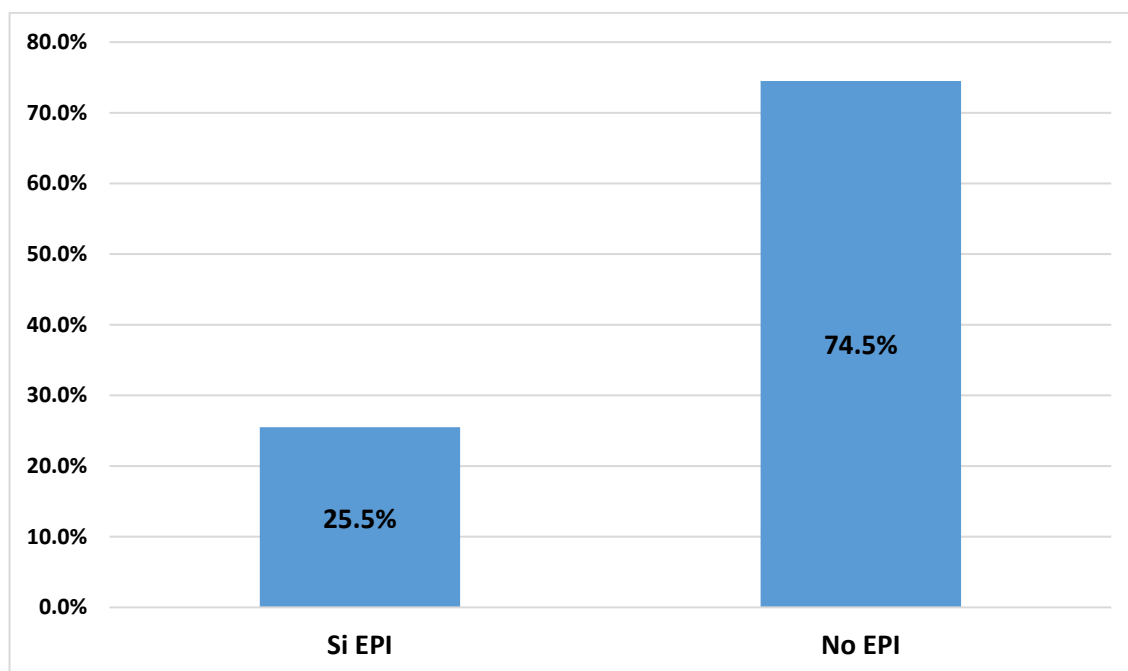


Tabla 6. Vaginitis en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Vaginitis	F	%
Si vaginitis	51	52,0%
No vaginitis	47	48,0%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La vaginitis como enfermedad frecuente en los pacientes con embarazo ectópico se presentó en el 52% de los pacientes.

Figura 6. Vaginitis en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

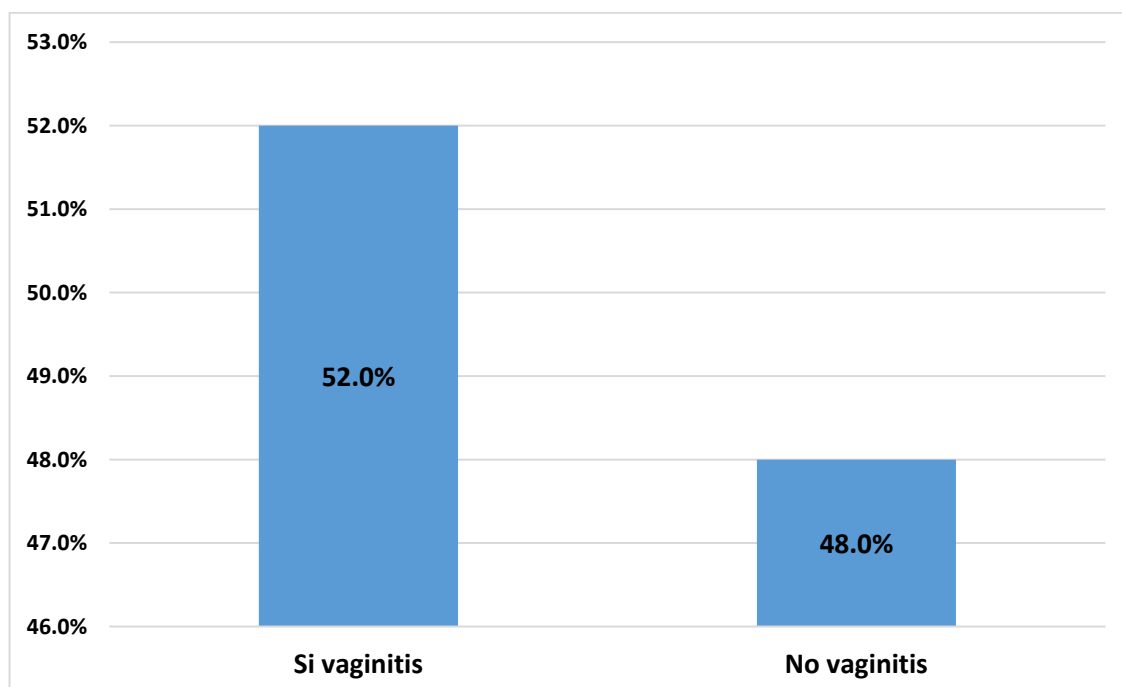


Tabla 7. Antecedente de aborto en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Antecedente de aborto	F	%
Si aborto	24	24,5%
No aborto	74	75,5%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las pacientes con embarazo ectópico tienen una alta prevalencia de antecedente de aborto, pues según el resultado el 24,5% de las pacientes con embarazo ectópico presentaron al menos un aborto.

Figura 7. Antecedente de aborto en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

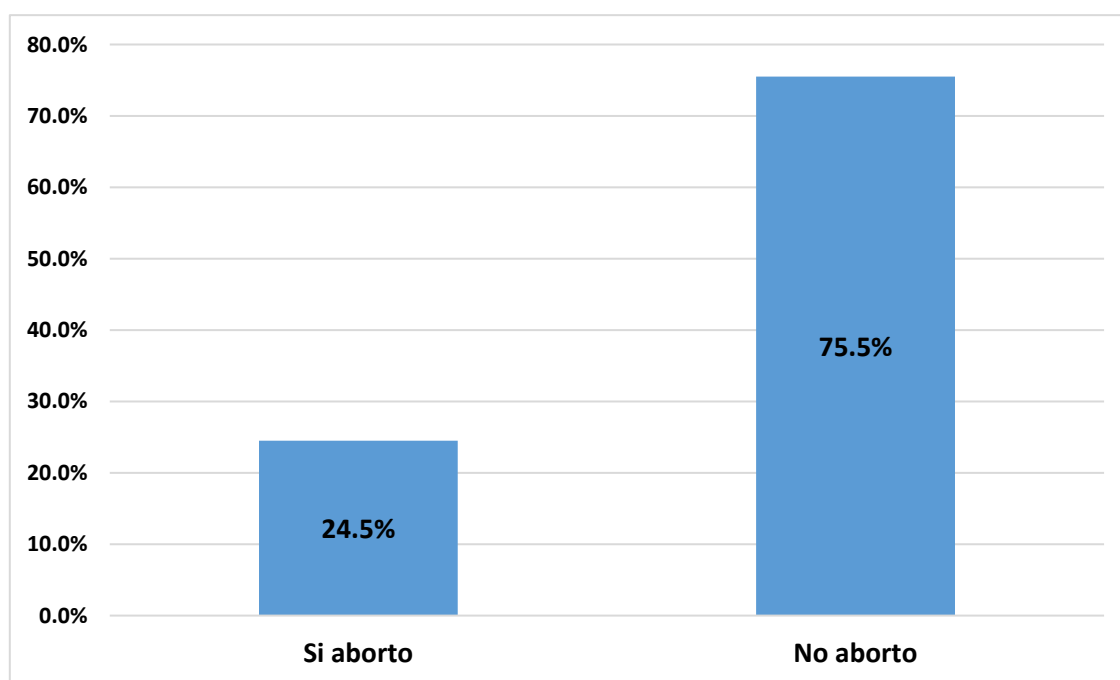


Tabla 8. Uso de dispositivo intrauterino en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Uso de dispositivo intrauterino	F	%
Si DIU	5	5,1%
No DIU	93	94,9%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla existe una alta frecuencia de usos de dispositivo intrauterino en los pacientes con embarazo ectópico pues el 5,1%n de los pacientes usaba dicho dispositivo.

Figura 8. Uso de dispositivo intrauterino en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

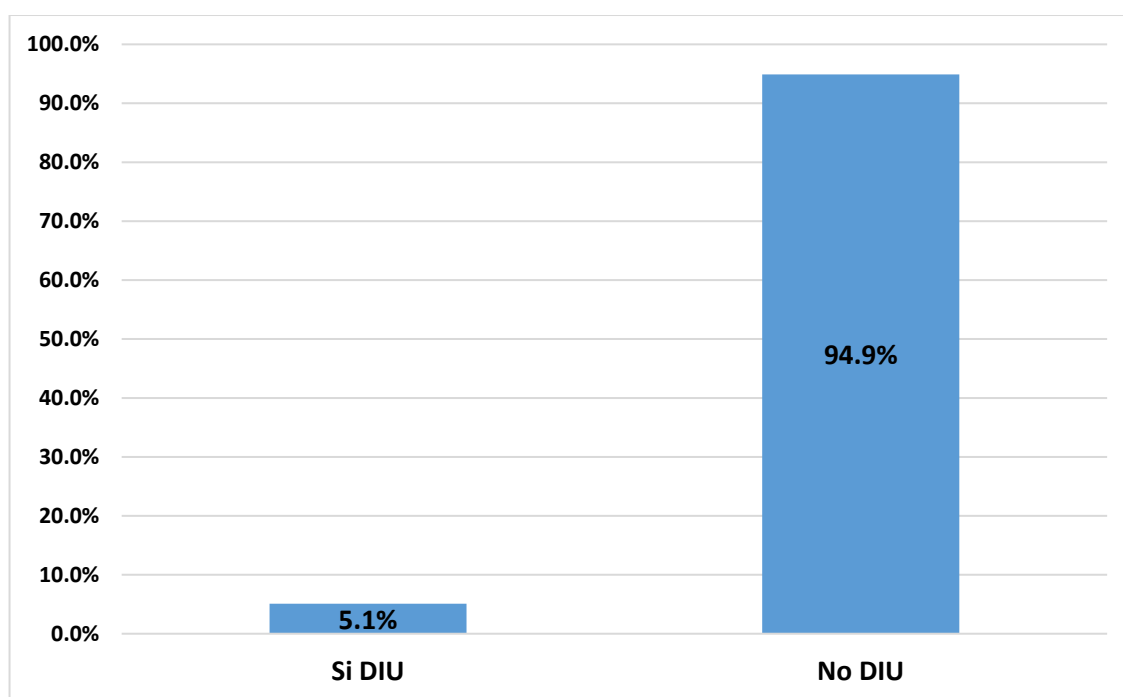


Tabla 9. Tabaquismo en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Tabaquismo	F	%
Consume tabaco	22	22,4%
No consume tabaco	76	77,6%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados demuestran que el 22,4% de las pacientes con embarazo ectópico consumían tabaco.

Figura 9. Tabaquismo en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

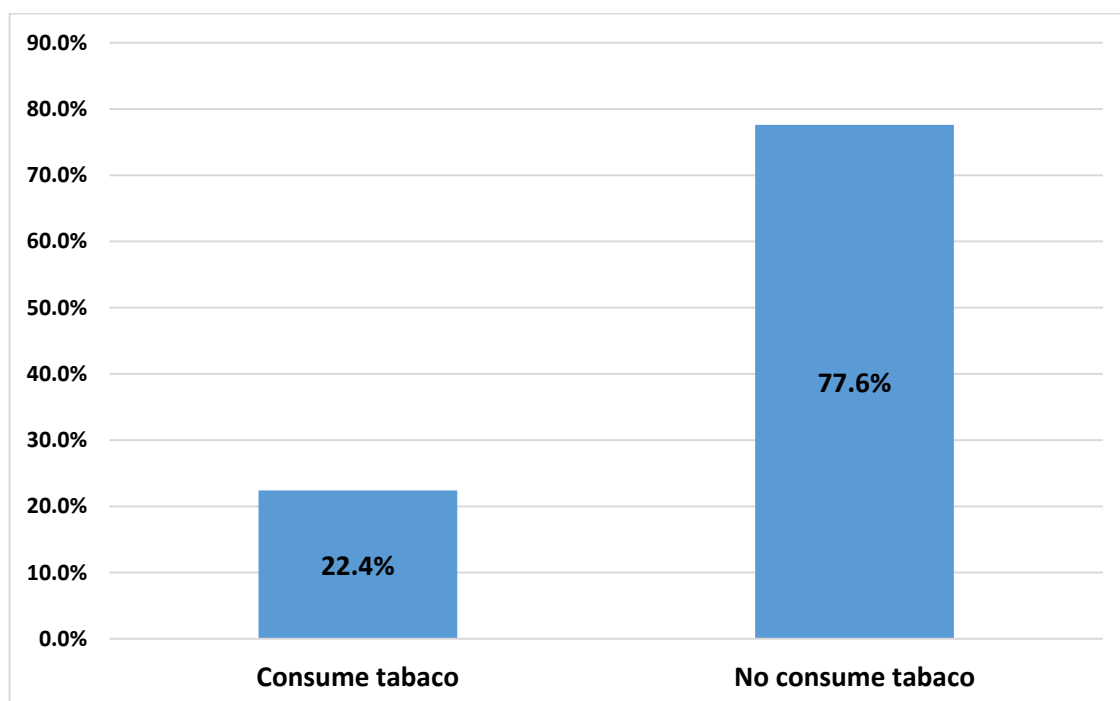


Tabla 10. Edad gestacional en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Edad gestacional	F	%
< 6 semanas	7	7,1%
6 a 8 semanas	75	76,5%
> 8 semanas	16	16,3%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los embarazos ectópicos suelen manifestarse a una edad gestacional entre 6 a 8 semanas en el 76,5% de los casos, mientras que en menor proporción se manifiesta entre las edades gestacionales mayor de 8 semanas o menor a 6 semanas con 16,3% y 7,1% respectivamente.

Figura 10. Edad gestacional en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

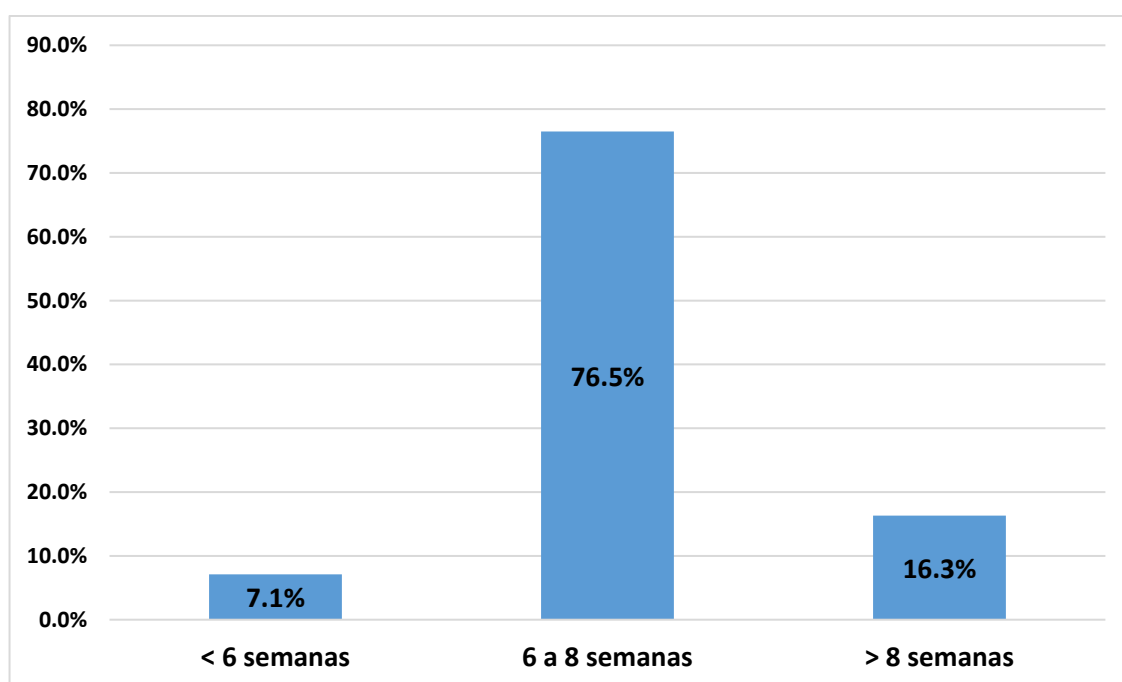


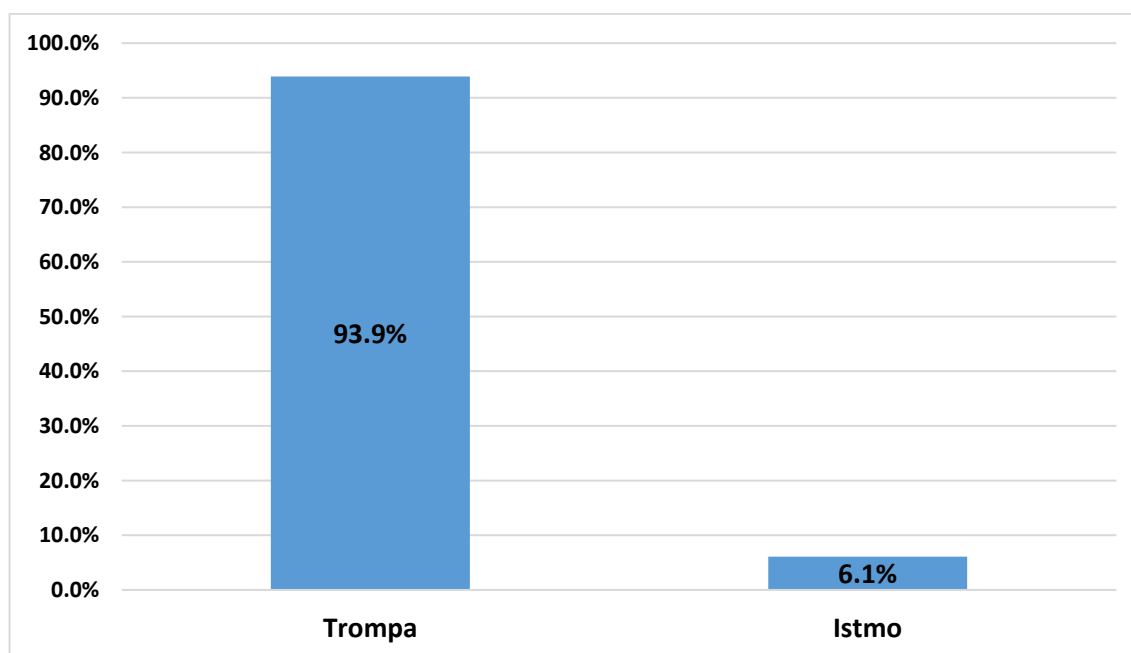
Tabla 11. Localización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Localización	F	%
Trompa (Ampular)	92	93,9%
Istmo	6	6,1%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las localizaciones de los embarazos ectópico en los órganos sexuales femeninos, se observa que el 93,9% se localizan en cualquier parte de la trompa de Falopio, y el 6,1% en el istmo.

Figura 11. Localización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025



FACTORES CLÍNICOS

Tabla 12. Dolor en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Dolor	F	%
Si dolor	89	90,8%
No dolor	9	9,2%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El dolor como síntoma prevalente no se presentó en todos los pacientes con embarazo ectópico, pues según los resultados se presentó en el 90,8% de pacientes.

Figura 12. Dolor en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

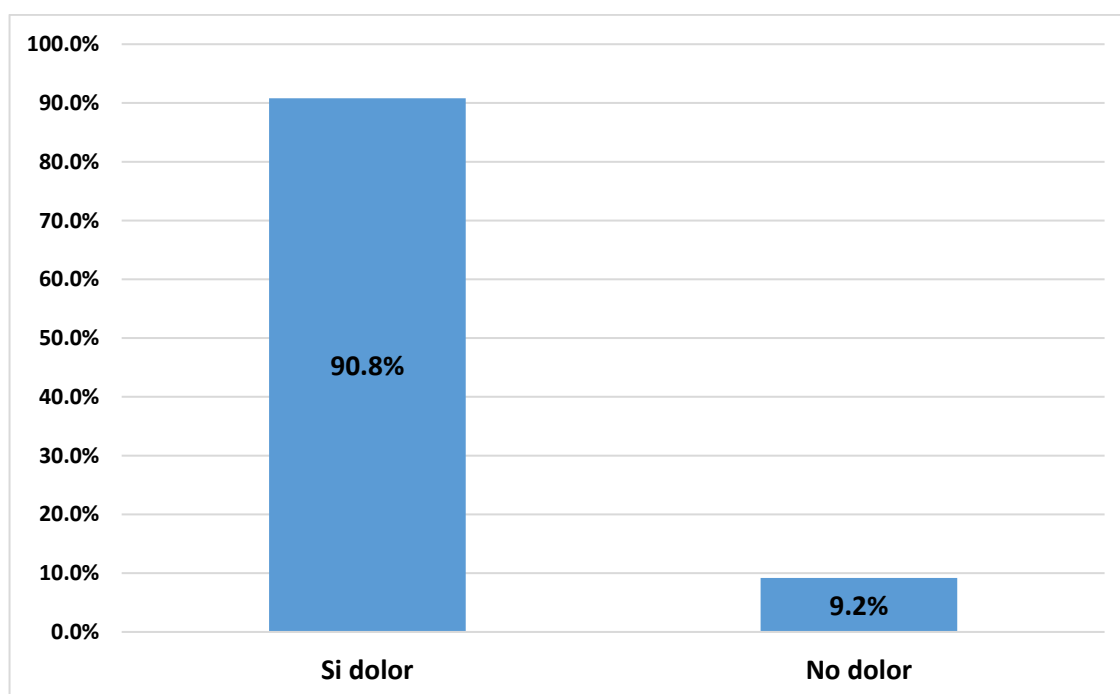


Tabla 13. Anemia prequirúrgica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Anemia	F	%
Hb < 11 mg/dl	54	55,1%
Hb ≥ 11 mg/dl	44	44,9%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La anemia con signo prequirúrgico en las pacientes con embarazo ectópico se presentó en el 55,1% de los pacientes.

Figura 13. Anemia prequirúrgica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

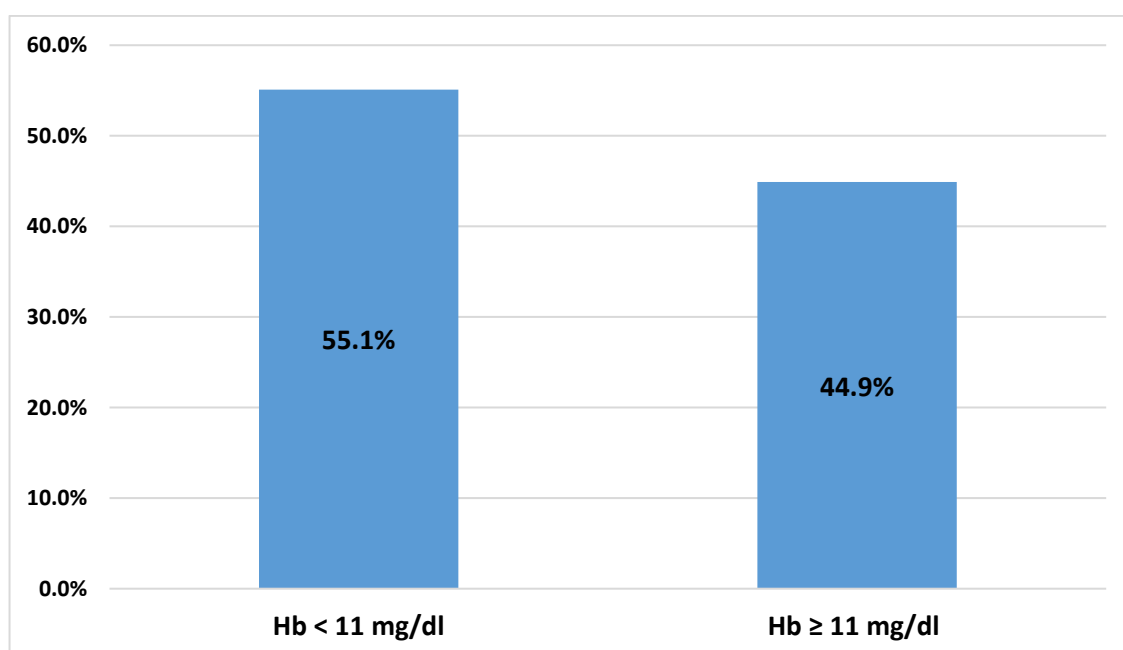


Tabla 14. Metrorragia en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Metrorragia	F	%
Si metrorragia	59	60,2%
No metrorragia	39	39,8%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La metrorragia prequirúrgica se presentó en el 60,2% de los pacientes con embarazo ectópico.

Figura 14. Metrorragia en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

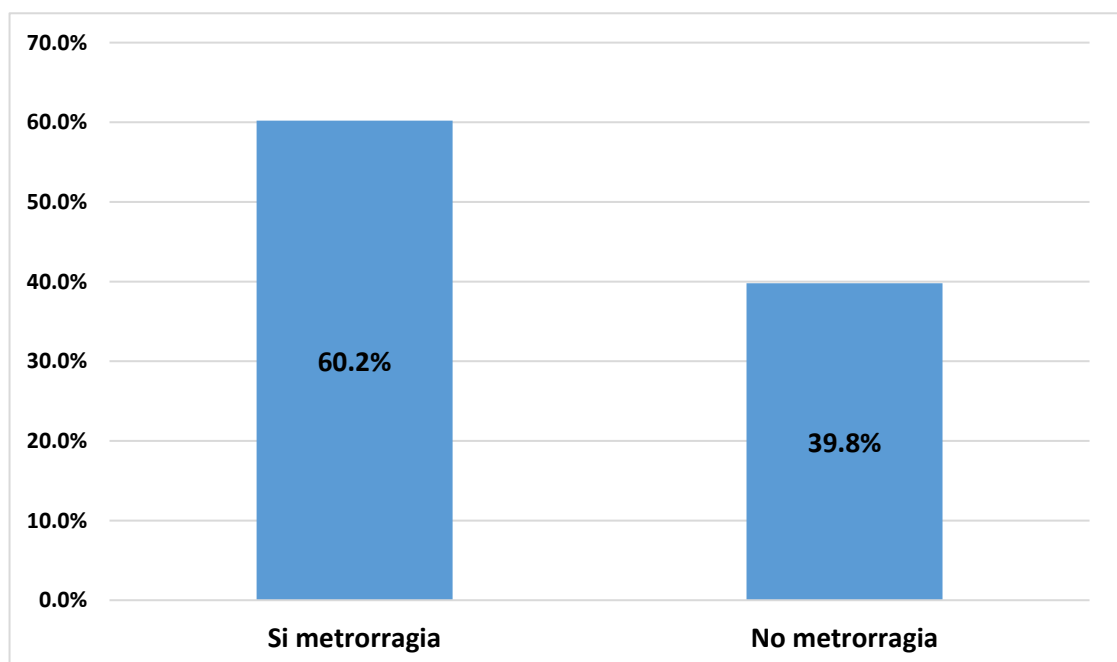


Tabla 15. Hormona gonadotropina coriónica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Hormona gonadotropina coriónica	F	%
Positivo	98	100,0%
Negativo	0	0,0%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El dosaje de la Hormona gonadotropina coriónica, resultó positiva para todas las pacientes con embarazo ectópico.

Figura 15. Hormona gonadotropina coriónica en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

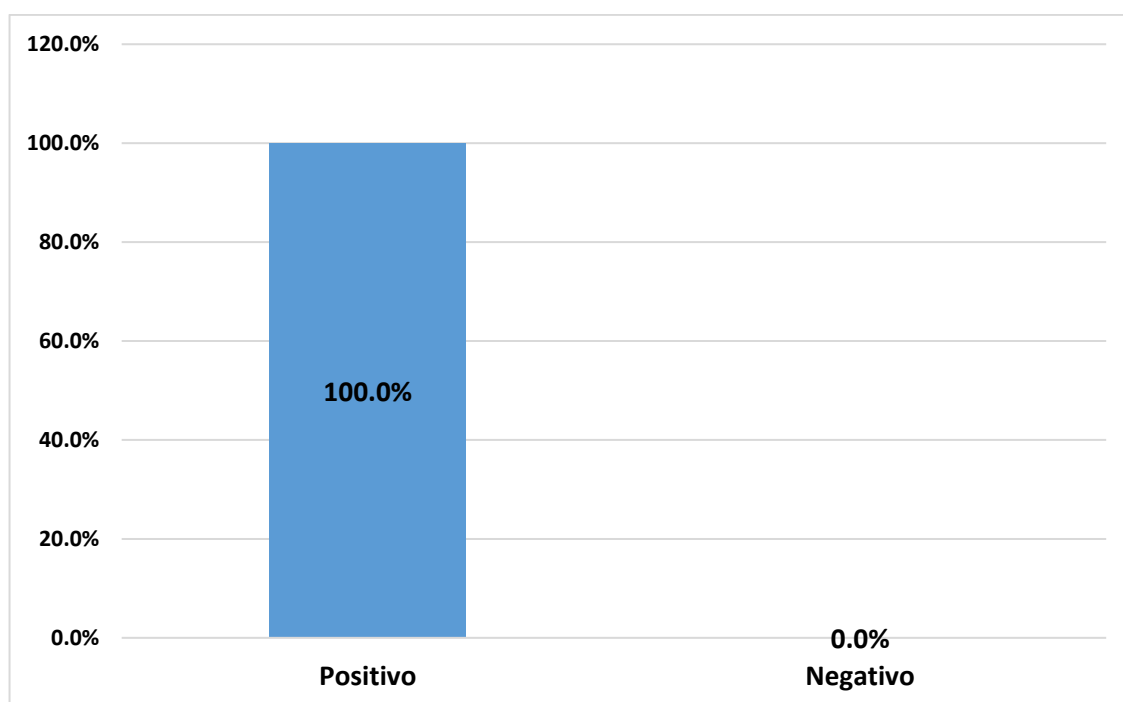


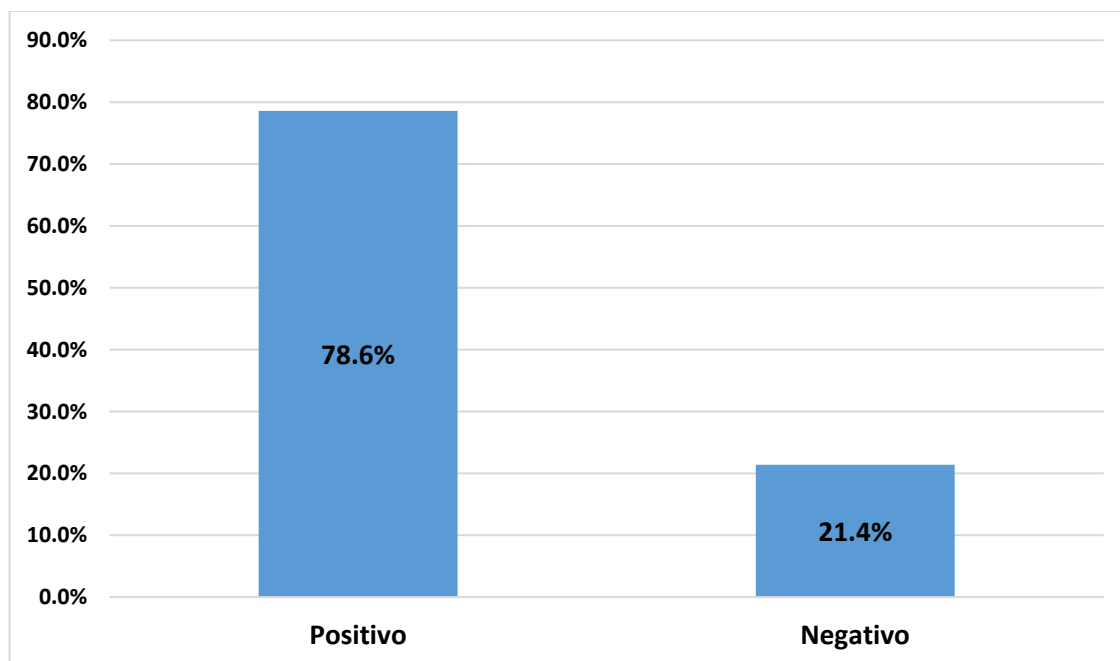
Tabla 16. Ecografía en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Ecografía	F	%
Positivo	77	78,6%
Negativo	21	21,4%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La ecografía como medio diagnóstico, no fue positivo en todos los casos, pues los resultados indican que tuvo una sensibilidad de 78% en el embarazo ectópico.

Figura 16. Ecografía en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025



EVOLUCIÓN

Tabla 17. Tiempo de hospitalización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Tiempo de hospitalización	F	%
< 3 días	74	75,5%
3 días a más	24	24,5%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El tiempo de hospitalización que mayormente prevaleció en los pacientes con embarazo ectópico fue de menos de 3 días en el 75,5% de los casos.

Figura 17. Tiempo de hospitalización en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

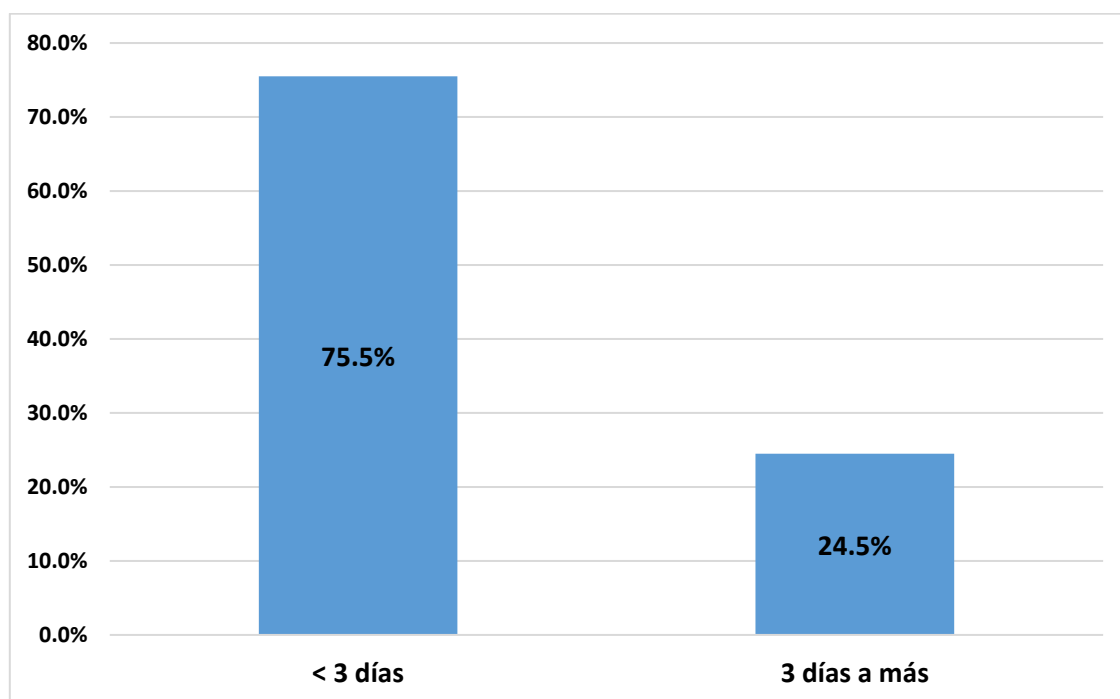


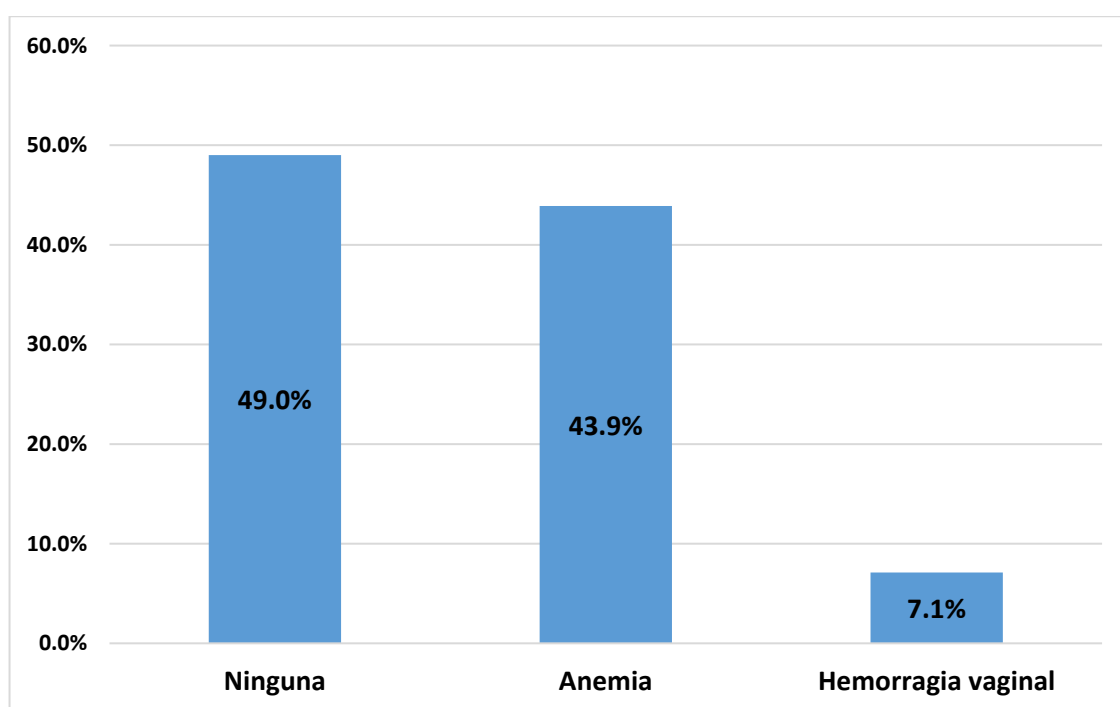
Tabla 18. Complicaciones postoperatorias en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

Complicaciones postoperatorias	F	%
Ninguna	48	49,0%
Anemia	43	43,9%
Hemorragia vaginal	7	7,1%
Total	98	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las complicaciones postoperatorias en las mujeres con embarazo ectópico se determinó que el 49% no presentó ninguna complicación, sin embargo, el 43,9% persistía con anemia y el 7,1% presentó hemorragia vaginal.

Figura 18. Complicaciones postoperatorias en las pacientes con embarazo ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025



IV. DISCUSIÓN

El presente resultado evidencia que el embarazo ectópico prevalece con mayor frecuencia en pacientes de 34 años o más, seguido del grupo etario de 20 a 34 años, mientras que se presenta en menor proporción en mujeres menores de 20 años. Esta distribución etaria concuerda con lo descrito en la literatura, donde la edad materna avanzada se reconoce como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de embarazo ectópico. El incremento de la prevalencia en mujeres mayores de 34 años puede explicarse por la acumulación de factores de riesgo gineco-obstétricos a lo largo de la vida reproductiva, tales como antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugías tubáricas previas, uso prolongado de dispositivos intrauterinos, tratamientos de reproducción asistida y mayor frecuencia de embarazos previos. Estos factores pueden ocasionar alteraciones anatómicas y funcionales de las trompas de Falopio, favoreciendo la implantación ectópica del blastocisto. Asimismo, los cambios fisiológicos relacionados con la edad, como la disminución de la motilidad tubárica y del aclaramiento ciliar, podrían contribuir a un tránsito embrionario anómalo, incrementando el riesgo de implantación fuera de la cavidad uterina. En el grupo de 20 a 34 años, aunque la prevalencia es menor que en el grupo de mayor edad, sigue siendo relevante debido a que corresponde al período de mayor actividad reproductiva, lo que aumenta la exposición al riesgo. Paz¹¹ en un estudio en Ecuador encuentra resultados similares pues según su estudio el embarazo ectópico prevaleció en el grupo de edad de 25 a 29 años siendo el 31,5% de casos, también el estudio de Christian¹⁴ encuentra una prevalencia mayor de embarazo ectópico en mujeres de edades de 31 a 40 años. Rodríguez¹⁸ en Arequipa también encuentra una mayor prevalencia del embarazo ectópico en las mujeres de edades entre 20 a 39 años.

El mayor porcentaje de pacientes con embarazo ectópico corresponde a mujeres con grado de instrucción secundaria (43,9%), mientras que aquellas con educación superior (28,6%) y educación primaria (27,6%) presentan proporciones similares. Esta distribución sugiere que el nivel educativo podría influir indirectamente en la ocurrencia del embarazo ectópico, principalmente a través de su relación con el acceso a información en salud, conductas reproductivas y utilización de los servicios sanitarios. La mayor proporción observada en mujeres con instrucción secundaria podría explicarse por el hecho de que este grupo suele concentrar una parte importante de la población en edad reproductiva, lo que incrementa la probabilidad de exposición a factores de riesgo como infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados y uso irregular de métodos anticonceptivos. Asimismo, aunque este nivel educativo proporciona conocimientos básicos, puede no ser suficiente para

garantizar una adecuada educación sexual y reproductiva o un reconocimiento temprano de signos de alarma, lo que retrasa la búsqueda de atención médica oportuna. Estos resultados son concordantes, con lo encontrado por Paz¹¹ en Ecuador que indica que el embarazo ectópico es más frecuente en mujeres con grado de instrucción secundaria.

El mayor porcentaje de embarazo ectópico se observa en pacientes casadas (34,7%) y convivientes (27,6%), quienes en conjunto constituyen la mayoría de los casos, mientras que las pacientes solteras (21,4%) y separadas (16,3%) representan una menor proporción. Esta distribución sugiere que el estado civil puede influir indirectamente en la ocurrencia del embarazo ectópico, principalmente a través de patrones de exposición reproductiva y conductas sexuales asociadas. La mayor frecuencia en mujeres casadas y convivientes podría explicarse por una mayor actividad sexual estable y mayor probabilidad de embarazo, lo que incrementa la exposición al riesgo de implantación ectópica. Además, estos grupos suelen presentar un mayor número de gestaciones previas, abortos o partos, así como una mayor utilización de métodos anticonceptivos, factores asociados al daño tubárico o a alteraciones en la fisiología de las trompas de Falopio. Al respecto el estudio de Paz en Ecuador también determina que el embarazo ectópico es frecuente en mujeres con unión libre en un 83,9%, mientras que el estudio de Ayenew¹⁷ determina una mayor frecuencia de embarazo ectópico en mujeres soltera, fortaleciendo los resultados.

Los resultados muestran que el 56,1% de las pacientes con embarazo ectópico proceden del distrito de Ica, mientras que el 43,9% provienen de otros distritos de la misma provincia, no registrándose casos procedentes de otras provincias. Esta distribución geográfica sugiere una concentración de los casos en el ámbito distrital donde se ubica el establecimiento de salud, lo cual puede estar influenciado por factores de accesibilidad y cobertura de los servicios sanitarios. La mayor proporción de pacientes procedentes del distrito de Ica podría explicarse por la cercanía geográfica al centro de atención, lo que facilita la búsqueda oportuna de atención médica ante la presencia de síntomas compatibles con embarazo ectópico. Asimismo, el distrito de Ica concentra una mayor densidad poblacional y cuenta con establecimientos de salud de mayor complejidad, lo que incrementa la captación y el diagnóstico de estos casos en comparación con distritos más alejados. Estos resultados son divergentes a lo que encontró Tesfa¹⁶ que el embarazo ectópico se presenta en mayor frecuencia en mujeres que viven en zonas rurales sin embargo en el estudio Ica es la que tienen mayor densidad poblacional por lo tanto se espera que la mayoría de las pacientes procedan de esta área.

Los resultados evidencian que la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se presentó en el 25,5% de las pacientes con embarazo ectópico, lo que confirma su relevancia como una de las patologías ginecológicas más frecuentemente asociadas a esta entidad. Este hallazgo es concordante con la literatura, que reconoce a la EPI como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico. La asociación entre EPI y embarazo ectópico se explica por el daño inflamatorio crónico de las trompas de Falopio, caracterizado por fibrosis, adherencias y alteración de la función ciliar, lo que dificulta el transporte normal del óvulo fecundado hacia la cavidad uterina y favorece su implantación ectópica. Incluso episodios leves o subclínicos de EPI pueden generar secuelas tubáricas suficientes para incrementar el riesgo de esta complicación obstétrica. El porcentaje observado en este estudio sugiere una exposición significativa a infecciones ginecológicas previas, probablemente relacionadas con infecciones de transmisión sexual no diagnosticadas o tratadas de manera tardía. Al respecto el estudio de Argilagos¹³ concluye que el embarazo ectópico se asocia a enfermedad pélvica inflamatoria pues el 43,8% de las mujeres presentaban EPI.

Los resultados muestran que la vaginitis se presentó en el 52% de las pacientes con embarazo ectópico, constituyéndose como una de las patologías ginecológicas más frecuentes en este grupo. Este hallazgo sugiere una posible relación entre los procesos infecciosos del tracto genital inferior y el riesgo de desarrollar embarazo ectópico, concordando con lo descrito en diversos estudios que señalan a las infecciones genitales como factores predisponentes indirectos. La alta frecuencia de vaginitis podría explicarse por su asociación con infecciones bacterianas, micóticas o parasitarias, algunas de las cuales pueden ascender al tracto genital superior si no son diagnosticadas y tratadas oportunamente. Este proceso ascendente puede favorecer la aparición de enfermedad pélvica inflamatoria subclínica, generando alteraciones estructurales y funcionales en las trompas de Falopio que interfieren con el transporte normal del embrión y aumentan el riesgo de implantación ectópica. Asimismo, la vaginitis recurrente puede reflejar condiciones de vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva, como prácticas sexuales sin protección, acceso limitado a controles ginecológicos o automedicación, lo que incrementa la probabilidad de infecciones persistentes. Este resultado se ve reforzado con el hallazgo del estudio de Leiva¹² en Nicaragua que manifiesta que las enfermedades de transmisión sexual son factores de riesgo para en embarazo ectópico. Argilagos¹³ concluye que el embarazo ectópico se asocia a infecciones vaginales pues el 49,8% de las mujeres presentaban vaginitis concordando con los resultados del estudio.

El 24,5% de las pacientes con embarazo ectópico presentaron antecedente de al menos un aborto, lo que indica una prevalencia considerable de este antecedente obstétrico en la población estudiada. Este hallazgo concuerda con diversos estudios que señalan al antecedente de aborto como un factor asociado al embarazo ectópico, especialmente cuando se presentan abortos repetidos o complicados. La relación entre aborto previo y embarazo ectópico puede explicarse por varios mecanismos. En primer lugar, los procedimientos uterinos posteriores al aborto, particularmente el legrado uterino instrumental, pueden favorecer infecciones ginecológicas o procesos inflamatorios ascendentes que afecten las trompas de Falopio, incrementando el riesgo de daño tubárico. Asimismo, los abortos asociados a infecciones no tratadas oportunamente pueden contribuir al desarrollo de enfermedad pélvica inflamatoria, reconocida como uno de los principales factores de riesgo para embarazo ectópico. Este hallazgo ya es concretizado por Leiva¹² que indica en su estudio en Nicaragua que las mujeres con embarazo ectópico presentan una alta frecuencia de abortos, del mismo modo Valdéz¹⁵ determina que el aborto es prevalente en las mujeres con embarazo ectópico que se presentó en el 35,72% de los casos, incluso Vilcapoma²⁰ en Huancayo indica que la EPI incrementa el riesgo de desarrollar embarazo ectópico en 3,28 veces más, es más el estudio de Ospina²¹ manifiesta que 16,9% de las pacientes tenían antecedente de aborto previo. Mescua²⁴ encuentra asociación significativa del aborto con embarazo ectópico con un riesgo con 7,7 veces más.

Según los resultados obtenidos, el 5,1% de las pacientes con embarazo ectópico presentaban antecedente de uso de dispositivo intrauterino (DIU), lo que evidencia una frecuencia relevante de este método anticonceptivo en la población estudiada. Este hallazgo es consistente con lo reportado en la literatura, donde el uso de DIU se asocia al embarazo ectópico principalmente cuando ocurre una falla anticonceptiva. Si bien el DIU es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces para prevenir el embarazo intrauterino, cuando el embarazo se produce durante su uso, existe una mayor probabilidad relativa de que sea ectópico. Esto se explica porque el DIU actúa principalmente impidiendo la implantación endometrial, sin afectar de manera directa la fecundación, lo que podría permitir la implantación del embrión fuera de la cavidad uterina, especialmente a nivel tubárico. Asimismo, el uso de DIU puede estar asociado, en algunos casos, a procesos inflamatorios pélvicos, especialmente en los primeros meses posteriores a su inserción o en contextos de infecciones ginecológicas previas no tratadas, lo que podría contribuir al daño tubárico y aumentar el riesgo de embarazo ectópico. Del Castillo²² en Tarapoto también determina una mayor prevalencia de embarazo ectópico en mujeres que usan DIU, que también es el hallazgo del estudio de Hermoza²³ en Tacna.

Los resultados demuestran que el 22,4% de las pacientes con embarazo ectópico consumían tabaco, lo que evidencia una proporción relevante de este hábito nocivo en la población estudiada. Este hallazgo es consistente con la evidencia científica que identifica al consumo de tabaco como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de embarazo ectópico. La asociación entre tabaquismo y embarazo ectópico se explica por los efectos tóxicos de la nicotina y otros componentes del humo del tabaco sobre la función tubárica. Estas sustancias alteran la motilidad de las trompas de Falopio, afectan la actividad ciliar y modifican el peristaltismo tubárico, lo que dificulta el transporte normal del embrión hacia la cavidad uterina y favorece su implantación ectópica. Además, el tabaco puede inducir cambios inflamatorios crónicos en el epitelio tubárico, incrementando el riesgo de daño estructural. Esta relación es bien sustentada en el estudio de Ospina²¹ en Tarma que encuentra asociación entre consumo de tabaco y embarazo ectópico, que también es determinado en el estudio de Hermoza²³ en la que el tabaco estuvo presente en algunas mujeres con embarazo ectópico.

Los resultados muestran que el 76,5% de los embarazos ectópicos se manifestaron entre las 6 y 8 semanas de edad gestacional, mientras que una menor proporción se presentó a edades gestacionales mayores de 8 semanas (16,3%) y menores de 6 semanas (7,1%). Esta distribución es concordante con la evolución natural del embarazo ectópico y con lo reportado en la literatura, donde la mayoría de los casos se diagnostican durante el primer trimestre temprano. La alta frecuencia de presentación entre las 6 y 8 semanas puede explicarse porque, en este periodo, el crecimiento del trofoblasto genera distensión de la trompa de Falopio, lo que produce la aparición de síntomas clínicos característicos como dolor abdominal y sangrado vaginal, motivando la consulta médica. Asimismo, en esta etapa la elevación de la hormona gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y el uso de la ecografía transvaginal permiten una mayor sospecha y confirmación diagnóstica del embarazo ectópico. Valdez¹⁵ demuestra que el embarazo ectópico se presenta mayormente en las semanas 6 y 9^o semana confirmando los hallazgos del estudio.

Los resultados evidencian que el 93,9% de los embarazos ectópicos se localizaron en la trompa de Falopio, mientras que el 6,1% se ubicaron específicamente a nivel del istmo tubárico. Esta distribución es concordante con la literatura, que describe a la trompa de Falopio como el sitio más frecuente de implantación ectópica, debido a su rol fisiológico en el transporte del óvulo fecundado hacia la cavidad uterina. La elevada frecuencia de localización tubárica puede explicarse por la presencia de alteraciones anatómicas y funcionales en la trompa, tales como daño del epitelio ciliado, fibrosis, adherencias y

trastornos de la motilidad tubárica, generalmente secundarios a infecciones ginecológicas previas, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugías pélvicas o exposición a factores de riesgo como el tabaquismo. Estas condiciones dificultan el tránsito embrionario y favorecen la implantación a lo largo del trayecto tubárico. En relación con el istmo, aunque representa un porcentaje menor, su importancia clínica es relevante, ya que los embarazos ectópicos istmicos suelen asociarse a una evolución más agresiva, con mayor riesgo de ruptura precoz debido al menor calibre y elasticidad de esta porción de la trompa. Esto puede conllevar a hemorragias severas y complicaciones maternas si no se realiza un diagnóstico oportuno. Este hallazgo es también la del estudio de Tesfa¹⁶ que concluye que el embarazo ectópico en el 92,4% de los casos se desarrolla en la trompa de Falopio. Casas²⁵ en Lima encuentra que la localización más frecuente del embarazo tubárico es en las tropas confirmando los hallazgos del estudio.

Los resultados muestran que el dolor se presentó en el 90,8% de las pacientes con embarazo ectópico, constituyéndose como el síntoma clínico más prevalente, aunque no estuvo presente en la totalidad de los casos. Este hallazgo es consistente con la evidencia clínica, que describe al dolor abdominal o pélvico como una de las manifestaciones más frecuentes y características del embarazo ectópico. La alta frecuencia de dolor puede explicarse por la distensión progresiva de la trompa de Falopio secundaria al crecimiento del saco gestacional, así como por la irritación peritoneal causada por sangrado intratubárico o intraperitoneal. Estas alteraciones generan dolor de intensidad variable, que suele motivar la consulta médica y permite el diagnóstico del embarazo ectópico en etapas relativamente tempranas. No obstante, el hecho de que aproximadamente el 9% de las pacientes no presentaran dolor resalta la variabilidad clínica de esta patología. Vila¹⁹ determina en Huancayo que las mujeres con embarazo ectópico el dolor pélvico se presentó en el 91,8% de los casos

Los resultados evidencian que la anemia como signo prequirúrgico se presentó en el 55,1% de las pacientes con embarazo ectópico, lo que indica una elevada frecuencia de compromiso hematológico previo a la intervención quirúrgica. Este hallazgo refleja la magnitud del sangrado asociado a esta patología y su impacto clínico al momento del diagnóstico y manejo. La presencia de anemia en más de la mitad de las pacientes puede explicarse por la pérdida sanguínea progresiva, ya sea secundaria a sangrado intratubárico, hemoperitoneo o ruptura parcial o total de la trompa de Falopio. En muchos casos, el sangrado puede ser insidioso y no manifestarse de forma aguda, lo que conduce a un deterioro gradual de los niveles de hemoglobina antes del diagnóstico definitivo. Asimismo, la alta frecuencia de anemia prequirúrgica podría estar relacionada con un diagnóstico tardío del embarazo

ectópico, condicionado por la variabilidad clínica de los síntomas o por barreras en el acceso oportuno a los servicios de salud. En contextos donde la consulta se produce cuando el cuadro ya está avanzado, el riesgo de sangrado significativo y, por ende, de anemia es considerablemente mayor. Este resultado está de acuerdo con lo demostrado por Ccorisoncco²⁶ en Lima en la que la anemia fue el signo prevalente en los pacientes que ingresan por embarazo ectópico.

Los resultados muestran que la metrorragia prequirúrgica se presentó en el 60,2% de las pacientes con embarazo ectópico, constituyéndose como uno de los signos clínicos más frecuentes previos a la intervención quirúrgica. Este hallazgo es concordante con la evolución fisiopatológica del embarazo ectópico y con lo descrito en la literatura, donde el sangrado vaginal anormal es una manifestación común de esta entidad. La presencia de metrorragia se explica principalmente por la descamación endometrial secundaria a niveles hormonales inadecuados, dado que el embarazo ectópico no permite una adecuada producción de progesterona sostenida. Asimismo, el sangrado puede estar relacionado con la ruptura parcial de la trompa o con sangrado intratubárico que se exterioriza a través del útero, generando confusión diagnóstica con aborto espontáneo en las etapas iniciales, en relación a esto el estudio de Vila¹⁹ determina en Huancayo que las mujeres con embarazo ectópico el sangrado genital presentó en el 84,5% de los casos estando de acuerdo a los resultados de la investigación, que también según Hermoza²³ la metrorragia se presentó en relativa frecuencia.

Los resultados evidencian que el dosaje de la hormona gonadotropina coriónica humana (β -hCG) fue positivo en el 100% de las pacientes con embarazo ectópico, confirmando su utilidad como herramienta diagnóstica fundamental en esta patología. Este hallazgo es consistente con la fisiología del embarazo, ya que la β -hCG es producida por el tejido trofoblástico independientemente del sitio de implantación del embrión. La positividad universal del dosaje de β -hCG en las pacientes estudiadas reafirma que el embarazo ectópico debe considerarse ante toda mujer en edad reproductiva con sospecha de gestación, aun cuando la ecografía no evidencie un saco gestacional intrauterino. En este contexto, la β -hCG cumple un rol clave en el diagnóstico inicial, permitiendo confirmar la presencia de tejido gestacional y orientar la conducta clínica.

Los resultados muestran que la ecografía presentó una sensibilidad del 78% para el diagnóstico de embarazo ectópico, lo que indica que, si bien constituye un método diagnóstico fundamental, no permitió identificar la totalidad de los casos. Este hallazgo es

concordante con la evidencia clínica, que reconoce a la ecografía especialmente la transvaginal como una herramienta de alta utilidad, pero con limitaciones diagnósticas, particularmente en etapas tempranas de la gestación. La sensibilidad observada puede explicarse por diversos factores. En primer lugar, en edades gestacionales precoces el saco gestacional ectópico puede ser difícil de visualizar, especialmente cuando su tamaño es pequeño o cuando no se presenta una imagen ecográfica típica. Asimismo, la presencia de hemoperitoneo mínimo, masas anexiales inespecíficas o estructuras tubáricas no claramente definidas puede dificultar la diferenciación entre embarazo ectópico y otras patologías ginecológicas.

Los resultados muestran que el 75,5% de las pacientes con embarazo ectópico presentó un tiempo de hospitalización menor a 3 días, lo que indica una estancia hospitalaria predominantemente corta. Este hallazgo sugiere un manejo clínico y quirúrgico oportuno y eficaz en la mayoría de los casos, así como una evolución postoperatoria favorable. La corta duración de la hospitalización puede explicarse por varios factores. En primer lugar, el diagnóstico relativamente temprano del embarazo ectópico frecuentemente entre las 6 y 8 semanas de gestación permite intervenciones menos complejas y reduce la aparición de complicaciones graves como la ruptura tubárica masiva o el shock hipovolémico. Asimismo, el uso de técnicas quirúrgicas estandarizadas y protocolos de manejo postoperatorio contribuye a una recuperación más rápida y a un alta hospitalaria precoz.

Los resultados indican que el 49% de las pacientes con embarazo ectópico no presentó complicaciones postoperatorias, lo que sugiere una evolución clínica favorable en aproximadamente la mitad de los casos. Sin embargo, se identificó que el 43,9% persistía con anemia y que el 7,1% presentó hemorragia vaginal, evidenciando que una proporción importante de pacientes experimentó complicaciones posteriores al tratamiento quirúrgico. La ausencia de complicaciones en casi la mitad de las pacientes puede atribuirse a un manejo quirúrgico oportuno, adecuada estabilización preoperatoria y a protocolos de atención postoperatoria efectivos. Esto concuerda con la corta estancia hospitalaria observada en la mayoría de los casos, lo que refleja una recuperación adecuada y un control clínico satisfactorio. No obstante, la persistencia de anemia como la complicación más frecuente postoperatoria puede explicarse por la pérdida sanguínea previa a la cirugía, asociada al sangrado intratubárico o hemoperitoneo, así como por la presencia de anemia preexistente en algunas pacientes. La hemorragia vaginal postoperatoria, aunque menos frecuente, representa una complicación de importancia clínica, ya que puede estar relacionada con alteraciones hormonales persistentes, restos trofoblásticos o trastornos de la coagulación. Su

identificación temprana es fundamental para evitar la progresión a cuadros de inestabilidad hemodinámica o la necesidad de reintervención, al respecto Tesfa¹⁶ encuentra en su investigación que la anemia es una complicación frecuente del embarazo ectópico.

V. CONCLUSIONES

- Las características generales de los pacientes con embarazo ectópico son pacientes mayormente de edades mayores a 30 años, con antecedentes de infecciones vaginales, enfermedad pélvica inflamatoria y de localización casi en su totalidad en la trompa de Falopio con prueba de HCG positiva.
- Entre los aspectos epidemiológicos, destacan que son pacientes de edades mayores a 30 años de bajo grado de instrucción, solteras o separadas, con antecedentes de tener enfermedad pélvica inflamatoria, vaginitis, antecedente de aborto, uso de dispositivos intrauterinos, consumo de tabaco con edad gestacional entre 6 a 8 semanas y mayormente se localizan en la trompa de Falopio.
- Entre los factores clínicos de los pacientes con embarazo ectópico destacan el dolor, la anemia la metrorragia como signos de debut, confirmado con dosaje de Gonadotropina coriónica y ecografía.
- La evolución de los pacientes con embarazo ectópico dura mayormente menos de 3 días luego de la intervención quirúrgica con complicaciones que pueden ser anemia persistente y hemorragia vaginal.

VI. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la detección precoz del embarazo ectópico, especialmente en mujeres mayores de 30 años que presenten antecedentes de infecciones vaginales, enfermedad pélvica inflamatoria, abortos previos o uso de dispositivos intrauterinos, mediante controles obstétricos de manera periódica y oportuna
- Implementar en la Atención primaria programas de educación sexual y reproductiva, dirigidos principalmente a mujeres con bajo nivel de instrucción, que incluyan información sobre factores de riesgo, signos de alarma del embarazo ectópico y la importancia de acudir tempranamente a los servicios de salud. Reforzar la prevención y tratamiento oportuno de las infecciones ginecológicas, como vaginitis y enfermedad pélvica inflamatoria, con el fin de reducir el riesgo de daño tubárico y la aparición de embarazos ectópicos.
- Promover la evaluación clínica precoz en mujeres en edad fértil con amenorrea, dolor abdominal bajo y metrorragia, luego el dosaje oportuno de gonadotropina coriónica humana (HCG) y el uso de ecografía transvaginal como herramientas diagnósticas fundamentales. Capacitar continuamente al personal médico en el reconocimiento temprano de los signos clínicos del embarazo ectópico y en la toma de decisiones terapéuticas adecuadas para disminuir complicaciones como anemia persistente y hemorragia vaginal en el primer nivel de atención primaria.
- Optimizar el manejo postoperatorio y el seguimiento clínico con controles frecuentes y estrictos por el médico, asegurando una vigilancia adecuada durante los primeros días posteriores a la intervención quirúrgica para detectar y tratar de manera temprana posibles complicaciones.

VII. Referencias bibliográficas.

- 1.- Espinoza S. Generalidades del embarazo ectópico. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 13 de abril de 2022];6(5):e670. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>
- 2.- Vadakekut E. Embarazo ectópico. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539860/>
- 3.- Moya Toneut C. Revista Eugenio Espejo, , 2024, vol. 18, núm. 2, Mayo-Agosto, ISSN: 1390-7581 / ISSN-E: 2661-6742 <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v18n2/2661-6742-ree-18-02-0008.pdf>
- 4.- Rivera Ch. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev. niño. obstetra. gineco. vol.85 no.6 Santiago dic. 2020 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600697>
- 5.- Monzón Castillo E. Embarazo cornual. Presentación de un caso de evolución inusual con dosis única de metotrexato. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.66 no.1 Lima ene./Mar 2020 <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2237>
- 6.- Martínez Rodríguez N. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. Journal of American Health eISSN 2697-3421. file:///Y:/Kingston/Descargas/3.pdf
- 7.- Perdomo-Duero, L. Caracterización Clínico-Epidemiológica de las Pacientes Atendidas por Embarazo Ectópico en el Hospital Universitario Erasmo Meóz, Cúcuta, Colombia lapso 2017- 2021. URI. <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/8894>
- 8.- Soto-López S. Embarazo ectópico abdominal de 23 semanas en primigestante. Reporte de caso. Medicas UIS vol.35 no.3 Bucaramanga Sep./Dec. 2022 Epub Apr 17, 2023 <https://doi.org/10.18273/revmed.v35n3-2022003>
- 9.- Palenque Rocabado G. Embarazo ectópico tubárico bilateral simultaneo, a propósito de una caso. Gac Med Bol vol.46 no.2 Cochabamba 2023 Epub 01-Dic-2023. <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.586>
- 10.- Jiménez Briceño C. Embarazo Ectópico Bilateral Espontaneo. Reporte de Caso. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar Septiembre-Octubre, 2023, Volumen 7, Número 5 https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8478
- 11.- Paz Poma L. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, Ecuador 2023. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/39104>
- 16.- Leiva-Guzmán, J. Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas, Hospital Alemán Nicaragüense, noviembre 2021 – noviembre 2022. URI: <http://repositorio.unica.edu.ni/id/eprint/140>

- 13.- Argilagos Casasayas G, Pavón de la Tejera I, Romero García LI, Guzmán Pérez N, López Barroso R. Estudio de los factores relacionados con el embarazo ectópico en el Hospital Materno Tamara Bunke Bider (2024). MEDISAN 18 de septiembre de 2024;28(5):e5040. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/5040>
- 14.- Christian Bustamante Giorgetty, José Bismarck Ortíz Baptista, A. Amine Galeb. Factores de riesgo asociados a pacientes con embarazo ectópico, internadas en el servicio de ginecología. UCS 17 de mayo de 2025;25(2):59-63. Disponible en: <https://universidad-ciencia-y-sociedad.com/ucs/index.php/ucs/article/view/145>
- 15.- Valdéz Barillas A. Caracterización clínica de pacientes con embarazo ectópico Guatemala. (2024). Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 8(2), 1-16. <https://doi.org/10.36314/cunori.v8i2.269>
- 16.- Tesfa Berhe E. Embarazo ectópico en Tigray, Etiopía: Un estudio transversal de prevalencia, resultados del tratamiento y factores asociados. Revista de embarazo Volumen 2021, Número 14443117. <https://doi.org/10.1155/2021/4443117>
- 17.- Ayenew A. Prevalencia y determinantes del embarazo ectópico en Etiopía: revisión sistemática y metaanálisis. Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders . 2022;14(1):25-42. doi: 10.1177/22840265211062010
- 18.- Rodriguez-Núñez C.M, Salinas-Herrera C.D. Factores de Riesgo, Sintomatología, Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo Ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa – Perú, (2024). Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8(1), 5432-5459. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9896
- 19.- Vila-Bautista D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectopico en pacientes atendidas en un Hospital de Huancayo 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/6297>
- 20.- Vilcapoma-Vilcapoma R. Factores maternos asociados a embarazos ectópicos de gestantes atendidas en el hospital El Carmen de Huancayo, 2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/8735>
- 21.- Ospina-Meza R. Caracterización epidemiológica y clínica de embarazo ectópico en el Hospital Felix Mayorca Soto, Tarma, 2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/7107>
- 22.- Del Castillo Saavedra S. Factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023. URI: <http://hdl.handle.net/11458/5621>
- 23.- Hermoza Gutierrez C. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue de Tacna, (2023). Revista Médica Basadrina, 2023; 17(2): 20-28. ISSN-L 2077-0014 DOI: <https://doi.org/10.33326/26176068.2023.2.1947>

- 24.- Mescua-Espinoza, E. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora (2022). Universidad Ricardo Palma - URP. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5085>
- 25.- Casas Reyes, R. Incidencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, durante el periodo junio 2023–2024 en un hospital peruano nivel III-1. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/10311>
- 26.- Ccorisoncco-Torres, F. Factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte (2022). URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6286>
- 27.- Chong KY, de Waard L, Oza M, van Wely M, Jurkovic D, Memtsa M, Woolner A, Mol BW. Ectopic pregnancy. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Dec 12;10(1):94. doi: 10.1038/s41572-024- 00579-x. PMID: 39668167.
- 28.- Vadakekut ES, Gnugnoli DM. Ectopic Pregnancy. 2025 Mar 27. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 30969682.
- 29.- Schreiber CA, Sonalkar S. Tubal Ectopic Pregnancy. *N Engl J Med*. 2025 Feb 20;392(8):798-805. doi: 10.1056/NEJMcp2402787. PMID: 39970398.
- 30.- Martínez Rodríguez, N. A., Bravo Mosquera, D. E., Suárez Lescano, H. B., Cuadrado Suárez, E. A., & Velásquez López, G. F. (2023). Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. *Journal of American Health*, 6(1). Recuperado a partir de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159>
- 31.- Ectopic pregnancy. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Dec 12;10(1):95. doi: 10.1038/s41572-024- 00586-y. PMID: 39668152.
- 32.- Załęcka J, Pankiewicz K, Issat T, Laudański P. Mecanismos moleculares subyacentes a la asociación entre endometriosis y embarazo ectópico. *Revista Internacional de Ciencias Moleculares* . 2022; 23(7):3490. <https://doi.org/10.3390/ijms23073490>
- 33.- Jessica Farren, Bassel H Al Wattar, Davor Jurkovic, Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico extrauterino y uterino, *Human Reproduction Update* , 2025; dmaf024, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaf024>
- 34.- Al Naimi, A., Moore, P., Brüggmann, D. et al. Embarazo ectópico: experiencia de un solo centro durante diez años. *Reprod Biol Endocrinol* 19 , 79 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12958-021-00761-w>
- 35.- Guzzo V. Cuatro años de experiencia en tratamiento médico del embarazo ectópico en el departamento de Paysandú. *Rev. Méd. Urug. vol.37 no.1* Montevideo mar. 2021 Epub 01- Mar-2021. <https://doi.org/10.29193/rmu.37.1.1>
- 36.- Rodríguez Abalo O. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes operadas de embarazo ectópico en la provincia de Camagüey. *Rev Cubana Cir vol.62 no.3* Ciudad de la Habana jul.-set. 2023 Epub 01-Sep-2023

- 37.- Tang, P., Li, X., Li, W. et al. Tendencia en la distribución de los sitios de embarazo ectópico y características clínicas del embarazo en la cicatriz de la cesárea. *Reprod Health* 19 , 182 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01472-0>
- 38.- Cheng P. Preservation of the fallopian tube in ectopic tubal pregnancy. *Ann Ital Chir*, 2022 93, 2: 241-247 pii: S0003469X22036739 Online ahead of print Feb. 2 free reading: www.annitalchir.com
- 39.- Stabile G, Romano F, Zinicola G, Topouzova GA, Di Lorenzo G, Mangino FP, Ricci G. Embarazo ectópico intersticial: el papel de la mifepristona en el tratamiento médico. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* . 2021; 18(18):9781. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189781>
- 40.- Traisisilp K. Embarazo tubárico grande no roto que simula un embarazo abdominal. *BMJ Journal*. <https://doi.org/10.1136/bcr-2023-256090>
- 41.- Sousa, MI, Andrade, A., Sereno, S. et al. Embarazo ectópico intersticial gemelar tras embarazo tubárico ipsilateral: reporte de un caso. *J Med Case Reports* 19 , 448 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13256-025-05543-1>
- 42.- Chen X, et al. Risk of intraoperative hemorrhage during cesarean scar ectopic pregnancy surgery: development and validation of an interpretable machine learning prediction model. *EClinicalMedicine*. 2024 Nov 29;78:102969. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102969.
- 43.- Astruc A, Paulus A, Jouffray C, Bouet PE, Legendre G. Cervical ectopic pregnancy: A case report of a massive pregnancy with a minimally invasive blood-free treatment and a review of the literature. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2024 Dec;53(10):102837. doi: 10.1016/j.jogoh.2024.102837. Epub 2024 Aug 14. PMID: 39151792.
- 44.- Brim ACS, Barretto VRD, Reis-Oliveira JG, da Silveira de Araújo RB, Romeo ACDCB. Risk factors for ectopic pregnancy occurrence: Systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025 Mar;168(3):919-932. doi: 10.1002/ijgo.15965.
- 45.- Mohseni M, Sung S, Takov V. Chlamydia. 2023 Aug 8. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 30725971.
- 46.- Demircioglu F, Steiner PH, Rosendal BM, Winther LP, Khalil MR. Embarazo tubárico bilateral en una mujer sin factores de riesgo. *Ugeskrift for Laeger*. 2023 Jul;185(29):V04230229. PMID: 37539800.
- 47.- Trindade VD, Hentschke MR, Dornelles VC, Ferri-Guerra J, Kira ATF, Colombo T, Petracco A, Petracco RG, Michelon J, Costa BEPD, Badalotti M. Tubal factor, cleavage stage and more than one embryo transferred were risk factors associated with ectopic pregnancy after assisted reproductive treatment. *JBRA Assist Reprod*. 2022 Apr 17;26(2):321-328. doi: 10.5935/1518-0557.20210074. PMID: 35389043; PMCID:

PMC9118970.

48.- Guo, Q., Li, Z., Jia, S. et al. Mecanismo del embarazo ectópico tubárico humano causado por el tabaquismo. *Reprod. Sci.* 30 , 1074–1081 (2023). <https://doi.org/10.1007/s43032-022-00947-6>

49.- Sarmiento Brim A. Factores de riesgo para la aparición de embarazo ectópico: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia* Volumen 168, Número 3 págs. 919-932. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15965>

50.- Jiménez-Oliver K. Embarazo ectópico: Incidencia asociada con tratamientos de fertilidad. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2023 , 50(11), 233; <https://doi.org/10.31083/j.ceog5011233>

51.- Papageorgiou D, Sapantzoglou I, Prokopakis I, Zachariou E. Tubal Ectopic Pregnancy: From Diagnosis to Treatment. *Biomedicines.* 2025 Jun 13;13(6):1465. doi: 10.3390/biomedicines13061465. PMID: 40564186; PMCID: PMC12191334.

52.- Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, Coiado C. O. Panorama general del diagnóstico completo, el manejo y la innovación en el embarazo ectópico. *Women's Health* . 2023;19. doi: 10.1177/17455057231160349

53.- Yanli P. Sistema de clasificación clínica del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea con estrategia quirúrgica recomendada. *Obstetricia y Ginecología* 141(5): págs. 927-936, mayo de 2023. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000005113

54.- Baker M, dela Cruz J. Ectopic Pregnancy, *Ultrasound.* 2023 Jan 16. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29489174.

55.- Shuo-Mei H. Embarazo tubárico crónico sin pruebas de embarazo positivas: un escenario raro pero posible. *Revista Taiwanesa de Obstetricia y Ginecología* Volumen 63, Número 4 , julio de 2024, páginas 557-560. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2024.04.010>

56.- Houser, M., Kandalaft, N. y Khati, NJ. Embarazo ectópico: guía para residentes sobre hallazgos de imagen y dificultades diagnósticas. *Emerg Radiol* 29 , 161–172 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10140-021-01974-7>

57.- Solangon S. Metotrexato frente a manejo expectante para el tratamiento del embarazo ectópico tubárico: un metaanálisis de datos de participantes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* Volumen 102, Número 9 págs. 1159-1175. individuales. <https://doi.org/10.1111/aogs.14617>

58.- Leziak M, Żak K, Frankowska K, Ziółkiewicz A, Perczyńska W, Abramiuk M, Tarkowski R, Kułak K. Perspectivas futuras del tratamiento del embarazo ectópico: revisión de posibles métodos farmacológicos. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* . 2022; 19(21):14230. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114230>

2.8 Anexos

2.8.1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los pacientes con embarazo ectópico o tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los pacientes con embarazo ectópico o tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>No se considera</p>	<p>Variable de estudio</p> <p>Embarazo ectópico</p> <p>Variables de caracterización</p> <p>Factores Epidemiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad de la gestante • Grado de instrucción • Estado civil • Procedencia • Enfermedad pélvica inflamatoria 	<p>Tipo. Investigación de tipo no experimental, transversal, retrospectiva y descriptiva</p> <p>Nivel. Descriptiva</p> <p>Diseño. Descriptivo</p> <p>Población. La población está constituida por todos los casos de embarazo ectópico ocurridos entre los años 2020 al 2025 que son 132 casos.</p> <p>Muestra: 98 casos de embarazo ectópico</p> <p>La técnica: Documental</p> <p>Instrumento: Ficha de</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son los factores epidemiológicos, de los pacientes con embarazo</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar los factores epidemiológicos, de los pacientes con embarazo</p>			

<p>ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?</p> <p>¿Cuáles son los factores clínicos de los pacientes con embarazo ectópico</p>	<p>ectópico tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025</p> <p>Determinar los factores clínicos de los pacientes con embarazo ectópico</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Vaginitis • Antecedente e aborto • Uso de dispositivo intrauterino • Tabaquismo • Edad gestacional • Localización 	<p>recolección de datos</p> <p>Procesamiento de datos. La información derivada del análisis documental de las historias</p>
--	--	--	--	--

<p>tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?</p> <p>¿Cuál es la evolución de los pacientes con embarazo ectópico o tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025?</p>	<p>tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025</p> <p>Determinar la evolución de los pacientes con embarazo ectópico o tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025</p>		<p>Factores clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Anemia • Metrorragia • Hormona gonadotropina coriónica • Ecografía <p>Evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo hospitalización • Complicaciones 	<p>clínicas será registrada en una hoja de cálculo Excel utilizando un sistema de codificación. Posteriormente, estos datos serán transferidos al software estadístico SPSS versión 29, lo que permitirá generar tablas descriptivas que incluyan tanto frecuencias absolutas como porcentajes. Los resultados obtenidos se presentarán, además, con intervalo de un confianza del 95%, asegurando así la robustez estadística de los</p>
--	--	--	---	---

				análisis realizados.
--	--	--	--	----------------------

2.8.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instrumento
Variable de estudio					
Embarazo ectópico	Es una complicación del embarazo en la cual el blastocisto (embrión en etapa temprana) se implanta fuera de la cavidad endometrial del útero.	Toda paciente que cumpla con al menos uno de los siguientes criterios: Visualización ecográfica. Hallazgo quirúrgico. Diagnóstico histopatológico.	Diagnóstico ecográfico, patológico o quirúrgico	Presente	Ficha de datos
Variables de caracterización					
Edad de la paciente	Se refiere al tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento de la mujer hasta el momento del diagnóstico del embarazo ectópico.	Se medirá en años cumplidos al momento del diagnóstico	Años	< 20 años 20 a 34 años > 34 años	

Grado de instrucción	Nivel máximo de educación formal alcanzado y aprobado por la paciente dentro del sistema educativo oficial	Según lo indicado en los datos de filiación del paciente	Nivel	Primaria Secundaria Superior	
Estado civil	Condición legal o social de una persona	Indicado en la historia clínica	Estado	Soltera	

	en relación con el matrimonio o la convivencia.			Separada Casada Conviviente	Ficha de datos
Procedencia	Origen geográfico del lugar de residencia habitual de la paciente	Se registrará el distrito o localidad de residencia permanente de la paciente.	Lugar	Ica distrito Otro distrito Otra provincia	
Enfermedad pélvica inflamatoria	Síndrome clínico infeccioso que afecta el tracto genital superior femenino (útero, trompas de Falopio, ovarios)	Se considerará como antecedente positivo de EPI si en la historia clínica de la paciente existe un diagnóstico médico previo documentado de esta condición	Antecedente	Si No	
Vaginitis	Inflamación de la vagina, generalmente de origen infeccioso (bacteriano, fúngico o por protozoos).	Se registrará como antecedente positivo si la paciente reporta haber recibido un diagnóstico y tratamiento médico para vaginitis en el último año, o si se documenta en su historia clínica.	Antecedente	Si No	
Antecedente de aborto	Interrupción previa de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un peso fetal menor a 500 gramos	Registrado en la historia clínica	Antecedente	Si No	
Uso de dispositivo intrauterino	Método anticonceptivo que se inserta en el útero.	Se considerará positivo si la paciente era portadora de un DIU (de cobre o hormonal) en el momento de la concepción del embarazo actual.	Uso de DIU	Si No	
Tabaquismo	Hábito de consumir tabaco de forma regular.	Registrado en los hábitos nocivos de la historia clínica	Consumo	Consume No consume	

Edad gestacional	Duración del embarazo, calculada desde el primer día de la última menstruación (FUM) hasta el momento del diagnóstico.	Se calculará en semanas y días completos a partir de la FUM referida por la paciente. Si la FUM no es confiable, se estimará mediante la primera ecografía	Semanas	< 6 semanas 6 a 8 semanas > De 8 semanas	
------------------	--	--	---------	--	--

		disponible.		
Localización	Sitio anatómico exacto donde se ha implantado el embarazo ectópico	Se clasificará según el hallazgo ecográfico o quirúrgico	Lugar	Trompa Istmo Cervical
Dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable, , originado por la distensión de la trompa o la irritación peritoneal por la sangre.	Registrado en la anamnesis de la historia clínica.	Dolor	Si No
Anemia	Disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre por debajo de los niveles normales	Valor de hemoglobina inferior a 11 g/dL	Nivel de hemoglobina	< de 11 g/dL ≥ 11 g/dL
Metrorragia	Sangrado uterino anormal que ocurre fuera del ciclo menstrual.	Se registrará como "Presente" si la paciente reporta cualquier sangrado vaginal desde su última menstruación esperada	Sangrado vaginal	Si No
Hormona gonadotropina coriónica	Glicoproteína producida por el tejido trofoblástico del embrión, cuya detección y cuantificación en sangre es la base para el diagnóstico del embarazo.	Prueba positiva de embarazo	Nivel de hCG superior a 1,500 mIU/ml	Positivo Negativo
Ecografía	Técnica de diagnóstico por imagen que utiliza ultrasonidos para visualizar las estructuras pélvicas.	Se registrará el resultado del informe de la ecografía transvaginal.	Imágenes sugestivas	Positivo Negativo
Tiempo de evolución	Periodo temporal en la que permanece hospitalizado la pacientes después de su intervención	Fecha de alta menos fecha de intervención quirúrgica	Tiempo	< de 3 días ≥ 3 días

Complicaciones postoperatorias	Eventos adversos ocurridos posterior a la intervención quirúrgica	Eventos adversos registrados en la historia clínica	Complicaciones	Anemia ISO Hemorragia vaginal Otros
--------------------------------	---	---	----------------	--

2.8.3. Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los pacientes con embarazo ectópico
tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025

1.- Ficha N° _____

2. Embarazo ectópico

(Presente)

3. Edad de la paciente _____ años

< 20 años ()

20 a 34 años ()

> 34 años ()

4. Grado de instrucción

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

5. Estado civil

Soltera ()

Separada ()

Casada ()

Conviviente ()

6. Procedencia

Ica distrito ()

Otro distrito ()

Otra provincia ()

7. Enfermedad pélvica inflamatoria

Si () No ()

8. Vaginitis

Si () No ()

9. Antecedente de aborto

Si () No ()

10. Uso de dispositivo intrauterino

Si () No ()

11. Tabaquismo

Consume ()

No consume ()

12. Edad gestacional _____ semanas

< 6 semanas ()

6 a 8 semanas ()

> De 8 semanas ()

13. Localización

Trompa ()

Istmo ()

Cervical ()

Otro _____

14. Dolor

Si () No ()

15. Anemia

< de 11 g/dL ()

≥ 11 g/dL ()

16. Metrorragia

Si () No ()

17. Hormona gonadotropina coriónica

Positivo ()

Negativo ()

18. Ecografía

Positivo ()

Negativo ()

19.- Tiempo de hospitalización

Menos de 3 días ()

De 3 días a más ()

20.- Complicaciones

Anemia ()

ISO ()

Hemorragia vaginal ()

Otros ()

**TÍTULO: Factores epidemiológicos, clínicos y evolución de los pacientes con embarazo ectópico
tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2025**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
- 1.2 Cargo e institución donde labora:.....
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: ENMA RACHEL MORON TAMBRA

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE**

.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, ____ de _____ del 2025

Firma del Experto